

Construir Equidade desde a Infância e a Adolescência na Ibero-América

Preparado com:

CEPAL • UNICEF • SECIB

Em colaboração com:

FNUAP • OIT • OPAS/OMS • PNUD • UNESCO

IICA • OEA • OEI • OIJ

Distr.
GENERAL

LC/G.2144
Setembro de 2001

PORTUGUÊS
ORIGINAL: ESPANHOL

CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SECIB	Secretaria de Cooperação Ibero-americana
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
IICA	Instituto Interamericano de Cooperação para la Agricultura
OEA	Organização dos Estados Americanos
OEI	Organização dos Estados Ibero-Americanos para Educação, Ciência e Cultura
OIJ	Organização Ibero-Americana da Juventude

Agradecimentos especiais às seguintes instituições:

Comitê espanhol para a UNICEF
Fundación San Benito de Alcántara

A preparação deste documento foi coordenada por José Antonio Ocampo, Secretário-Executivo da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. A redação do mesmo esteve a cargo de Arturo León e Ernesto Espíndola, da División de Desarrollo Social da CEPAL e Leonardo Garnier, consultor da UNICEF.

Na revisão final do documento participaram María Elisa Bernal, Assistente Especial da Secretaria da Comissão, Rolando Franco, Diretor da División de Desarrollo Social da CEPAL, e Claudio Sepúlveda, Diretor Regional Adjunto para a América Latina e o Caribe da UNICEF.

Colaboraram também Ximena de la Barra, María Jesús Conde, Garren Lumpkin e Gladys Acosta do Escritório Regional para a América Latina e o Caribe da UNICEF, Eliseo Cuadrao da OIT- IPEC, Helia Molina da OPS-OMS, Miguel Villa e Jorge Rodríguez da División de Población da CEPAL (CELADE), Sílvia Calcagno e Isabel Hernández do Projeto Regional de Bi-Alfabetização, División de Población da CEPAL (CELADE), Paula Louzano, Juan Carlos Palafox e Mami Umayahara da UNESCO-OREALC e Yuri Chillán da OIJ.

Copyright © CEPAL, Nações Unidas, 2001.
UNICEF, 2001.
SECIB, 2001.

Todos os direitos reservados.
Impresso em Santiago do Chile.

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUÇÃO	9
1. O Sistema Ibero-Americano	9
2. Direitos e equidade	11
3. Conteúdo do documento	12
SEÇÃO I. PROGRESSOS A FAVOR DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DURANTE OS ANOS NOVENTA	15
1. Efeitos mobilizadores da Convenção sobre os Direitos da Criança e do Encontro Mundial de Cúpula pela Infância	16
2. Aumento da esperança de vida e redução da mortalidade	18
3. Maior acesso a água potável e saneamento básico	21
4. Logros em saúde materna, em atendimento pré-natal e do parto	23
5. Avanços em matéria de nutrição	24
6. Logros em matéria de imunização e vacinações	25
7. Avanços na educação	27
8. Progressos na erradicação do trabalho infantil	28
9. Maiores esforços em matéria de gasto público social	29
SEÇÃO II. AS DESIGUALDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA IBERO-AMÉRICA	33
1. Desigualdades na esperança de vida	34
2. O direito das crianças à vida e à saúde	35
3. O risco nutricional e o direito das crianças à nutrição e ao aleitamento materno	46
4. Inequidades no acesso a serviços de água potável e saneamento	51
5. Insuficiências e desigualdades no logro educativo de crianças e adolescentes	54
6. Analfabetismo adulto	58

SEÇÃO III. NOVOS DESAFÍOS PARA A AGENDA SOCIAL IBERO-AMERICANA	63
1. O direito fundamental a um nome e uma nacionalidade	63
2. Adoções	66
3. Desafios prioritários na educação: educação na primeira infância	67
4. Qualidade da educação	71
5. O atraso educacional entre os adolescentes	75
6. Alguns problemas na adolescência	77
7. Saúde sexual e reprodutiva na adolescência	78
8. O problema do VIH/AIDS	83
9. Gravidez precoce e gravidez indesejada	83
10. O trabalho infantil na Ibero-América: magnitude e causas	86
11. Avanços em matéria de trabalho infantil na última década	90
12. Diretrizes para a eliminação gradual da exploração laboral infantil	92
13. A participação de crianças e adolescentes	93
14. A violência e o direito à convivência familiar	94
15. O direito a viver em paz e a violência que surge do conflito armado	96
16. Migração	98
17. O direito a uma verdadeira justiça penal juvenil	98
SEÇÃO IV. O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E SEU IMPACTO NAS CONDIÇÕES DE VIDA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA	103
1. A insuficiência do crescimento econômico	103
2. Magnitude e evolução recente da pobreza entre crianças e adolescentes	106
3. A transmissão intergeracional da pobreza e das oportunidades de bem-estar	109
SEÇÃO V. O INVESTIMENTO SOCIAL E O CUSTO DAS OPORTUNIDADES PERDIDAS	115
1. A insuficiência do gasto social na Ibero-América	115
2. Para a recuperação das oportunidades perdidas	119
3. A importância do desenvolvimento precoce	121
4. A importância dos investimentos educativos	123
5. A importância econômica da saúde	124
6. Quando a ética e a eficiência coincidem	126
SEÇÃO VI. CONCLUSÕES E PRINCIPAIS ÁREAS DE AÇÃO	129
1. Conclusões gerais	129
2. Principais áreas de ação	131
BIBLIOGRAFIA	137
ANEXO DE QUADROS E GRÁFICOS	141

Prólogo



A Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo, reunida no Panamá em novembro do ano 2000, consagrou grande parte de suas deliberações ao tema da infância e adolescência. Reconheceu assim a importância dos seus direitos, claramente consagrados na Convenção dos Direitos da Criança, subscrita por todos os países ibero-americanos. Igualmente, identificou os problemas prioritários que as crianças e adolescentes enfrentam e na Declaração do Panamá 2000 deixou consignadas as estratégias orientadas a solucioná-los.

O estabelecimento de tais prioridades tornou evidente a necessidade de efetuar uma avaliação minuciosa e detalhada das condições de vida das crianças e adolescentes ibero-americanos a fins do século XX. De acordo com o anterior, os Chefes de Estado e de Governo consideraram indispensável a realização de um estudo que antecipasse a referida avaliação, complementasse as estratégias por eles definidas e, o que talvez seja mais importante, estabelecesse metas concretas que permitam avançar decididamente em direção ao ansiado cumprimento dos Direitos da Criança.

Acolhendo o chamado efetuado pela Décima Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Secretaria de Cooperação Ibero-Americana (SECIB), preparou o estudo

Construir equidade desde a infância e a adolescência na Ibero-América com a generosa e significativa participação de diversas organizações internacionais que se mencionam neste documento.

Do estudo surge um panorama ambivalente. Por um lado, a última década do século XX presenciou notáveis avanços na superação de alguns dos problemas históricos que têm afetado a infância e a adolescência ibero-americana. Estes logros foram alcançados especialmente no âmbito dos direitos sociais, isto é, em saúde, nutrição e educação, em grande parte como resultado dos estímulos surgidos do Encontro Mundial de Cúpula pela Infância de 1990 e suas 27 metas específicas. No entanto, infelizmente, estes logros estiveram acompanhados pela persistência de acentuadas desigualdades entre os países e entre grupos sociais no interior dos mesmos. Também as tendências do ambiente gerado pelos modelos de desenvolvimento imperantes pareceriam estar condicionando os acontecimentos econômico-sociais no século XXI, limitando a consecução de maiores progressos no curto, e talvez inclusive, no médio e longo prazo, impedindo o retorno esperado do investimento social realizado nos últimos anos e acentuando as tendências à inequidade entre e dentro dos países. Para evitar isso, é imperativo outorgar maior prioridade ao cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes e destinar maiores recursos ao investimento social em idades precoces, com o fim de melhorar substancialmente

suas condições de vida e assegurar igualdade de oportunidades.

Torna-se claro então, que os avanços alcançados só serão consolidados mediante novos e persistentes esforços. Não sendo assim, não só teremos menores ritmos no melhoramento das condições básicas de vida, associadas aos direitos econômicos, mas a crescente insatisfação dos direitos civis, políticos e culturais das crianças e adolescentes da Ibero-América.

O estudo *Construir equidade desde a infância e a adolescência na Ibero-América* é então uma resposta à demanda emanada da Décima Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo, chefiada pela Presidenta de Panamá, senhora Mireya Moscoso, e seu objetivo é servir de sustentação às estratégias delineadas na Declaração do Panamá. Agora é indispensável que estas estratégias sejam postas em marcha nos diversos países, para assim lograr o cumprimento efetivo dos direitos das crianças e adolescentes ibero-americanos. Eles são nosso futuro.

JOSÉ ANTONIO OCAMPO
Secretário-Executivo
CEPAL

PER ENGBAK
Diretor Regional para a América
Latina e Caribe
UNICEF

JORGE ALBERTO LOZOYA
Secretário
SECIB

Introdução



1. O sistema ibero-americano

Nos últimos anos o desenvolvimento do sistema mundial de países tem visto emergir diferentes “blocos” ou grupos de nações como expressão concreta de um processo de crescente organização inovadora nas relações entre comunidades e países. Este processo vem tendendo a substituir a visão “nacionalista” das sociedades, prevaiente durante o século XIX e grande parte do século XX, por outra de maior integração nos planos político, econômico e cultural.

Mais recentemente o desenvolvimento de pólos de agrupação de países baseados principalmente em valores, padrões culturais e lingüísticos em comum, entre os quais o sistema ibero-americano é provávelmente uma das mais reconhecidas versões. Organizado formalmente em 1992 –por motivo dos 500 anos da chegada de Cristóvão

Colombo à América e, portanto, da irrupção da imagem indígena na Europa, ou seja, de uma forma cultural totalmente independente–, o sistema ibero-americano tem, como expressão organizativa máxima, as Cimeiras anuais de Jefes de Estado e de Governo. Em sua décima versão, em novembro do ano 2000, por iniciativa da presidenta de Panamá, país sede, senhora Mireya Moscoso, adotou o tema da infância e a adolescência como seu eixo central, em torno ao qual uma dúzia de reuniões ministeriais – dos diversos setores– se dedicaram a discutir suas relações específicas com esse tema. As conclusões finais, condensadas na Declaração de Panamá (veja quadro I.2) expressam a visão dos mandatários ibero-americanos ao iniciar-se o século XXI e são a base para uma formulação estratégico-programática de longo prazo.

Quadro I
PAÍSES DA IBERO-AMÉRICA

Argentina	Equador	Panamá
Bolívia	El Salvador	Paraguai
Brasil	Espanha	Peru
Chile	Guatemala	Portugal
Colômbia	Honduras	República Dominicana
Costa Rica	México	Uruguai
Cuba	Nicarágua	Venezuela

No âmbito desta preocupação explícita e integral pela infância, e de sua importância para o desenvolvimento de toda sociedade, os Chefes de Estado e de Governo dos países ibero-americanos acordaram a cooperação de diversos órgãos das Nações Unidas, sob a coordenação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e em colaboração com a Secretaria de

Cooperação Ibero-Americana (SECIB), para elaborar o presente documento, no qual se apresenta uma avaliação da situação atual da infância nestes países, cujo objetivo é contribuir à formulação estratégico-programática referida, assim como ao desenho e cumprimento de metas concretas que melhorem tanto a situação da infância, como a das sociedades em seu conjunto.

Quadro II
**DECLARAÇÃO DOS CHEFES DE ESTADO E DE GOVERNO DOS PAÍSES IBERO-AMERICANOS
PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DA INFÂNCIA**

Os Chefes de Estado e de Governo dos 21 países ibero-americanos, reunidos na Cidade do Panamá, por ocasião da Décima Cimeira Ibero-Americana, acordaram solicitar à Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL) que, em coordenação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Secretaria de Cooperação Ibero-Americana (SECIB), realize uma avaliação da situação atual da infância em Ibero-América, a fim de identificar metas

concretas, que melhorem as tendências atuais, em matéria de educação, saúde, serviços sanitários e erradicação do trabalho infantil, entre outras.

Esta avaliação apoiará a determinação dos compromissos que assumirão os países de nossa região no XXV Período Extraordinário de Sessões da Assembléia Geral das Nações Unidas no próximo ano, o qual terá o propósito de avaliar os avanços e dar seguimento à Declaração Mundial sobre a

Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança e o Plano de Ação aprovados no Encontro Mundial da Cúpula pela Criança em 1990, assim como definir nas Nações Unidas uma agenda neste âmbito, para os próximos anos.

Cidade do Panamá, em 18 de novembro de 2000

2. Direitos e equidade

Para o futuro das sociedades humanas, o mais importante são suas crianças, porque seu bem-estar e progresso são a única garantia de desenvolvimento individual e coletivo. Grande parte das oportunidades para toda a vida da pessoa estão determinadas pelo modo como ela começa. Na Ibero-américa, a maior preocupação dos cidadãos de todas as condições socioeconômicas é assegurar o bem-estar atual de seus filhos e o logro de condições que lhes garantam um porvir melhor que o que tiveram seus pais. Todos esperam que a sociedade que os acolhe—especialmente os governos, mas também a sociedade civil—preste crescente atenção à educação, saúde e proteção das crianças, e ao mesmo tempo facilite a seus pais acesso a maiores rendas e condições para atendê-los.

Quando a humanidade logrou um acordo sobre os direitos básicos de todas as pessoas, assumiu a tarefa de especificar o alcance desses direitos com relação às crianças. Assim que, uma vez aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos e pactado seu alcance em termos de direitos civis e políticos, e também econômicos, sociais e culturais, as nações assumiram dois compromissos prioritários: por um lado, condenar as modalidades extremas de discriminação e violação dos direitos humanos e por outro, estabelecer o marco normativo básico em matéria de direitos das crianças e adolescentes de ambos sexos, como fundamento para a garantia e sustentabilidade dos direitos humanos. Nasceu assim a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada em 1989 pelas Nações Unidas, que é o instrumento de direito internacional de maior universalidade, ratificado por todas as nações ibero-americanas.

A partir da Convenção tende a consolidar-se uma perspectiva de progressiva implantação dos direitos de todas as crianças e adolescentes, orientada à proteção integral e universal que compromete toda a sociedade. Na Ibero-América, esta mudança de enfoque tem impulsionado a adoção de novos marcos normativos a favor da infância e da adolescência, consistentes com o enfoque de direitos. Os câmbios legais e institucionais derivaram na rejeição das situações de violação ou incumprimento de direitos por parte da sociedade, cujos sistemas jurídicos começam a sancionar tais situações, dando assim mostras de uma exigibilidade concreta dos direitos. Isso tem

conduzido à redefinição, ainda parcial, das políticas públicas para lograr o cumprimento efetivo dos direitos.

O enfoque dos direitos concebe de modo sistêmico cada uma das dimensões da atuação humana. De acordo com este paradigma cada uma delas comporta um conjunto indivisível de subdimensões: sócioassistenciais, econômicas, políticas, culturais e cívicas. No campo das políticas sociais, a adoção deste enfoque implica substituir as orientações que tradicionalmente têm guiado as políticas públicas—especialmente a prestação dos serviços sociais básicos—, e cuja formulação têm sido incompleta, deixando com frequência fora de sua preocupação importantes áreas e aspectos como, por exemplo, a formação de valores através dos meios de comunicação de massa.

Como se aprecia ao longo deste documento, os países ibero-americanos têm avançado nestes campos mediante processos que tendem a garantir o cumprimento pleno dos direitos de suas crianças e adolescentes. No entanto, estes avanços são ainda insuficientes e, sobretudo, muito desiguais. Em geral, as desigualdades e atrasos no cumprimento dos direitos da infância e da adolescência surgem como resultado da auto-reprodução das grandes disparidades e inequidades que caracterizam a vida social, econômica e política de nossos países.

Como assinalado pela CEPAL, esta inequidade não é uma particularidade exclusiva da atual etapa, mas tem caracterizado a maioria dos diversos modelos de desenvolvimento predominantes nos países ibero-americanos ao longo de sua história. É o reflexo de estruturas econômicas, sociais, étnicas e de gênero altamente segmentadas, que se reproduzem de uma geração à seguinte através de múltiplos canais. Portanto, o eixo do esforço a realizar deve ser, precisamente, romper os canais de reprodução intergeracional da pobreza e da desigualdade, incluídas as barreiras da discriminação por gênero e por etnia, que agravam seus efeitos.

Ao definir o logro de sociedades mais equitativas e democráticas como o objetivo essencial do desenvolvimento, se coloca em primeiro plano a vigência dos direitos civis e políticos, dos direitos econômicos e sociais, e dos direitos culturais que respondem aos valores

de igualdade, solidariedade e não-discriminação. Se ressaltam, ademais, os valores de universalidade, indivisibilidade e interdependência deste conjunto de direitos, cuja vigência deve ser compatível com o grau de desenvolvimento alcançado por cada sociedade. Se demanda também o estabelecimento de um 'pacto fiscal' que garanta o financiamento requerido para o cumprimento dos direitos, sem gerar por isso pressões desequilibrantes sobre os agregados macroeconômicos, que viriam eventualmente pôr em perigo a sustentabilidade desses mesmos direitos. A equidade, neste sentido, deve ser entendida em relação com o estabelecimento de metas que a sociedade seja efetivamente capaz de alcançar, porém sempre como parte desse caminho crítico que conduz ao pleno e universal cumprimento dos direitos.

Não se poderá alcançar maiores níveis de bem-estar para o conjunto da população e graus crescentes de equidade distributiva, sem avançar significativamente na consolidação de economias dinâmicas e competitivas, contudo esse dinamismo e essa competitividade não devem sustentar-se no uso extensivo e pobremente remunerado da força de trabalho, nem na depredação dos recursos naturais e do meio-ambiente. Pelo contrário, a competitividade genuína deve apoiar-se num uso cada vez mais sofisticado e melhor remunerado dos recursos produtivos com que contam os países ibero-americanos, de modo que se assentem as bases de um crescimento

que dependa de, e por sua vez sustente, um efetivo processo de desenvolvimento socialmente equitativo, politicamente democrático e ambientalmente sustentável. A equidade e o desenvolvimento econômico, com sua dimensão de desenvolvimento sustentável, são, neste sentido, elementos de uma mesma estratégia integral. O desenvolvimento social não pode repousar exclusivamente na política social; porém nem o crescimento e nem a política econômica podem deixar de considerar os objetivos do desenvolvimento social, e as condições em que opera a política social. O exercício da cidadania é, por sua vez, não só um direito em si mesmo, que contribui como tal ao bem-estar, mas também o mais efetivo canal para garantir que os objetivos sociais do desenvolvimento estejam representados nas decisões públicas.

A importância deste caráter integral do desenvolvimento, e das políticas públicas em particular, se aprecia ainda com mais clareza quando a preocupação são as crianças e adolescentes que formam o presente e prefiguram o futuro destas sociedades. A satisfação dos direitos, especialmente das novas gerações, não reconhece segmentações artificiais entre o econômico e o social, entre setores institucionais ou programáticos, entre curtos, médios e longos prazos. Tais segmentações atentam contra o decidido avanço para o cumprimento dos direitos da infância e da adolescência.

3. Conteúdo do documento

De acordo com o mandato da Declaração de Panamá, este documento privilegia o cumprimento dos direitos e o logro da equidade como elementos estratégicos para alcançar o bem-estar da infância e da adolescência o desenvolvimento integral das sociedades ibero-americanas. Seu fio condutor, expressado nas seções que o compõem, é o seguinte:

Na primeira seção se aprecia como, apesar das difíceis condições imperantes, durante a década passada se realizaram progressos importantes no bem-estar da infância ibero-americana e no melhor cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes da região. Estes logros mostram que, na realidade, é possível avançar de modo sistemático e significativo nesta direção.

No entanto, como se detalha na segunda seção, persistem importantes atrasos e, em muitos casos, os progressos alcançados ocultam grandes disparidades tanto entre as situações que caracterizam aos distintos países como nas que se apresentam ao interior dos mesmos.

Na terceira seção se apresentam os avanços e atrasos em torno a problemas emergentes e a outros que têm ressurgido com força –antigamente menos visíveis devido à urgência em atender outras prioridades– e que afetam as crianças e adolescentes da Ibero-América, tais como a saúde na adolescência, a qualidade da educação, a vulnerabilidade jurídica ou os problemas de violência e abuso sexual.

Contudo os problemas e avanços nas condições de vida da infância não podem entender-se sem explicitar sua relação com a evolução social e econômica das sociedades ibero-americanas, tema que se desenvolve na quarta seção, pondo especial ênfase naqueles elementos que explicam a reprodução intergeracional das disparidades existentes e da pobreza.

Na quinta seção se apresenta uma análise do investimento social dirigido a atender as necessidades e os direitos da infância e a adolescência, com um marcado

destaque na importância com que se revestem estes investimentos do ponto de vista econômico, para que se compreenda melhor o custo –e as conseqüências freqüentemente vitais– em que pode incorrer uma sociedade quando não satisfaz de maneira adequada essas necessidades e esses direitos.

Finalmente, se faz uma síntese e se recopila as principais conclusões e reflexões que se depreendem das cinco seções anteriores.

Seção I

Progressos a favor da infância e da adolescência durante os anos noventa

O propósito desta seção é mostrar os avanços realizados nos anos noventa em um conjunto de dimensões que refletem as condições de vida da infância e da adolescência em alguns fenômenos que as determinam. Esta revisão não pretende ser exaustiva. Tais progressos tornaram visíveis outros problemas que afetam a crianças e adolescentes, ou que têm persistido sob diferentes formas, como as desigualdades entre os países e dentro de cada um deles. Se argumenta que é possível seguir avançando rapidamente em direção ao cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, inclusive naqueles aspectos em que os problemas que os afetam são maiores, e as metas estabelecidas a começos dos anos noventa são utilizadas para destacar a evolução registrada nos distintos países ibero-americanos.

A década passada esteve marcada por importantes logros e avanços em aspectos decisivos do bem-estar presente e futuro das crianças e adolescentes da Ibero-América. Tais progressos são o fruto de políticas e de ações de longo prazo, do maior nível geral de vida da população em geral, e dos esforços dos países ibero-americanos para aumentar o investimento social nas primeiras etapas da vida. Na consecução destes progressos tem assumido um papel preponderante a consciência que existe nos governos, na comunidade local, assim como nos agentes da comunidade internacional, sobre a imposterável necessidade de respeitar os direitos das crianças e adolescentes e de velar pelo cumprimento das

obrigações emanadas dos instrumentos jurídicos que estabelecem e buscam cautelar esses direitos.

A Convenção sobre os Direitos da Criança representa um câmbio radical nas responsabilidades dos governos, das comunidades e das famílias frente às crianças e adolescentes de ambos sexos. A Convenção estabelece que todos as crianças, sem exceção e pelo simples fato de sê-lo, têm direitos irrenunciáveis e inadiáveis e que toda a sociedade deve garantir-lhes essas condições mínimas para que comecem bem a vida. Antes da Convenção, o enfoque do tratamento às crianças e aos adolescentes enfatizava as situações irregulares e os

tratava de maneira discriminatória ou paternalista. A partir da Convenção, se consolida uma perspectiva baseada no respeito dos direitos de todas as crianças e adolescentes, acompanhada de atividades de proteção integral e universal que comprometem a toda a sociedade.

As nações da Ibero-América adotaram —ou estão em vias de fazê-lo— um novo marco normativo a favor da infância e da adolescência, consistente com a perspectiva de direitos. À reforma legislativa segue o

desafio, ainda maior, de levar a cabo uma reforma institucional para construir sistemas de bem-estar infantil, justiça, atendimento alimentar, educação e saúde guiados pelos princípios reitores da Convenção e pelo interesse maior da criança. O grande desafio é lograr que os direitos das crianças façam parte do imaginário coletivo, que as situações de violação ou incumprimento de direitos sejam rejeitadas pela sociedade e que as políticas públicas nasçam do consenso da cidadania e representem a vontade coletiva.

1. Efeitos mobilizadores da Convenção sobre os Direitos da Criança e do Encontro Mundial de Cúpula pela Infância¹

O Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI) se celebrou em 1990, menos de um ano depois da aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança por parte da Assembléia Geral das Nações Unidas. Nela se adotou uma Declaração e um Plano de Ação que incluía 27 metas para a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção da infância e a adolescência.

Nas Américas, a EMCI e a Convenção atuaram como catalisadores de transformações sociais orientadas a um maior reconhecimento dos direitos da criança e a uma melhora concreta de suas condições de vida, destacando que o compromisso político e a fixação de metas específicas, junto com a participação das organizações de base, movimentos de crianças e jovens, grupos de mulheres, líderes empresariais e religiosos e meios de comunicação, foram cruciais para os logros registrados ao longo da década.

A fixação de metas facilitou a criação de consensos e propiciou a criação por parte dos governos de planos nacionais a favor da infância para avançar em direção ao respeito dos direitos de crianças e adolescentes. Praticamente todos os países da América Latina e do Caribe formularam planos nacionais, que têm sido progressivamente incorporados como parte integral das políticas públicas. Em sua grande maioria, estes planos abandonam o antigo enfoque tutelar, privilegiam a

participação social e fomentam a co-responsabilidade, potenciando assim o câmbio cultural e sua sustentabilidade. No entanto, enfoques autoritários em algumas sociedades, junto com a pouca experiência de participação social na região, têm dificultado em alguns casos a aplicação deste novo enfoque.

Na maioria dos países, a articulação real dos planos nacionais na política pública e nos programas nacionais de desenvolvimento tem garantido a coerência e complementaridade das ações a favor dos direitos das crianças e dos adolescentes, assim como seu financiamento através do orçamento público. No entanto, em alguns casos, os agentes reitores da infância não alcançaram suficiente liderança e capacidade para convocar e impulsar o debate e mobilizar recursos para seu setor, o que têm limitado as ações para o cumprimento das metas.

Ainda que na maioria dos países tem havido avanços na coordenação entre instituições governamentais para a aplicação das ações que buscam fomentar os direitos da infância, ainda resta por alcançar maior coordenação entre os setores público e privado.

A Convenção e o Encontro deram partida a um processo de reforma legislativa que busca substituir os antigos códigos de menores de carácter excluinte por leis baseadas na Convenção. Na atualidade, o processo de

¹ Este ponto se apóia significativamente em PROMUDEH-UNICEF (2000).

Quadro 1.1
DIREITOS DAS CRIANÇAS PARA UM BOM COMEÇO DA VIDA

Toda criança necessita e reclama que a queiram. Necessita também ter alimentação, estar saudável, educar-se, relacionar-se e brincar. Em diversas circunstâncias, requer proteção especial. Estas são as condições indispensáveis para que possa ter o melhor começo da vida. E estas necessidades fundamentam seus direitos básicos e constituem a base de seu desenvolvimento

- Afeto -> desenvolvimento psicoafetivo
- Alimentação -> desenvolvimento psicofísico
- Saúde -> desenvolvimento psicofísico
- Educação -> desenvolvimento intelectual, psicoafetivo, psicofísico, psicossocial, psicomotor
- Interação -> desenvolvimento psicossocial
- Jogo -> desenvolvimento psicomotor

Os direitos das crianças podem agrupar-se assim:

• **Biológicos**

O direito a viver

- Não morrer por doenças evitáveis por imunização
- Não morrer por doenças curáveis
- Não morrer por violência ou negligência

O direito à alimentação

- Alimentação adequada
- Micronutrientes

• **Psicológicos**

O direito a ser querido

- Amor e compreensão
- Pertencer a uma família, não ser separado dela
- Não ser maltratado
- Não ser abandonado

O direito a brincar

- Desfrutar plenamente de jogos e recreação

• **Sociais e culturais**

O direito à saúde

- Cuidado da saúde da mãe
- Cuidado pré e pós-natal
- Imunização e prevenção
- Serviços médicos oportunos e adequados
- Água potável e saneamento básico
- Não realizar atividades que prejudiquem sua saúde

O direito à educação

- Acesso e permanência em educação básica de qualidade
- À língua materna (e sua cultura)
- Desenvolvimento de aptidões, discernimento e

responsabilidade

- Formação no espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz, fraternidade e serviço

O direito à interação e integração social

- Desenvolver-se em condições de liberdade e dignidade
- Ser ouvido e receber resposta
- Não ser discriminado
- Informação e comunicação

• **Econômicos**

O direito a renda familiar

- Que sua família tenha meios adequados de subsistência

• **Civis**

O direito a ter nome e nacionalidade

- O direito à proteção especial**
- Interesse maior da criança
- Prioridade para proteção e socorro
- Tratamento especial em casos de impedimento

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

reforma legislativa já foi completado na maioria dos países da região. Ainda que isto constitua um grande avanço, não é suficiente para garantir o pleno exercício dos direitos da infância. É necessário que estas novas leis se apliquem

e estejam acompanhadas de uma reforma institucional e, sobretudo, de um câmbio cultural no interior da sociedade para que as crianças e adolescentes sejam reconhecidas como sujeitos de direitos.

As organizações não-governamentais (ONG), as diferentes instâncias da sociedade civil e a cooperação internacional têm desempenhado um papel fundamental nos processos de posicionamento dos direitos da infância e da adolescência na agenda política e no avanço às metas do Encontro. Estes processos foram reforçados também pela descentralização e a participação popular, ainda incipiente, que vem se desenvolvendo na maioria dos países da região.

Também a nível regional se estão empreendendo iniciativas para avaliar o progresso para o cumprimento das metas. Ao término do ano 2000 se haviam realizado cinco reuniões ministeriais com este fim: no México, em 1992; na Colômbia, em 1994; no Chile, em 1996; no Peru, em 1998 e, mais recentemente, na Jamaica no ano 2000.

Também se levaram a cabo duas reuniões ibero-americanas de ministros a cargo da infância e adolescência, em 1999 e 2000. De especial importância é o processo da Décima Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo (Panamá, 2000) e suas 12 reuniões ministeriais, de todos os setores, nas quais a infância e a adolescência foram o tema central, e que culminaram com a Declaração de Panamá. (ver quadro I.2).

Estas iniciativas têm sido cruciais para acompanhar os avanços dos países em direção às metas e impulsaram a aplicação de estratégias a nível nacional para a coleta de informações sobre a infância e dos avanços dos programas que a beneficiam, deixando claro, em alguns casos as limitações de informação confiável para o acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas.

2. Aumento da esperança de vida e redução da mortalidade

A década passada esteve marcada por importantes logros em aspectos decisivos da qualidade de vida e do cumprimento dos direitos da infância na região. Estes se traduziram em melhoras em um indicador central do cumprimento dos direitos da população em geral e das crianças em particular: mais anos de vida. O aumento da esperança de vida ao nascer reflete este fato, pois resume as condições gerais de vida alcançadas por um país ou região em um determinado momento. Se a começo da década passada se esperava que um ibero-americano recém-nascido vivesse 69 anos, hoje se espera que alcance 71 anos de vida. O logro de dois anos mais de expectativa de vida em uma década é um progresso substancial, mais ainda se se considera que a esperança de vida aumentou muito mais naqueles países que a começo da década apresentavam maiores atrasos nas condições de vida e na sobrevivência da população infantil: a esperança de vida aumentou sete anos na Bolívia; seis anos em El Salvador e Peru; cinco em Honduras e quatro anos no Equador e República Dominicana.

No referente à mortalidade infantil, a metade dos países registrou avanços muito significativos no número de mortes evitadas em menores de um ano, a ponto que 9 dos 21 países ibero-americanos puderam cumprir a meta

de redução de um terço da taxa registrada a princípios dos anos noventa. Para os menores de um ano a taxa média nos 21 países se reduziu de 38 a 26 mortes por 1 000 nascidos entre o ano 1990 e o 2000. Quase a metade dos países havia reduzido a taxa de mortalidade infantil a 20 por 1 000 ou menos. Esta redução, da ordem de 32%, é só um ponto percentual menos que a meta global estabelecida no Encontro.

Logros similares se alcançaram com relação à mortalidade dos menores de 5 anos, em parte associados à redução da mortalidade dos menores de um ano: entre 1990 e 1999, aquela se reduziu em 28% (de 45 a 32 por cada 1 000 nascidos vivos) como média para o conjunto de 21 países ibero-americanos, e se este ritmo de redução foi mantido até o ano 2000, 11 países se teriam acercado ou cumprido a meta de reduzir em um terço essa taxa. E ainda, entre os países de alta ou muito alta mortalidade no início da década (Bolívia, Brasil, Equador, El Salvador, Honduras e Peru) se registraram apreciáveis melhoras absolutas e relativas. Apesar de que o progresso foi menor em comparação com a mortalidade infantil, os avanços em termos de mortes evitadas também foram notáveis.²

2 As taxas de mortalidade infantil e de menores de cinco anos estão influenciadas pela cobertura do registro de nascimentos. Se estima que em 2000, do total de países ibero-americanos, quatro registravam entre 70% e 89% do total dos nascimentos, dois países só registravam entre 50% e 69% e não se dispunha de informação em outros quatro países. O fato de que as taxas mais elevadas de nascimentos sem registros se associem a níveis mais altos de mortalidade infantil impõe maior cautela ao apreciar os níveis de mortalidade estimados atualmente para os países com menor cobertura de registro.

Quadro 1.2
SÍNTESE DOS DIREITOS CONSIDERADOS NA DECLARAÇÃO DE PANAMÁ

Tipo de direitos				
Sociais (17)	Culturais (3)	Civis (14)	Políticos (3)	Econômicos (5)
<ul style="list-style-type: none"> - Avançar para uma educação integral, respeitosa da diversidade, que obrigue acesso total a educação primária gratuita para 2015 - Educação inicial para todos até 2015 - Impulsar inovação (por ex., bolsa de estudo) - Usar tecnologias de informação no processo de ensino-aprendizagem - Promover livre fluxo de informação - Fortalecer programas de segurança alimentar - Estender sistemas de previdência social para aumentar acesso a serviços de saúde integral - Diminuir mortalidade materna em 50% até 2010 - Dar prioridade a AIDS abordando-a de forma integral - Promover educação da sexualidade - Dar prioridade à moradia - Desenvolver programas para setores vulneráveis: meninos de rua, órfãos, abandonados - Atender aos deficientes - Desenvolver programas antidrogas e de reabilitação - Impulsar esporte e uso do tempo livre - Proteger em conflitos armados - Prevenir acidentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover raízes culturais, costumes e tradições - Erradicar violência intrafamiliar - Fazer frente à violência 	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar registro ao nascer, impulsionando medidas legislativas e administrativas - Propiciar participação através de circulação de informação sobre direitos - Fortalecer a família - Castigar severamente o tráfico de crianças - Castigar severamente a exploração sexual - Castigar severamente o seqüestro e outros - Penalizar todo delito contra crianças e adolescentes - Garantir os direitos dos migrantes - Desenvolver justiça penal de menores que permita reinserção - Instar a ratificação dos Convênios 138 e 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) - Adoção internacional - Subtração de menores - Adesão à Convenção de Ottawa sobre tráfego de armas ligeiras, crianças em conflitos armados, plano antidrogas - Fortalecer instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar participação construtiva em sociedade - A Secretaria de Cooperação Ibero-Americana (SECIB) deve usar acordos da Décima Cimeira e da segunda Reunião na América sobre Infância e Política Social - Coordenar-se para a reunião especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Infância e Adolescência 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover desenvolvimento com equidade e justiça social - Destinar maiores recursos ao gasto social, em especial saúde, educação, cultura, e ciência e tecnologia - Estender os sistemas de previdência social - Reduzir pobreza e pobreza extrema - Se expressa satisfação por êxito do Programa Internacional para a Abolição do Trabalho Infantil (IPEC)

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Por outro lado, se bem os logros registrados em termos de mortalidade materna durante os anos noventa foram menores, os países ibero-americanos mostraram, em média, uma redução de 26% nesta taxa (de 153 a 114 por cada 100 000 nascidos vivos), destacando-se os importantes avanços em Bolívia, Colômbia, Honduras e Paraguai. Nesses avanços foram importantes as ações

específicas em matéria de melhoramento dos serviços de saúde e as destinadas a identificar os riscos associados à gestação e à solução de emergências obstétricas, pois a grande maioria das mortes maternas se deve à complicações do aborto, hemorragias, hipertensão e infecções.

Quadro I.3

AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NA INFÂNCIA (TMI) COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NOS PAÍSES IBERO-AMERICANOS E A ESTRATÉGIA AIEPI

Magnitude e distribuição da mortalidade por doenças transmissíveis

Estimativas disponíveis para o quinquênio 1995-2000 calculam em cerca de 470 000 o número total de mortes anuais de crianças menores de cinco anos nos países da Ibero-América. Destes falecimentos, aproximadamente um terço se deve à doenças transmissíveis, o que põe de manifesto que ainda constituem um importante problema de saúde na infância. Entretanto, o peso das doenças transmissíveis como causa de mortalidade entre os menores de cinco anos varia nos distintos países: na Argentina, Costa Rica e Uruguai estas doenças são responsáveis por menos de 20% das mortes de menores de cinco anos. Porém, na Bolívia e Nicarágua representam mais de 55% das mortes neste grupo de idade.

Ainda que a mortalidade por enfermidades transmissíveis tem diminuído em todos os países durante os últimos decênios, a velocidade de queda da mortalidade tem sido diferente, e os países em desenvolvimento que lograram menores níveis de TMI são os que também mostraram diminuição na mortalidade infantil.

Perspectivas de controle do problema e novas metas a alcançar

O notório descenso na mortalidade por doenças transmissíveis logrado por alguns países da Ibero-América se deveu a numerosos fatores associados; por uma parte, ao melhoramento nas condições de vida da população e, por outra, à aplicação de intervenções eficazes para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento exitoso das doenças transmissíveis na infância.

Estas intervenções, assim como outras que contribuem a melhorar as condições gerais de saúde entre os menores de cinco anos e suas famílias, se encontram atualmente consideradas dentro da estratégia de **atenção integrada às enfermidades prevalentes da infância (AIEPI)**, elaborada em conjunto pela Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A estratégia AIEPI é a principal intervenção proposta para lograr uma forte redução no número de mortes por enfermidades transmissíveis nas crianças menores de cinco anos de idade, assim como para conseguir seu crescimento e desenvolvimento saudáveis,

prevenindo doenças e melhorando as práticas de alimentação, estimulação e cuidado em casa e na comunidade.

A estratégia contempla, por um lado, um conjunto básico de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, que cobre as enfermidades e problemas de saúde que com maior frequência afetam as crianças menores de cinco anos. Por outro, compreende ações a serem realizadas não só através da estrutura de saúde, mas que também incluem um componente comunitário dirigido a melhorar a capacidade da família e da comunidade no cuidado e atendimento da criança em casa. Deste modo, atua tanto através de ações paliativas para reduzir o risco ao que a criança está exposta cada vez que adocece, como através de ações de prevenção e promoção orientadas à melhorar a condição de saúde da criança, fazendo-a menos suscetível às doenças e diminuindo o risco de contraí-las.

A aplicação da estratégia AIEPI em uma comunidade permite:

- Brindar à população, através de todo os profissionais de saúde (institucional e não-institucional, público ou privado e outros), acesso às medidas básicas de

prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado das crianças, assim como informação sobre seu cuidado e atendimento, tanto quando estão saudáveis como quando estão doentes (neste último caso, incluindo o reconhecimento dos sinais de alarma para a busca precoce de ajuda externa).

- Incorporar outras pessoas que participam no atendimento da criança menor de cinco anos, incluindo tanto pessoal institucional (governamental e não-governamental) como voluntário e as famílias, na difusão do conhecimento necessário para melhorar as práticas de cuidado e atendimento da criança na própria casa.

- Identificar outros problemas de saúde da mãe e da família que podem afetar a saúde da infância e da comunidade em geral.

Dado que a estratégia AIEPI tem um componente destinado a melhorar os conhecimentos e práticas de alimentação da criança, incluindo o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses de idade e a adequada alimentação posterior, sua aplicação pode contribuir, ademais, para diminuir o número de mortes de crianças por desnutrição. Finalmente, a estratégia AIEPI também pode melhorar o controle pré-natal das gestantes, assessorá-las sobre o lugar mais apropriado para o parto e sobre os cuidados durante o mesmo, contribuindo desta maneira a

melhorar a cobertura e qualidade do atendimento perinatal, e repercutindo sobre a mortalidade por esta causa. A OPS/OMS propõe esta estratégia AIEPI como ferramenta principal para acelerar o ritmo de queda da mortalidade por doenças transmissíveis e melhorar as condições de saúde da infância, particularmente nos grupos mais vulneráveis.

Com base na situação da infância a fins da década de 1990, a OPS/OMS estimou que brindando-se acesso à estratégia AIEPI, especialmente aos grupos de população mais vulneráveis em cada país, pode-se acelerar o ritmo de diminuição da mortalidade por enfermidades transmissíveis e lograr-se para o ano 2002 uma diminuição de 100 000 mortes de menores de cinco anos.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS).

3. Maior acesso a água potável e saneamento básico

Os logros anteriores respondem em grande parte aos avanços relacionados ao acesso da população a água potável. Em 1990, a cobertura na provisão de água potável e serviços associados ao saneamento ambiental era bastante heterogênea. Alguns países haviam obtido significativas melhorias no abastecimento de água potável, especialmente nas áreas urbanas; em outros, os serviços só cobriam uma reduzida proporção da população e eram intermitentes e de baixa qualidade. Os serviços de esgotos sanitários eram ainda menos extensos, e não se havia generalizado o tratamento de águas servidas: se estimava que menos de 10% dos sistemas de esgotos sanitários tinham plantas de tratamento, e só entre 5% e

10% das águas residuais eram processadas, ainda que freqüentemente de maneira inadequada (OPS/OMS, 1992). Ademais, como resultado das grandes concentrações de população, em muitos lugares da região o caudal de águas residuais que se descarga excede a capacidade natural de decomposição e dispersão dos cursos d'água que o recebem, com sua conseguinte degradação e aumento das concentrações de bactérias coliformes, principal origem de enfermidades intestinais. A melhora na prevenção de tais fatores de risco tem sido vital para diminuir a prevalência destas e de outras enfermidades que, além da alta mortalidade infantil que provocam, são causa de elevadas taxas de ausentismo escolar e laboral.

Quadro I.4

OPÇÕES DE INVESTIMENTO PÚBLICO EM ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO

A escolha de como investir os limitados recursos disponíveis em um setor representa um dos maiores desafios para os formuladores de políticas. Duas avaliações recentes oferecem dados regionais atualizados que ilustram as opções disponíveis e os tipos de fatores que devem ser considerados. A avaliação de Água e Saneamento Ambiental (ASA) realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou as condições de ordem fiscal e política dos encarregados de tomar decisões:

- Recursos disponíveis: Para água urbana: 7.63 dólares per capita por ano (4.8 dólares provenientes de recursos nacionais, 2.83 dólares de recursos externos). Para água rural: 4.23 dólares per capita por ano (2.64 dólares provenientes de recursos nacionais, 1.59 dólares de recursos externos). Para saneamento urbano: 3.07 dólares (1.88 dólares provenientes de recursos nacionais, 1.19 dólares de recursos externos). Para saneamento rural: 0.24 dólares (0.24 dólares provenientes de recursos nacionais, sem recursos externos). Estas alocações refletem os recursos disponíveis e a decisão política de como distribuí-los entre ambas zonas.

- Alternativa tecnológica/custos de conexão: Os custos de conexão aos sistemas de água urbanos variaram de 37 a 142 dólares, dependendo da tecnologia usada, e os custos de saneamento urbano oscilaram entre 42 e 196 dólares. Em áreas rurais, os custos variaram entre 28 e 121 dólares para água e 42 e 121 dólares para saneamento. Com o mesmo investimento se poderia realizar até três ou até cinco vezes mais conexões básicas, porém a contabilidade, conveniência técnica e aceitabilidade podem variar.

- Custos para os consumidores: As cobranças pelos serviços de água aos consumidores não foram suficientes para cobrir os custos de operação e manutenção em quase a metade dos países ibero-americanos. Ainda que isso crie a necessidade de subsídios públicos, estes podem ser o único recurso para que as pessoas de baixas rendas tenham acesso à água potável.

- Opções de investimento diferido: Só 14% dos sistemas de saneamento tratam a água que ingressa à rede de esgotamento sanitário. Esta

água "residual" não tratada se descarga diretamente nos rios e oceanos, com possíveis riscos para o ambiente, a saúde pública, o turismo e a pesca.

- Privatização de fato em zonas periurbanas: Em muitas áreas urbano-marginais que não contam com água pública, os residentes podem chegar a pagar aos vendedores privados até 10 vezes o preço público

- Opções de investimento frente a opções de manutenção: Devido à manutenção deficiente e à obsolescência de muitas redes de distribuição, se perdem 36% da água que ingressa aos sistemas de encanamento nas principais cidades.

Uma lição do decênio de 1990 é que um ligeiro movimento em um indicador, como o de água potável, não necessariamente constitui um fracasso. As alternativas são complexas, as demandas intensas e as decisões não são óbvias. Por isso, os aumentos de cobertura em água e saneamento alcançados na década representam logros notáveis.

No que se refere ao acesso a água potável, se lograram importantes avanços. A diminuição da porcentagem de população sem acesso durante a década alcançou a 50% como média (de 31% a 16%), considerada a população urbana e rural dos países. A meta de redução de 25% estabelecida para os países da região se cumpriu tanto ao considerar a média simples como a ponderada das cifras dos países, isto é, tomando em conta a importância relativa da população beneficiada. Neste último caso, e apesar da leve deterioração do Brasil —cuja população representa cerca de 35% do total da América Latina— a redução foi de 27%. Este logro resulta ainda mais notável se se considera a melhoria da cobertura em zonas rurais de alguns países, ainda que a um ritmo pouco menor que nas zonas urbanas.

Quanto à cobertura do acesso a saneamento básico, os níveis alcançados na década são menores, tanto porque os países têm priorizado o acesso da população a água

potável como porque os investimentos que requerem esses serviços são mais elevados (plantas de tratamento de resíduos, sistemas de evacuação, sistemas de canalização e filtragem, dentre outros). Se bem a disponibilidade de água potável reduz em forma importante o risco de morbidade da população infantil, a ausência de serviços de eliminação de dejetos o mantém, devido a: i) a contaminação direta ou indireta dos cursos naturais de água, e ii) a contaminação do meio ambiente imediato à moradia, que facilita o contato das crianças com as fontes de enfermidades. Contudo, os avanços nesta matéria foram importantes durante a década, a ponto que, com exceção de um país, todos cumpriram a meta de redução fixada em 17%, com melhorias mais significativas nas zonas rurais que nas urbanas, a pesar de que isto também pode refletir que a meta de redução homogênea não esteve bem calibrada segundo as possibilidades reais de avanço que tinham os países.

4. Logros em saúde materna, em atendimento pré-natal e do parto

Ainda que o melhoramento das coberturas de água potável e saneamento de qualidade adequada diminuam as fontes de enfermidades, deve ir acompanhado do acesso aos sistemas de saúde e a programas de controle de enfermidades evitáveis, originadas por contágio, por transmissão intra-uterina ou por más condições de saúde da mãe. Por exemplo, a anemia por deficiência de ferro (níveis de hemoglobina no sangue inferiores a 12 gramos/100 ml) afeta as mulheres grávidas em 50% a mais do que as mulheres não grávidas. Com relação a este problema específico, um logro importante é que a maioria dos países ibero-americanos dispõe de programas de suplementação de ferro (habitualmente através do fortalecimento da farinha de trigo e da farinha de milho) para gestantes e crianças pequenas.

Apesar de não se dispor de informação suficiente para avaliar os avanços em matéria de atendimento pré-natal por pessoal capacitado, atualmente 77% das gestantes se submetem a este tipo de controle. Sabe-se que durante a gestação, as infecções do período perinatal, a ruptura prematura de membranas, a prematuridade, a hipertensão materna, o trauma obstétrico e a hipoxia perinatal contribuem em grande medida à mortalidade pós-

neonatal. Mesmo com níveis mais baixos, o acesso a controle pré-natal está relacionado com o atendimento do parto propriamente tal. Ao registrar-se uma melhoria no segundo, se pode conjecturar que em matéria de controle pré-natal haveria ocorrido também importantes avanços.

O parto atendido por pessoal especializado está fortemente associado a um manejo adequado das dificuldades de parto, assim como com benefícios positivos para a sobrevivência da mãe e da criança, e sua saúde futura. O nível de acesso a atendimento especializado do parto aumentou 12% em média, e atualmente os partos controlados correspondem a 83% dos nascimentos registrados (ver quadro III.1). Em particular, são destacáveis os avanços alcançados no Paraguai, que, no decênio, mais que duplicou o atendimento especializado, e em El Salvador, cujo sistema de saúde no início da década cobria 50% das gestantes e que hoje atende a cerca de 90% delas.

Não obstante, o estancamento da queda da mortalidade materna, especialmente em 9 países onde a mortalidade materna continua sendo superior a 100 por 100 000 nascidos vivos, constitui um importante desafio para a região.

5. Avanços em matéria de nutrição

Um problema que reflete o estado de desenvolvimento de um país quanto a crescimento e nutrição de sua população, sistema sanitário, políticas de saúde sexual e reprodutiva e condições gerais de vida é o baixo peso ao nascer (recém-nascidos com menos de 2 500 gramas), intimamente ligado a maior risco de enfermidade e morte (OPS/OMS, 2000a). Se estima que atualmente 9% dos recém-nascidos dos países ibero-americanos apresentam baixo peso ao nascer, uma porcentagem menor que os 10% de começos da década. De todas maneiras, este avanço gradual permitiu que a grande maioria dos países alcançara a meta de 10% fixada para o ano 2000.

Outro fator crucial para a redução da mortalidade, morbidade e desnutrição infantis foram os avanços em matéria de aleitamento materno. Se comprovou que os bebês amamentados em forma parcial apresentam 4.2 vezes mais risco de morrer que os amamentados em forma exclusiva, e que os não amamentados têm 14.2 vezes mais risco de morte, o qual sobe para 23.3 vezes, nos dois primeiros meses de vida. O aleitamento materno melhora ademais o desenvolvimento cognitivo e reduz os riscos associados à infecções respiratórias agudas, à enfermidade diarréica e à enfermidades crônicas da infância. No início da década, a prevalência média de lactância materna exclusiva só alcançava a 25% dos bebês menores de três meses. Hoje, essa prevalência alcança a pelo menos 38% dos bebês com menos de três meses. Apesar de sua relevância, durante o período em que o leite materno é capaz de dar maior proteção se encontra o momento no qual a maioria das mulheres deixa de amamentar (no primeiro mês de vida) devido à massiva introdução de sucedâneos do leite materno.³ Quanto à lactância materna complementar, atualmente 58% das crianças entre 4 e 23 meses de idade consomem leite materno em forma

complementar à ingestão de alimentos e líquidos, representando um aumento percentual de 39% em relação aos níveis iniciais (42% no período 1986-1991).

Por outro lado, na região se logrou um importante avanço na redução da desnutrição crônica -medida pela baixa relação tamanho/idade- que se expressa em um retardamento do crescimento. A desnutrição crônica é consequência da má nutrição das crianças pequenas causada por práticas inadequadas de lactância materna, provisão de alimentos complementares de baixo valor nutritivo e enfermidades crônicas.⁴ Com efeito, na década se teria logrado uma redução de 32% na desnutrição crônica (cuja prevalência passou de 29% a 19%), e em vários países, como os do Cone Sul, essa diminuição foi da ordem de 50%. Tanto os países que haviam apresentado níveis relativamente baixos de desnutrição crônica a começos dos anos noventa (Chile e Uruguai), como outros que exibiam níveis mais altos (Bolívia, Panamá e República Dominicana), lograram significativos progressos, permitindo que a região ibero-americana apresente os níveis mais baixos de desnutrição de todas as regiões em desenvolvimento.

No entanto, em lugar da desnutrição agora aparece a má nutrição por micronutrientes (deficiências de ferro, iodo, vitamina A, zinco, e outros, relacionada com a predisposição a contrair doenças infecciosas ao alterar o sistema imunológico), assim como o sobrepeso, especialmente entre as crianças maiores, a ponto que a obesidade — fator de risco de enfermidades cardiovasculares, diabete e alguns tipos de câncer— já representa um problema de saúde pública cuja incidência aumentará nos próximos anos (PROMUDEH-UNICEF, 2000).

3 Cabe destacar que as indústrias de sucedâneos do leite materno interferem com as práticas de aleitamento natural e jogam um decisivo papel através de estratégias invasivas de mercado sobre a população em geral e sobre a população médica em particular (OPS/OMS, 2000a). A isto se agregou a crescente incorporação de mulheres ao mercado de trabalho, que dificulta a prática da amamentação quando não se outorgam as condições adequadas.

4 A prevalência dos déficits na relação estatura/idade duplica a da insuficiência ponderal (deficiência de peso para a idade). Para ambas medidas se considera com desnutrição moderada-grave às crianças cuja relações se encontram a mais de dois desvios-padrão abaixo da média (de estatura ou peso para a idade) estabelecida pelos padrões de referência da Organização Mundial da Saúde(OMS).

6. Logros em matéria de imunização e vacinações

Os avanços em imunização e cobertura de vacinação entre as crianças menores de um ano constituem um dos logros mais relevantes no âmbito da saúde pública já desde a década de 1980. Prévio a esta década, os níveis de imunização envolviam, em média, a cerca de 20% das crianças, e a meta estabelecida pela Assembléia Mundial da Saúde é a da *imunização universal da infância para o ano 1990*, o que na prática significava lograr a vacinação completa de 80% das crianças de um ano. Este é o nível de cobertura suficiente para interromper a transmissão das enfermidades imunopreveníveis, protegendo inclusive as crianças não vacinadas (OPS/OMS, 2000d).

Os principais esforços se centraram na imunização contra o sarampo (injetando uma dose única ao bebê aos nove meses de idade), a coqueluche (pertussis), a difteria e o tétano (DPT3, vacina múltipla em 3 doses), a tuberculose (BCG, dose única), a poliomielite (VOP3, vacina oral em três doses) e o tétano neonatal (TT2, duas doses de toxóide tetânico às gestantes). Neste âmbito, em muitos países os logros foram relevantes e a cobertura de vacinação se acercou à meta estabelecida no EMCI, que propôs alcançar 90% de cobertura no ano 2000.

Os países ibero-americanos já haviam alcançado cerca de 82% de cobertura de vacinação completa das crianças

de um ano em 1990, e os avanços registrados durante a década, de acordo com a informação disponível, teriam permitido cumprir a meta para o ano 2000, como média: em 1999, a cobertura de vacinação alcançava aproximadamente a 90% das crianças de um ano. O avanço mais importante foi, sem dúvida, na cobertura de vacinação da DPT3, que dos quatro tipos de vacinas para as crianças de um ano (TBC, DPT3, polio e sarampo) era a de menor cobertura em 1990 (78% em média). Com relação à prevenção do tétano neonatal, o nível médio de cobertura nos países ibero-americanos passou de 39% para cerca de 60% das gestantes.

Segundo a OPS, a obtenção e monitoramento contínuo da informação epidemiológica sobre doenças imunopreveníveis têm sido e continuam sendo o ponto-chave dos programas de imunização nas Américas. Neste aspecto, a colaboração dos organismos internacionais com os países tem se centrado no estabelecimento da infraestrutura que facilite o fluxo constante de informação epidemiológica para observar o progresso realizado e as inequidades no controle e erradicação de enfermidades evitáveis por imunização, e na determinação da capacidade técnica, financeira e gerencial a nível local para levar a cabo atividades críticas de vigilância e vacinação.

Quadro 1.5

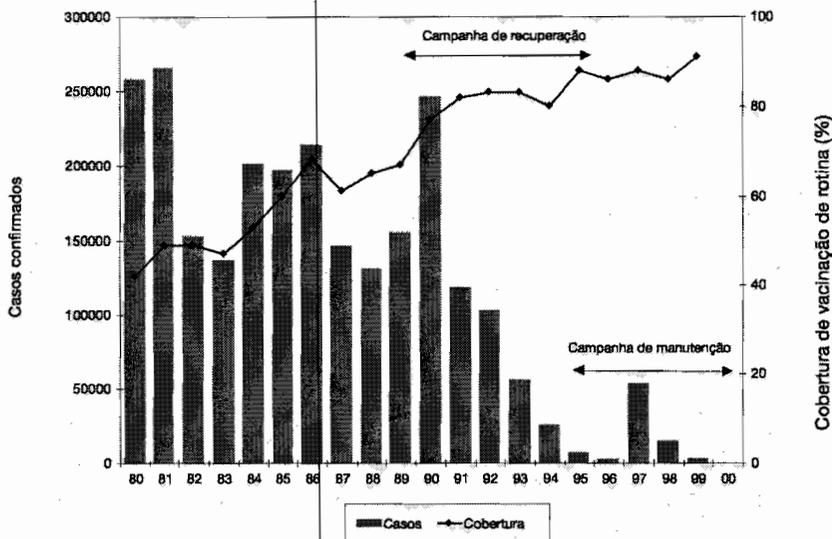
PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO E ERRADICAÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Os programas nacionais de imunização têm obtido um grande resultado na redução da morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis comuns da infância, e continuam sendo um componente decisivo da estratégia de atenção primária de saúde dos países. Em 1971, a região foi a primeira do mundo em alcançar a meta da erradicação da varíola. O último caso de poliomielite foi notificado em 1991 e, depois de um extenso exame da informação de vigilância e de

laboratório de toda a região, uma comissão internacional a declarou livre da transmissão de poliovírus selvagens em 1994. Para o ano 2000, só foram informados 1 746 casos confirmados de sarampo, a cifra mais baixa desde que se iniciaram as medidas para a sua erradicação. A estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) para erradicar a transmissão de poliovírus selvagens se centrou na aceleração do Programa Ampliado de Imunização (PAI),

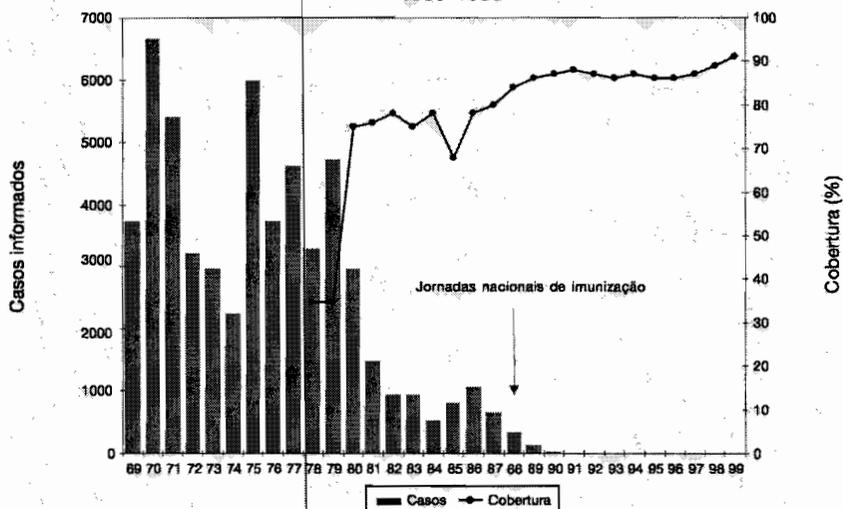
baseado na focalização da vacinação segundo as necessidades de cada país, e a realização de jornadas nacionais de vacinação e de campanhas casa-a-casa (operações de varrido) para obter uma elevada cobertura dos menores de 5 anos. Se há prestado atenção especial ao monitoramento a nível de municípios, para alcançar a meta de 95%, e se criou um sistema de vigilância para a detecção precoce de casos de paralisia infantil aguda.

COBERTURA DE VACINAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE SARAMPO NA REGIÃO 1980-2000*



a Dados de 30 de dezembro de 2000: 3 091 casos confirmados.

COBERTURA DE VACINAÇÃO COM VOP3 E INCIDÊNCIA DE POLIOMIELITE NA REGIÃO 1969-1999



Os países continuam trabalhando arduamente para interromper a circulação do poliovírus selvagem. Estes avanços, produto da ação conjunta dos governos, da comunidade internacional e dos

beneficiários por igual, têm promovido novas iniciativas para o controle e a erradicação desta e de outras doenças imunopreveníveis e para introduzir novas vacinas nos planos de imunização de rotina. Para isso, a

maioria dos países da região vem aumentando o uso de fundos locais para estes programas e, em alguns países os recursos para vacinas e insumos críticos são assegurados com recursos orçamentários.

7. Avanços na educação

Junto com os progressos realizados nas condições de vida e a sobrevivência das crianças nas primeiras etapas da vida, também se registraram melhoras na preparação escolar, no acesso à educação e, em geral, na aquisição por parte das crianças e adolescentes de qualificações básicas para sua incorporação como cidadãos plenamente integrados à sociedade. Os avanços não foram da mesma magnitude em cada um destes campos e os logros responderam às distintas ênfases das políticas levadas a cabo nos países ibero-americanos. Em primeiro lugar, aumentou a cobertura da educação pré-escolar, ainda que os níveis alcançados sejam insuficientes (veja seção III).

A evolução das taxas de assistência pré-escolar às crianças de 5 anos de 12 países mostra uma tendência sustentada ao aumento da porcentagem de menores que ingressam ao primeiro ano da educação primária havendo tido pelo menos um ano prévio de educação pré-escolar que, como se sabe, é um dos fatores que mais influi positivamente nos logros das crianças ao longo do curso primário. Isso se traduz numa diminuição da repetência e da evasão (melhora dos indicadores de eficiência interna) durante este curso e na economia de quantiosos recursos públicos. Já a meados dos anos noventa, em 9 de 12 países examinados, pelo menos 2 de cada 3 crianças urbanas de 5 anos de idade tinham acesso à educação pré-escolar. Nas zonas rurais o progresso foi importante ainda que com níveis de cobertura muito menores.

Também se registraram avanços quanto ao acesso à educação primária: a maioria dos países pôde manter ou aumentar as taxas líquidas de matrícula,⁵ aproximando-se a níveis da ordem de 90%. Isto representa um logro importante se se considera que, devido à redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos, os sistemas educacionais tiveram que absorver um contingente significativamente maior de alunos que no início da década, pelo que a manutenção dos níveis de cobertura da educação primária corresponde a um notável aumento absoluto da matrícula e um volume crescente

de recursos públicos, dado que pelo menos 75% da educação primária gratuita é provista pelo Estado.

As melhorias na cobertura da educação primária nos anos noventa, somadas aos avanços realizados nas décadas anteriores, permitiram que a maioria dos países alcançasse a meta estabelecida para o ano 2000, que propôs que ao menos 80% das crianças terminassem o 5º ano do primário. Ainda, um exame da situação atual revela que na metade dos países da região 9 de cada 10 crianças terminam o ciclo básico de 6 anos de educação com dois anos ou menos de atraso, considerada a idade oficial de entrada ao primário em cada país.⁶ Os progressos em cobertura e término do primário foram maiores na primeira metade da década dos anos noventa (de 60% a 76%), período que na maioria dos países coincidiu com uma fase de maior crescimento econômico, o que lhes permitiu elevar o gasto público (por beneficiário) em todos os níveis de educação e, ao mesmo tempo, diminuir as taxas de evasão escolar entre as crianças de famílias de estratos médios e baixos.

A medida que se elevou o acesso à educação primária e aumentaram as probabilidades de que as crianças completaram esse ciclo, se expandiu a matrícula na educação secundária, especialmente nos países ibero-americanos de maior nível de renda por habitante (Argentina, Chile, Costa Rica, Espanha, Portugal e Uruguai). Nos países de renda relativamente menor, o aumento da matrícula na educação secundária foi significativo, porém a partir de níveis muito mais baixos. Entre 1990 e 1997, a taxa bruta de matrícula no segundo nível de ensino se elevou de 54% a 61% como média em 16 dos 21 países ibero-americanos.⁷ No entanto, na maioria dos países os jovens não completam a educação secundária, logro que constitui atualmente o umbral educativo mínimo para manter-se fora da pobreza durante a vida ativa. Na Ibero-América, mais da metade dos jovens abandonam a educação antes de completar o ciclo secundário (CEPAL, 1998, cap. IV).

5 É preciso destacar que o indicador de acesso universal à educação primária (taxa líquida de matrícula primária) não resulta suficiente para avaliar os logros neste âmbito, devido à falta de informação e de dados oportunos em alguns países.

6 Esta avaliação, realizada com base em cifras comparáveis originadas em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos países, resulta mais adequada que aquela que toma como base o indicador de haver completado o 5º ano do curso primário, referido só à população que ingressou ao primeiro ano, e não ao total de população infantil. Aquela dá conta da eficiência interna do sistema educativo, mas não da universalidade do término do primário e que toma como base o número de anos de educação cursados por todas as crianças de certa idade.

7 Estas médias excluem as cifras de: Espanha, Honduras, Portugal, República Dominicana e Venezuela (CEPAL, 2000a).

O progresso durante a década passada se traduziu num aumento da média de anos de educação formal entre os jovens de 15 a 24 anos. Isso foi acompanhado por uma diminuição do analfabetismo adulto, cuja taxa reflete o logro acumulado dos programas de educação primária e de alfabetização de adultos. Em 15 dos 21 países ibero-americanos o analfabetismo masculino se reduziu em forma importante ou moderada (de 13% a 11% em média), o que representa uma queda de 16% ou mais em relação às taxas registradas a começos dos anos noventa, e 16 países registraram uma redução do analfabetismo entre as mulheres de 15 e mais anos de idade de uma magnitude inclusive maior (de 17% a 14%), o que possivelmente reflete os crescentes esforços por incorporar a dimensão de gênero nas políticas públicas.

Finalmente, cabem destacar os esforços dirigidos a melhorar a qualidade e equidade da educação na Ibero-América. Com esse fim se empreenderam importantes reformas educativas na Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Paraguai, Peru e Uruguai.

Com diferentes ênfases nos países, estas reformas vêm buscando uma maior continuidade educativa das crianças e jovens com vistas a lograr em prazos breves a cobertura universal na educação secundária; aumentar decididamente a qualidade da educação; reduzir as desigualdades de acesso e lograr maior equidade de oportunidades educativas; adequar os sistemas educativos às exigências produtivas e à competitividade global; e reforçar o papel da educação para o exercício da cidadania moderna (CEPAL, 2000b).

Um indicador dos esforços realizados neste âmbito é o notável aumento do gasto público em educação: entre 1990-1991 e 1996-1997 este se elevou de 3% a 3.8% do produto interno bruto (PIB) e, em valores absolutos, cresceu quase 40%. Grande parte deste incremento se orientou a reduzir a brecha entre as remunerações dos professores e as de outros trabalhadores qualificados do setor público, com o propósito de melhorar a qualidade da educação pública em benefício dos estratos médios e baixos.⁸

8. Progressos na erradicação do trabalho infantil

Os avanços em relação com o objetivo de erradicar o trabalho infantil foram apreciáveis. A princípio da década de 1990, praticamente se desconhecía a magnitude do fenômeno ou não se lhe prestava a atenção necessária. Com exceção do Brasil (que iniciou as primeras ações em 1992), a maioria dos países começou a definir diretrizes de política nacional a partir de 1996, com o apoio técnico do Programa para a Erradicação do Trabalho Infantil (IPEC) da Organização Internacional do Trabajo (OIT). Os esforços realizados se traduziram em avanços muito significativos em diversos âmbitos num prazo relativamente breve. Se concretou uma ampla mobilização regional, com a participação dos países nas Conferências internacionais sobre o trabalho infantil celebradas em Amsterdam e Oslo e a incorporação do tema nas reuniões americanas sobre infância e política social realizadas no

Chile (1996), Peru (1998) e Jamaica (2000). Se realizaram reuniões regionais de empregadores e trabalhadores, de ministros de trabalho e uma Reunião Ibero-Americana Tripartite de Nível Ministerial sobre Erradicação do Trabalho Infantil (Cartagena, 1997) que fixou pela primeira vez uma posição homogênea de todos os países frente ao tema do trabalho infantil. Esse processo culminou na Décima Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo no Panamá (novembro, 2000), onde se situou a erradicação da exploração laboral infantil como eixo estratégico nas agendas de infância para a próxima década.

Em termos de desenvolvimento institucional, a fins de 2000, 17 países da região haviam firmado acordos com o programa IPEC da OIT, criando comissões nacionais

8 Entre 1990 e 1997, a remuneração dos docentes em oito países ibero-americanos cresceu a um ritmo anual entre 3% e 9%, segundo o país, o que representa entre 70% e 80% do incremento do gasto em educação. Os incrementos foram notáveis na Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai, onde o salário por hora dos professores de estabelecimentos públicos aumentou a ritmos anuais de 7.8%, 4.0%, 7.8% e 9.5%, respectivamente (CEPAL, 1999).

para a erradicação do trabalho infantil nas quais participam cerca de 300 instituições públicas, representantes de empregadores, trabalhadores e organizações não-governamentais. Também se lograram avanços importantes no desenvolvimento de planos nacionais frente ao trabalho infantil na Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala e Honduras. Especial referência merece a aprovação de um plano subregional no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul) frente ao trabalho infantil, que fixou um marco comum de integração em aspectos estatísticos, normativos, de inspeção trabalhista laboral e de políticas públicas.

Em relação ao marco normativo, cabe destacar que a legislação em matéria de trabalho infantil na Ibero-América era dispersa e contraditória com as normas internacionais, tanto a nível da Convenção sobre os Direitos da Criança, como dos convênios fundamentais da OIT. Em poucos anos se logrou que praticamente a totalidade dos países convencionassem fixar a idade mínima de admissão ao emprego em 14 ou 15 anos de

idade e em 18 anos para suas piores formas ou trabalhos perigosos. Isto foi materializado na ratificação do Convênio 138 da OIT por 20 países da região e do Convênio 182, para a eliminação das piores formas de trabalho infantil, por 15 países. Pode-se afirmar portanto que no próximo biênio se logrará que toda a região ibero-americana tenha um marco normativo homogêneo e adaptado aos padrões internacionais.

Apesar da inexistência de metas quantitativas para os anos noventa, os indicadores qualitativos em matéria de trabalho infantil nos últimos anos apresentam um panorama alentador para a próxima década, pois se avançou com rapidez na criação de uma rede institucional e normativa, na mobilização social e na definição de metodologias práticas de intervenção integral para a eliminação do trabalho infantil em suas formas mais extremas. Ademais se avançou no melhoramento da informação para o diagnóstico e o desenho de políticas.⁹

9. Maiores esforços em matéria de gasto público social

Os progressos nos distintos âmbitos não só respondem ao reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes e a necessidade de respeitá-los, às melhores condições médicas e tecnológicas para atendê-los, ao maior esforço dos governos e a colaboração internacional para realizar programas permanentes a favor da infância, e ao importante papel que desempenha o estabelecimento de metas e seu acompanhamento e avaliação. A isso deve-se agregar a maior quantia de recursos públicos destinados ao investimento social, e em alguns casos a maior oportunidade e eficiência desse investimento. Não obstante, neste âmbito, os avanços tiveram um ritmo

menor do que o necessário, como se depreende de uma revisão das tendências do gasto público social nos últimos anos.¹⁰

O leve incremento de renda e a maior prioridade concedida à satisfação das necessidades sociais permitiram que o gasto público social (GPS) aumentasse em quase todos os países ibero-americanos. Se estima que o GPS num conjunto de 17 países se elevou de 10.1% a 12.4% do PIB entre começos dos anos noventa e 1996-1997, com aumentos mais significativos nos países cujos níveis eram mais reduzidos a começos da década

9 Onze países da região elaboraram informes nacionais sobre a situação do trabalho infantil, e se estão desenvolvendo diagnósticos específicos para a identificação de crianças trabalhadoras em setores de alto risco: fogueteria (Guatemala), trabalho doméstico (Brasil, Colômbia, Paraguai, Peru), olarias (Equador, Peru), garimpo de ouro (países andinos), agricultura (América Central), exploração sexual comercial infantil (América Central, Brasil, Paraguai). A partir do Programa de Informação Estatística e de seguimento em matéria de Trabalho Infantil da OIT (SIMPOC) desde 1998 se estão confeccionando módulos específicos sobre trabalho infantil nas pesquisas de domicílios de todos os países centro-americanos, Brasil, Colômbia e Equador.

10 Por si mesma, a magnitude do gasto público social não corresponde aos recursos efetivamente investidos pela sociedade nas crianças. Uma fração do gasto em saúde e em educação as beneficia diretamente, como também aquela destinada aos programas sociais cuja população-objetivo são crianças e adolescentes. No entanto outra fração desse gasto, mais difícil de estimar, os beneficia em forma indireta através do melhoramento das condições de vida das famílias às que pertencem: gastos em habitação, previdência social, e outros.

passada.¹¹ Os antecedentes para o período 1998-2000 revelam que, junto com a desaceleração do crescimento, se atenuaram as tendências positivas que se vinham registrando em muitos países, e inclusive em alguns casos se teriam produzido leves deteriorações. No entanto, no conjunto da região isso não se teria traduzido em uma reversão da tendência positiva dos primeiros sete anos da década.

O esforço realizado pelos países para elevar o investimento social se expressa na maior prioridade macroeconômica do GPS, isto é, na fração que representa dentro do PIB. A respeito disso se destacam Colômbia, com um incremento de 7.2 pontos percentuais do produto, Bolívia com 6%, Paraguai com 4.9%, Uruguai com 3.8%, Peru com 3.5% e Panamá com 3.3%. Isso se soma ao fato de que vários países (Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Panamá e Uruguai) apresentaram no biênio 1996-1997 níveis de gasto social em relação ao PIB que variaram entre 15% e 23%, valores muito próximos, e em alguns casos superiores, aos de vários países desenvolvidos.

O progresso durante a década se resume no fato de que o GPS per capita na região superou, na grande maioria dos países, os valores prévios à crise da dívida. Em 1996-1997, sua média se elevou a 457 dólares, cifra bastante superior aos 331 dólares¹² registrados no biênio 1990-1991, o que reflete uma taxa anual de crescimento de 5.5%. No entanto esse ritmo se desacelerou notavelmente entre 1996 e 1997, até chegar a uma taxa média anual de 3.3%, quase metade dos 6.4% alcançados no período 1990-1995.

É importante destacar que os incrementos de gasto social por habitante ao longo da década de 1990 não estiveram associados somente ao maior crescimento econômico. Com variações entre os países, os aumentos se explicaram em maior medida por este fator (Argentina, Brasil, Chile e Uruguai), mas também pela expansão do

gasto público (Costa Rica, Paraguai e República Dominicana) ou à maior prioridade concedida ao gasto social dentro do gasto público total (Bolívia, Guatemala, México e Peru), ou aos efeitos combinados destes três fatores (Colômbia, El Salvador e Panamá) (CEPAL, 1999).

Outro fato destacável pelos efeitos positivos nas condições de vida da infância e adolescência é uma clara reorientação do investimento social para áreas com efeitos mais progressivos: 44% do incremento se destinou a educação e saúde (25% e 19%, respectivamente) e 41% a previdência social, cuja repercussão sobre a equidade é mais ambígua. A ênfase na elevação do gasto em capital humano foi relativamente mais importante nos países com níveis de gasto médio e baixo, nos quais —em média— 61% do aumento se concentrou nos setores da saúde e da educação. As alocações mais progressivas, cujos benefícios se concentram em maior medida nos domicílios de menores rendas, foram as destinadas a educação primária e secundária, e a saúde e nutrição, o que sem dúvida influiu nos progressos resenhados nesta seção. Ainda que esse maior gasto não tenha sido suficiente para reduzir a alta concentração da renda, nos países de maior nível de GPS por habitante tendeu a contrapor-se à tendência a seu aumento originada no mercado de trabalho.

Uma conseqüência importante é que a maior quantia de recursos destinados, em vários países, ao investimento social na década dos anos noventa, não só respondeu a uma certa folga resultante do crescimento econômico. Vários países —e entre eles os de menor GPS por habitante— fizeram também esforços para incrementar esses recursos, já seja elevando a prioridade fiscal do gasto social (a fração do gasto público destinada a gasto social) ou mediante um incremento da porcentagem do PIB destinado ao gasto público, sem diminuir a importância relativa dos recursos investidos no social.¹³ Este aspecto se retoma na seção V.

11 Os antecedentes quantitativos sobre a evolução do gasto social se obtiveram da base de dados de gasto social que mantém a Divisão de Desenvolvimento Social da CEPAL e não inclui informação a respeito de Espanha e Portugal.

12 As cifras estão expressadas em dólares de poder aquisitivo de 1997. Em termos per capita, os casos de Bolívia, Colômbia, Paraguai e Peru são destacáveis pelo crescimento relativo do gasto social por habitante, que mais que se duplicou entre 1990-1991 e 1996-1997. No Chile, El Salvador e República Dominicana se incrementou entre 60% e 70%, e no Uruguai em cerca de 50%. Nos restantes seis países em que se elevou (Argentina, Brasil, Costa Rica, Guatemala, México e Panamá), os aumentos flutuaram entre 15% e 40%. Em Honduras e Nicarágua praticamente se manteve o mesmo nível durante o período e na Venezuela o gasto social por habitante se reduziu em 6% (CEPAL, 1999).

13 O ritmo de aumento do gasto social nos países em que este era relativamente mais baixo foi, em média, de 10.7% anual, taxa que duplica a correspondente aos países com maior GPS por habitante (CEPAL, 1999).

Da revisão dos progressos realizados na Ibero-América a favor da infância se depreende que se no lapso de uma década foi possível avançar decididamente para o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, destinando a esse propósito mais esforços e recursos humanos e financeiros, então o objetivo de lograr seu cumprimento pleno pode ser alcançado num prazo razoável, menor do que o resultante de uma extrapolação linear das tendências registradas no passado. Isso supõe enfrentar os principais problemas e atrasos que se traduzem em mortes desnecessárias de crianças e adolescentes, condições de vida inaceitáveis e muito poucas possibilidades de incorporar-se à vida ativa como

cidadãos plenos, com o qual se transmitem de uma geração à seguinte as desigualdades e a pobreza. Para enfrentar esses obstáculos é preciso reduzir as disparidades entre os países da região, assim como as persistentes desigualdades sócio-econômicas, territoriais, étnicas e de gênero que em maior ou menor medida estão presentes em todos eles. Isto deveria traduzir-se no estabelecimento de metas a favor da infância e da adolescência que considerem expressamente o objetivo de reduzir estas desigualdades. Na seguinte seção se fornecem antecedentes sobre a magnitude e evolução destas últimas.

Seção II

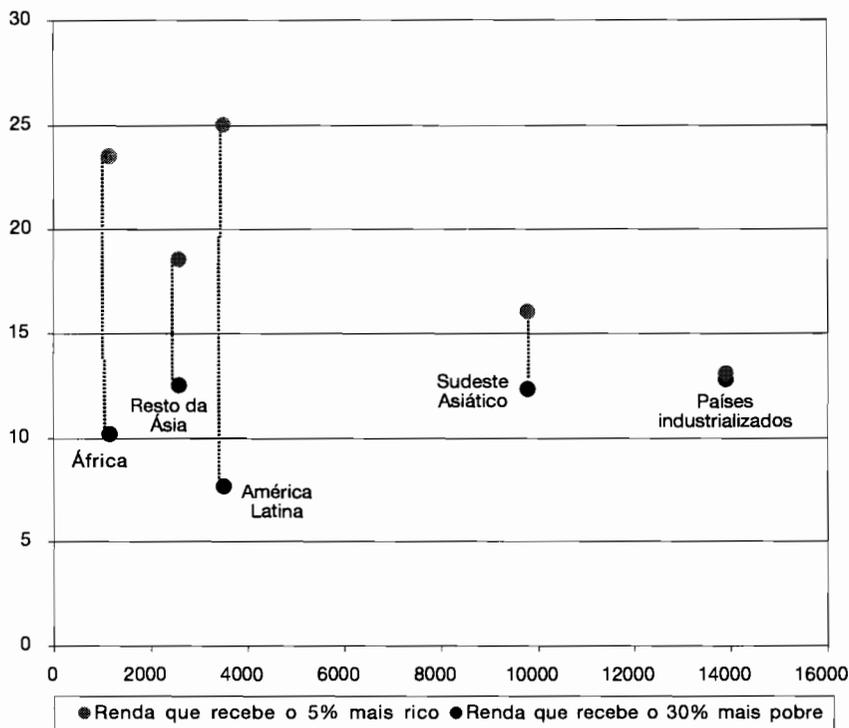
As desigualdades nas condições de vida das crianças e adolescentes na Ibero-América

Os progressos alcançados nos anos noventa nas condições de vida da população infantil e adolescente na Ibero-América põem em evidência, ao mesmo tempo, a persistência de marcadas desigualdades entre os países e, particularmente, entre diferentes grupos sociais ao interior deles. Com efeito, prevalecem na região desigualdades socioeconômicas, territoriais, étnicas e de gênero. O avanço ao logro das metas da EMCI não se traduziu necessariamente no cumprimento cabal dos direitos das crianças e adolescentes. Estas inequidades, que se manifestam desde os primeiros anos da infância, se reproduzem na vida adulta e se transmitem às gerações seguintes, o que contribui a explicar a persistência da elevada desigualdade socioeconômica da região que, como um todo, continua sendo a mais desigual das regiões do mundo (veja gráfico II.1).

Esta desigualdade, em um continente caracterizado pelo baixo nível de renda por habitante dos países que o integram, se traduz em insuficiência de recursos dos domicílios para satisfazer as necessidades mais básicas de seus membros e se expressa em altos níveis de pobreza e de miséria. De fato, não obstante durante a década de 1990 se tenha logrado um certo avanço em matéria de pobreza, em 1999 esta afetava a cerca de 44% da população (excluídos Espanha e Portugal), umas 211 milhões de pessoas de um total aproximado de 483

milhões de habitantes. A evolução da pobreza durante a década passada indica que mesmo que em alguns países se tenha reduzido sua incidência, isto não permitiu diminuir o número de crianças e adolescentes que vivem nessa condição. Entre 1990 e 1999, o total de menores de 20 anos na pobreza no conjunto da região teria aumentado de 110 a 114 milhões: na Ibero-América, a população infantil e adolescente continua sendo a mais afetada pela pobreza e pela indigência.

Gráfico II.1
**DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA DA AMÉRICA LATINA
 EM COMPARAÇÃO COM O RESTO DO MUNDO**



Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), *América Latina frente a la desigualdad. Progreso económico y social en América Latina, 1998-1999*, Washington, D.C., 1998, p. 13.

1. Desigualdades na esperança de vida¹

Não obstante os avanços logrados nos anos noventa, a distribuição do estado de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos deixa aos estratos mais vulneráveis em uma situação de crescente desvantagem; não diminuíram as disparidades entre e intrapaíses.

Provavelmente o indicador que resume de melhor maneira as condições de vida de uma sociedade é a

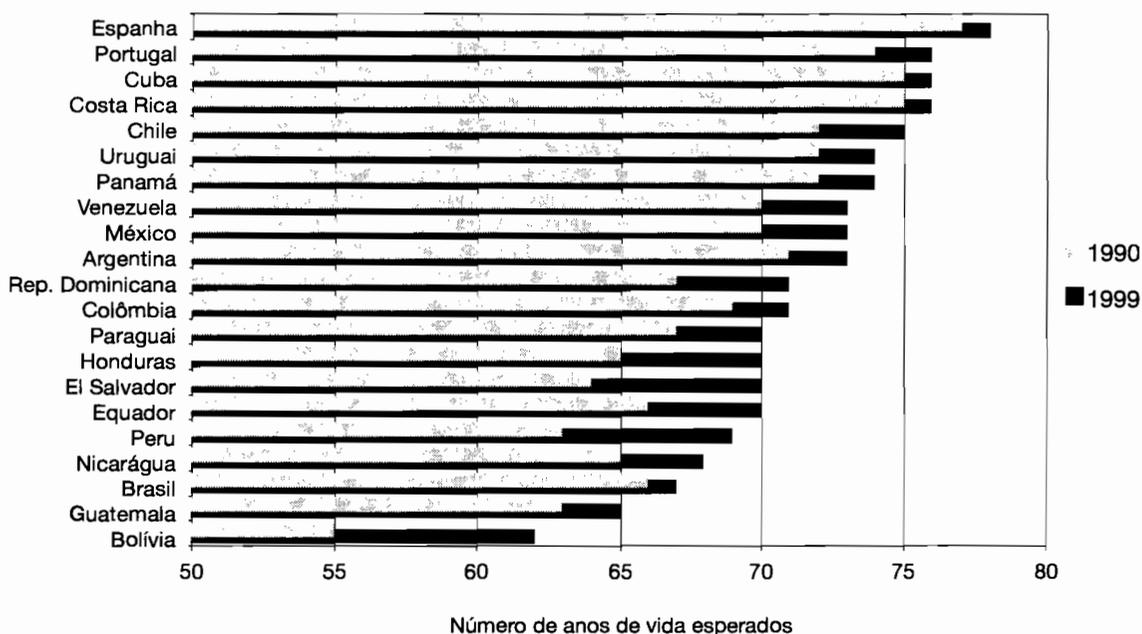
esperança de vida ao nascer que, durante a última década, como já mencionado, aumentou em todos os países ibero-americanos. Ainda assim, esta esperança média de vida, que quase alcançou os 71 anos a fins da década, continua sendo sete anos mais baixa do que a que prevalece nos países mais desenvolvidos. Esta média é, porém, enganosa, pois existem grandes diferenças entre os países da região: enquanto em cinco deles a esperança de vida

1 Esta seção se apóia significativamente em OPS/OMS (1999), e em UNICEF (2000a).

ao nascer está entre 75 e 78 anos, há outros cinco países nos quais os lá nascidos só esperam viver entre 62 e 68 anos. A verdadeira tragédia não reside somente em que os habitantes de uns países vivam entre 10 e 15 anos menos que os que nascem em outros, senão em que condições têm que vivê-la para morrer 10 ou 15 anos antes.

A esperança de vida ao nascer subiu e as taxas de mortalidade para quase todos os grupos de idades mostraram reduções significativas. A taxa de mortalidade infantil baixou de 125 em 1950-1955 a 36 em 1995-2000. No entanto as melhorias na esperança de vida tem tido um ritmo menor que em outras regiões do mundo. A começo dos anos sessenta a esperança de vida nos países latino-americanos era 57 anos e nos países do leste asiático, 51 anos. Hoje a esperança de vida em ambos grupos é praticamente a mesma.

Gráfico II.2
EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER,
1990 - 1999



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la Infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001*, Nova York, 2001.

2. O direito das crianças à vida e à saúde

O direito à vida é o princípio fundamental da existência social e da convivência. Implica para todos os seres humanos a possibilidade de viver uma vida longa, saudável e satisfatória. Se expressa coletivamente em uma maior esperança de vida e, em particular, numa menor taxa de mortalidade infantil e de adolescentes.

O direito à saúde vai acompanhado do direito à vida. Para as crianças e adolescentes, o direito à saúde significa, em primeira instância, ter mãe saudável durante a gestação e o parto, e, também, viver num ambiente que lhes permita conservar-se física e mentalmente saudáveis, não enfermar-se de doenças preveníveis, ter acesso a água

potável e saneamento básico, e em caso de doença, ser atendidos em forma oportuna e eficaz. Em outras palavras, a existência de uma oferta adequada de serviços básicos é indispensável, o que requer de financiamento apropriado.

Ainda que a fins dos anos noventa a proporção do gasto social com relação ao PIB em muitos países exceda os níveis prévios à crise de começos dos anos oitenta, estes níveis mostram importantes diferenças entre os países, com alguns ainda muito inferiores aos níveis pré-crise. Além disso, uma parte importante deste gasto social se destina a financiar o aumento nos custos da previdência social, enquanto os gastos dirigidos a investimento em capital humano, em muitos casos, têm crescido menos do que as cifras agregadas parecem indicar.

Às disparidades existentes entre os distintos países, se agregam as que existem ao interior de cada um deles. A relação entre as disparidades socioeconômicas e as condições de saúde nestes países demonstra grandes diferenças entre os níveis de saúde dos grupos altos e baixos, já seja que estes se definam em termos de renda, de nível educativo, de distribuição espacial, de etnia, de gênero ou de idade. A informação disponível mostra que as disparidades, em muitos casos, se ampliaram. No Chile, por exemplo, se estima que nas comunas com melhores condições de vida os anos de vida potencial perdidos antes dos 65 anos são de só 72 por cada mil habitantes; enquanto esta perda alcança a 157 por mil habitantes nas comunas mais pobres (Concha e otros, 1997). No México, esta distância entre os anos de vida potencial perdidos antes dos 70 anos varia entre 10 e 181 por cada mil habitantes em municípios com diferentes graus de desenvolvimento (Lozano e otros, 2000).

Os países ibero-americanos têm mostrado melhoras nas últimas décadas em quase todos os indicadores: esperança de vida, mortalidade infantil e de menores de cinco anos, prevalência de enfermidades transmissíveis, e cobertura de vacinação, entre outros. Não obstante, tais avanços têm sido desiguais ao interior da região e não correspondem necessariamente ao nível de desenvolvimento alcançado pelos países: a diminuição da mortalidade infantil em países econômica e politicamente tão diversos como Chile, Costa Rica e Cuba, põe em evidência que muitos outros não aproveitaram seu potencial para melhorar as condições de saúde de sua população.

O gráfico II.3, em que se mostra a relação entre a taxa de mortalidade infantil e o produto nacional per capita

dos países ibero-americanos, ilustra o assinalado. Entre o conjunto de países com renda compreendida entre 4 000 e 6 000 dólares, em dólares de poder aquisitivo de paridade (Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela) há apreciáveis diferenças na mortalidade infantil, da ordem de 3 a 1.

Tanto a capacidade das famílias para proteger e promover o desenvolvimento sadio de suas crianças, como o caráter das políticas públicas e a capacidade de gestão da sociedade determinam a longevidade e a qualidade da vida humana. Os países da Ibero-América que melhor garantem o direito à vida de seus habitantes não têm sido necessariamente os de maior riqueza acumulada ou maior produto per capita, mas os que assumiram coletivamente a decisão de proteger a vida. Tampouco são os de uma determinada zona, mas os que pertencem a todas as sub-regiões: Península Ibérica (Espanha), América do Sul (Chile), América Central (Costa Rica) e Caribe (Cuba).

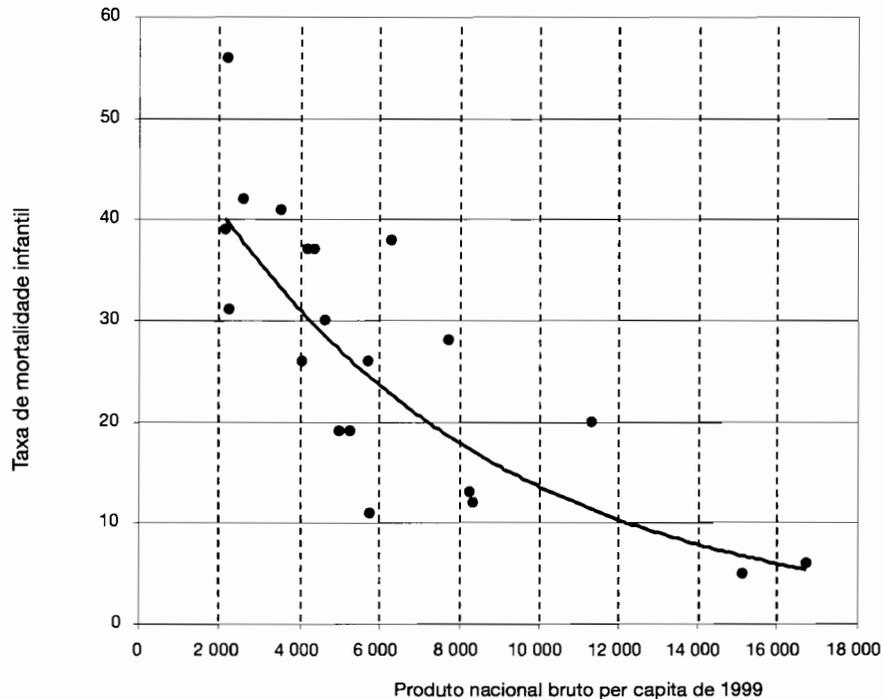
Diferenças na mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos entre países

A morte de uma criança que se poderia ter evitado é o maior fracasso de uma nação. A morte prematura mostra a incapacidade da sociedade para proteger seus membros e gera, de maneira permanente, grandes traumatismos familiares e comunitários, econômicos e sociais. Apesar disso, a cada ano morrem na Ibero-América cerca de 600 mil crianças e adolescentes, cujo falecimento na maioria dos casos poderia ter-se evitado. As mortes preveníveis de crianças e adolescentes podem ser agrupadas em três categorias:

- Morte por doenças preveníveis pela vacinação oportuna ou que se contraem devido à desnutrição, condições de vida inadequadas, falta de água potável e inexistência de sistemas adequados de eliminação de dejetos.
- Morte por enfermidades que poderiam ser tratadas graças ao acesso oportuno a serviços de saúde de boa qualidade.
- Morte por violência, seja por ação direta (homicídios) ou por negligência (acidentes).

Na Ibero-América morrem anualmente cerca de 500 mil crianças menores de 5 anos, das quais 130 mil entre 1 e 4 anos. A taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos nos países desenvolvidos é de 7 por mil, enquanto na Ibero-América alcança em média a 38 por mil. As

Gráfico II.3
PRODUTO NACIONAL BRUTO PER CAPITA DE 1999 E TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL NO CONJUNTO DE PAÍSES DA IBERO-AMÉRICA



Fonte: CEPAL, División de Desarrollo Social.
 Nota: Regressão exponencial

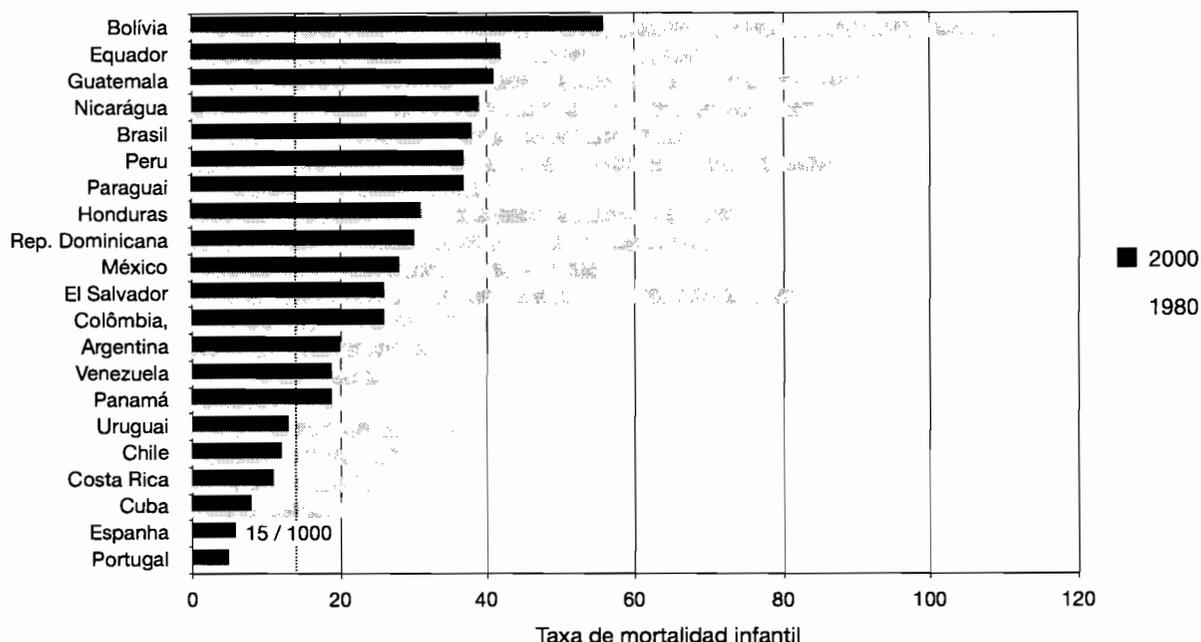
principais causas de morte das crianças menores de cinco anos são desidratação por diarreia, enfermidades respiratórias, desnutrição e acidentes. Também são causas importantes de morte neste grupo de idade algumas enfermidades preveníveis por vacinação, como coqueluche, difteria, tétano e sarampo.

O maior número de mortes evitáveis se apresenta assim entre as crianças menores de cinco anos e, dentre estas, nos menores de um ano. Por isso, o primeiro requisito para que a vida seja longa, saudável e satisfatória é que comece bem. Este bom começo de vida das crianças de ambos sexos está relacionado com a nutrição, a saúde e a educação da mãe, o cuidado médico da gestação e do parto, uma nutrição adequada baseada no leite materno,

serviços sociais básicos de qualidade (saúde, educação, água potável e saneamento) e um ambiente familiar e social que facilite o desenvolvimento físico, intelectual, emocional e afetivo.

Nos últimos 20 anos, a mortalidade infantil na Ibero-América se reduziu à metade. Este fato é um estímulo e um desafio. Estímulo porque mostra o impacto efetivo das ações empreendidas. Desafio porque ensina que é possível avançar muito mais e demonstra que o esforço de muitos países tem sido insuficiente. Com efeito, a taxa de mortalidade infantil na Ibero-América é em média de 33 por mil nascidos vivos, porém os "experts" crêem, com base na experiência, que poderia ser inferior a 15 por mil.

Gráfico II.4
**REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL,
 1980 - 2000**



Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>). Dados de 1980: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Se evidencia assim um padrão de melhoria que se traduz em uma brecha crescente entre os países de maior e menor mortalidade infantil, de modo que as taxas caíram mais naqueles países com taxas iniciais mais elevadas, como Bolívia e El Salvador, enquanto as reduções relativas foram maiores nos países com menor mortalidade infantil. Só três países ibero-americanos, além da Espanha e Portugal, lograram reduzir suas taxas de mortalidade infantil numa proporção de quatro ou mais no período de 1960-1964 a 1990-1994:

- Chile, de 109 a 14, quase 8 vezes menos
- Cuba, de 59 a 10, quase 6 vezes menos
- Costa Rica, de 81 a 14, quase 6 vezes menos (OPS/OMS, 1999).

A maioria dos países com taxas intermediárias de mortalidade infantil no período 1960-1964, lograram reduzi-la entre 2.5 e 3.5 vezes neste lapso de 35 anos, enquanto 3 dos 10 países que apresentavam ao início taxas superiores a 100, ainda mostravam essa trágica situação

a meados dos anos noventa e outros sete a reduziram em menos de 2.5 vezes.

Em conseqüência, de cada 30 crianças nascidas vivas na Ibero-América em 1998, uma morreu antes de seu primeiro aniversário. Isto quer dizer que ocorreram 370 mil mortes no ano (42 mortes por hora), que em sua maioria se poderia ter evitado com tecnologias de custo reduzido. De cada quatro mortes de menores de um ano, três são ocasionadas por enfermidade respiratória aguda ou por desidratação diarréica que podem ser tratadas mediante o uso oportuno de sais de reidratação oral, cujo custo é oito centavos de dólar. A grande maioria das mortes por causas respiratórias se teriam evitado com melhor nutrição das crianças e, uma vez iniciada a enfermidade, com atendimento médico oportuno. Também são causas importantes de morte infantil o inadequado atendimento do parto e o baixo peso ao nascer, freqüentemente relacionado com a gravidez em adolescentes ou com a desnutrição da mãe.

Diferenciais de mortalidade intrapáises

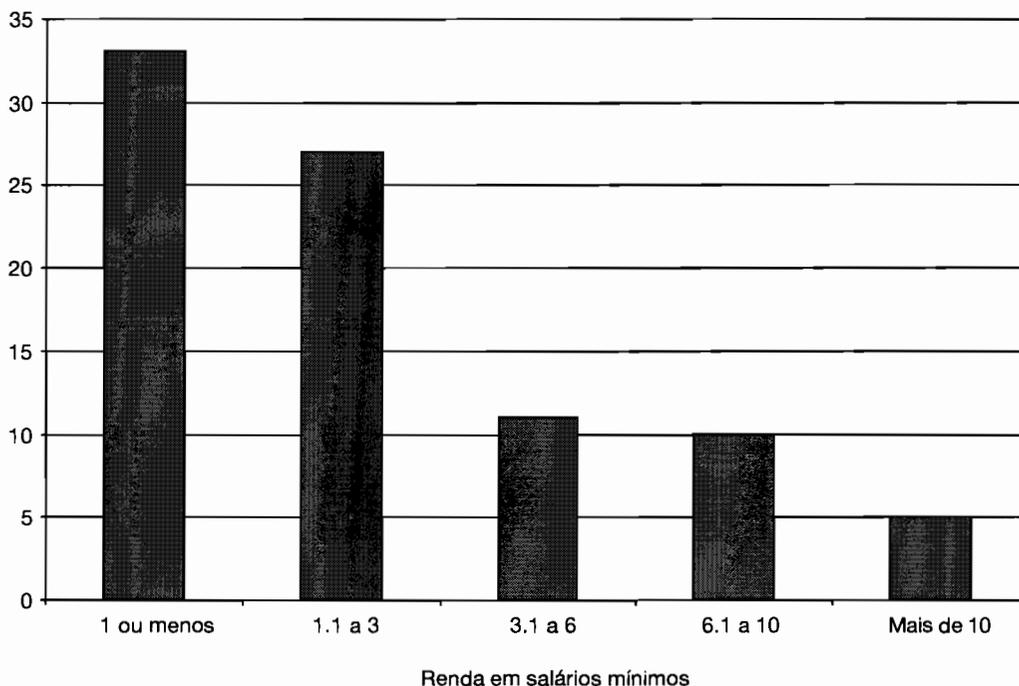
As médias nacionais tendem a ocultar as grandes disparidades que existem ao interior de cada país. Um estudo sobre a mortalidade em idades de um a quatro anos realizado no sul do Brasil (Victora e outros, 1992), encontrou que entre as famílias com rendas inferiores a 50 dólares mensais a taxa de mortalidade nas crianças que nascem com baixo peso é seis vezes mais alta que a daquelas crianças que pesaram mais de 3 000 gramas ao nascer, enquanto entre as famílias com rendas superiores a 150 dólares não se apresenta nenhuma diferença de mortalidade segundo o peso ao nascer. Visto desde outro ângulo, ao analisar as crianças nascidas com um peso adequado, se encontrou que a taxa de mortalidade foi cinco vezes mais alta nas famílias de menores rendas que nas de maiores rendas.

No caso do Peru, um estudo similar mostrou que a mortalidade infantil no quintil mais pobre é cinco vezes mais alta que no quintil mais rico; a diferença é ainda

maior —sete vezes— no caso da mortalidade das crianças entre um e quatro anos de idade. No caso da Guatemala, onde a taxa média de mortalidade dos menores de cinco anos era de 65 por mil em 1998, as diferenças eram significativas, começando desde 52 por mil nas zonas metropolitanas e 56 por mil na população não-indígena, chegando a 69 por mil nas zonas rurais e 79 por mil na população rural indígena (PNUD, 2000).

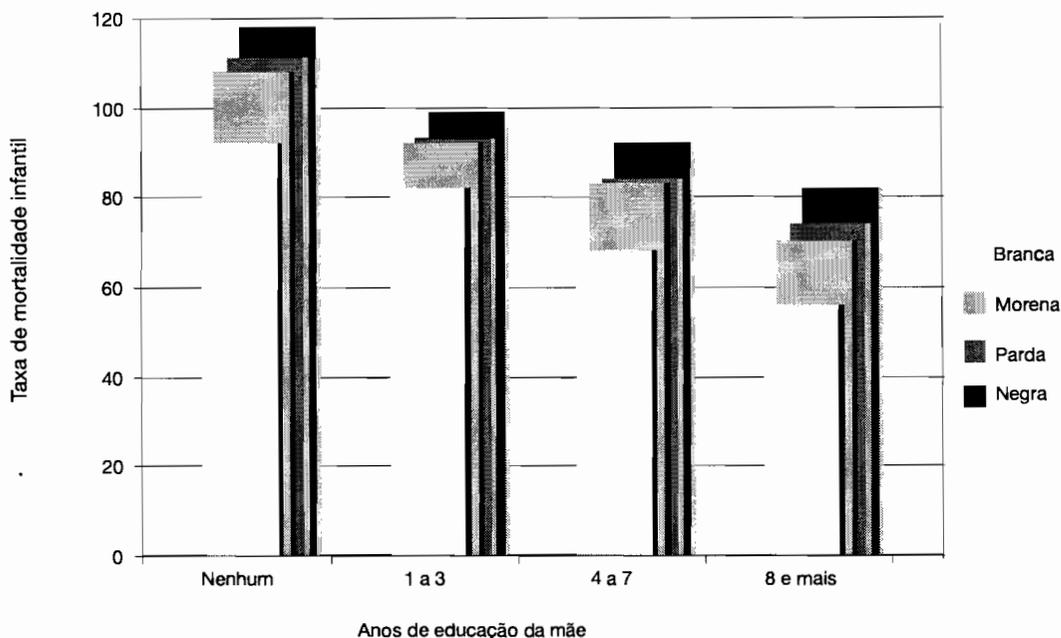
Os estudos existentes, como indicado, tendem a confirmar que estes problemas se magnificam porque as brechas, em vez de se reduzirem, parecem aumentar. Num estudo realizado em Barquisimeto, cidade média da Venezuela, ao comparar o 10% dos bairros com piores e com melhores condições de vida se encontrou que a incidência do baixo peso ao nascer era praticamente o dobro: quase 14% nos piores bairros comparados com 7% nos melhores. A diferença era inclusive maior nos nascimentos com peso excessivamente baixo (menos de 1 500 gramas), que eram três vezes mais frequentes nos bairros com piores condições de vida (OPS/OMS, 1999).

Gráfico II.5
**TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO O NÍVEL DE RENDA FAMILIAR
 PELOTAS, BRASIL
 1993**



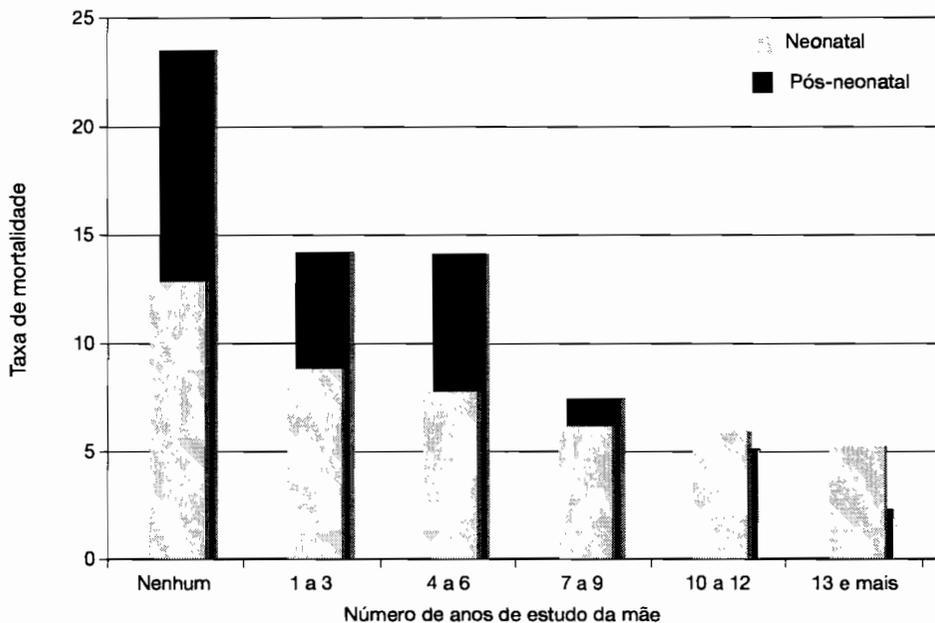
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.6
MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DA MÃE E COR
BRASIL, 1990



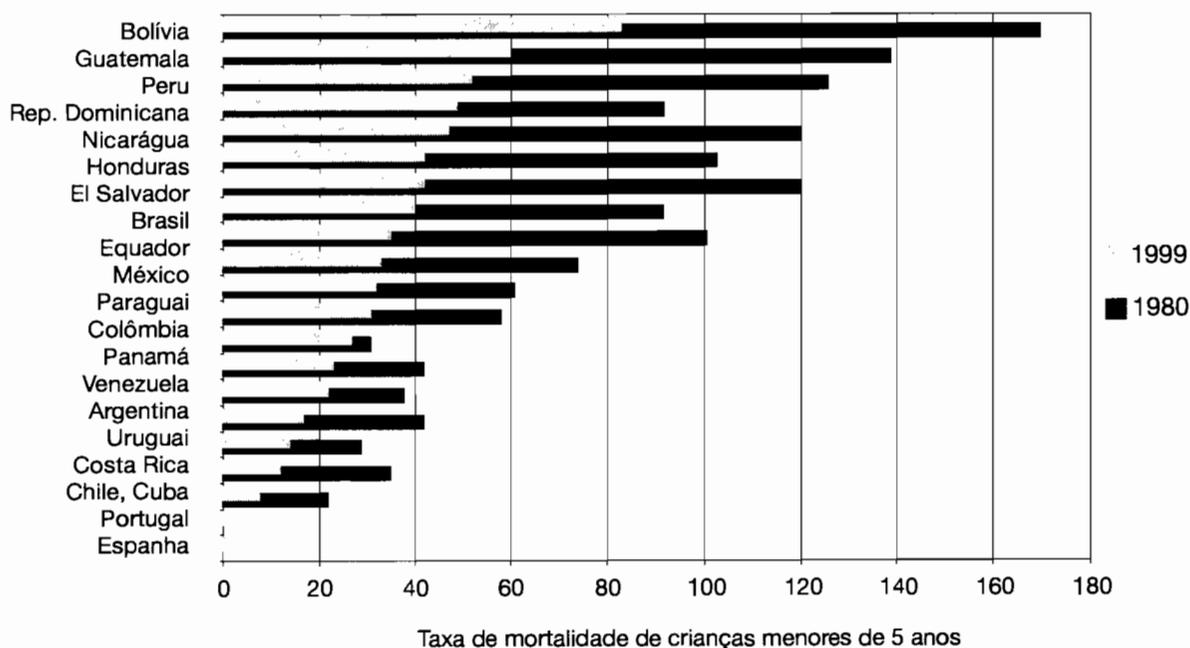
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.7
MORTALIDADE NEONATAL E PÓS-NEONATAL SEGUNDO NÚMERO DE ANOS DE ESTUDOS DA MÃE
CHILE, 1990 - 1995



Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.8
REDUÇÃO DA MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS
 1980 - 1999



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001*, Nova York, 2001 e dados de 1980.

As desigualdades, e seus efeitos na saúde, se marcam já desde antes do nascimento. No Peru, por exemplo, um estudo mostrou que enquanto 95% das mulheres do quintil de renda superior receberam cuidado pré-natal com pessoal treinado, só 40% das mulheres do quintil de menores rendas tiveram acesso a esse cuidado. Quanto ao atendimento do parto, a diferença foi ainda mais dramática, pois 96% do quintil superior se compararam com apenas 15% para o quintil inferior. Resultados similares se obtiveram no México para o período 1990-1996: a porcentagem de partos intrahospitalares foi de 93% nas famílias que viviam nas municipalidades que integravam o 10% de maiores rendas e de só 8% nas que viviam no decil das municipalidades mais pobres (Lozano e otros, 2000).

Numa cidade do sul do Brasil, dois coortes de crianças —nascidas em 1982 e em 1993— apresentaram os mesmos níveis de disparidade entre os grupos de menores e maiores rendas em quase todos os indicadores de saúde. Enquanto a taxa de mortalidade infantil se reduziu de 80

a 13 por mil nas famílias com renda igual ou menor a um salário mínimo mensal, nas famílias do grupo de maiores rendas a taxa se reduziu de 33 a 5 por mil, de modo que, apesar da melhoria geral, se manteve em 2.6 a distância entre os extremos (VICTORA, 1999).

Porém as desigualdades não só se refletem na mortalidade, mas também no déficit de crescimento daquelas que sobrevivem. Um estudo realizado no Brasil em 1989 mostrou que a prevalência do déficit de estatura em crianças com menos de 5 anos era 30 vezes mais alta entre as famílias cuja renda mensal per capita não superava os 20 dólares que naquelas cuja renda ultrapassava os 160 dólares: a taxa era de 28.9% para as primeiras e de 0.9% para as segundas. Outro estudo sobre o déficit de crescimento, realizado em 1996, assinalou que estas taxas eram de 22.6% para as famílias que não tinham bens duráveis, comparadas com 4.4% para as que tinham quatro ou mais bens duráveis (Olinto e outros, 1993: pp. 14-27). Os estudos indicam que esta prevalência de déficit de crescimento se relaciona fortemente com o nível educativo

das famílias: as taxas variam desde 19.3%, quando o chefe da família não tem nenhuma educação formal, até 3.4% quando essa educação supera os 11 anos. Esta correlação se apresenta em todos os níveis de educação, o que sugere que qualquer aumento da educação formal terá um impacto na saúde. A correlação, como era de se esperar, é ainda mais forte ao considerar o nível educativo da mãe (NUPENS/USP, 1998).

Estas disparidades nas condições de saúde que caracterizam aos distintos grupos socioeconômicos dos países ibero-americanos são, em parte resultado das particularidades próprias destes grupos: sua renda—que por sua vez depende do tipo de emprego ou atividade produtiva das famílias—, seus ativos, a posse de bens-duráveis, as características da moradia e da zona em que vivem. Porém estas disparidades resultam também do acesso desigual que têm os distintos grupos aos serviços sociais —de saúde, saneamento, educação, transporte e comunicação.

A mortalidade infantil também se relaciona fortemente com o nível educativo das mães, que, por sua vez, está estreitamente correlacionado com o respectivo nível de renda. Estudos realizados no Chile durante o período 1990-1995 mostram que as taxas de mortalidade neonatal variam desde 13.5 por mil para mães sem nenhuma educação formal até 6 por mil para mães com mais de 13 anos de educação formal. As diferenças resultam ainda mais acentuadas em termos de mortalidade pós-neonatal, que foram de 24.5 por mil e de 2.6 por mil para os mesmos dois grupos de mães, ou seja, 10 vezes mais altas para as mães sem educação que para as de maior educação (Hollstein, Vega, Carvajal, 1998).

Muitas destas disparidades socioeconômicas e de saúde se traduzem, também, nas desigualdades características da distribuição espacial da população. Diversos estudos mostram como os níveis de saúde dos países ibero-americanos apresentam dramáticas disparidades entre regiões, entre populações urbanas e rurais, e entre comunidades com diferente nível de desenvolvimento. A partir das Pesquisas de Demografia e Saúde (EDS) se apreciam, por exemplo, as diferenças nas taxas de *déficit de crescimento* que apresentam as crianças menores de cinco anos em zonas urbanas e em zonas rurais. Em alguns casos, a porcentagem de crianças sob a curva de padrão de crescimento em zonas rurais é duas vezes e meia mais alta que nas zonas urbanas, e em países como Peru e Guatemala, a prevalência de *déficit de crescimento* afeta a mais da metade das crianças rurais com menos de cinco anos (Macro International, 1996).

No Brasil, entre 1975 e 1996 a prevalência de *déficit de crescimento* se reduziu quase quatro vezes nas regiões com melhor desempenho, mas só 2.7 vezes nas piores, de modo que a razão que separa a ambos tipos de região, que era de 2 em 1975, passou a mais de 5 em 1996 (NUPENS/USP, 1998).

As taxas de mortalidade infantil também refletem as diferentes condições de vida que caracterizam às distintas regiões ou espaços geográficos de cada país. Na cidade de Buenos Aires, a taxa de mortalidade infantil havia baixado a 13 por mil em 1995, enquanto em algumas províncias argentinas ainda excedia a 30 por mil (OPS/OMS, 1998a). A mortalidade infantil caiu 40% no Brasil quando se compararam os períodos 1977-1985 e 1987-1995, porém as brechas em mortalidade, entre regiões, aumentaram. E ainda que as taxas de mortalidade infantil tenham caído em todas as regiões do país entre 1986 e 1996, a razão entre as taxas de mortalidade do Nordeste rural e a média nacional aumentou de 1.7 a 2 (NUPENS/USP, 1998).

Um estudo recente na cidade de Rosario, Argentina, mostrou com clareza as inequidades no tipo de atendimento ao parto das mulheres com distintas condições socioeconômicas. As crianças que nasceram em hospitais públicos tiveram, em média, um peso ao nascer 200 gramas inferior ao das crianças que nasceram em clínicas privadas, cujo peso ao nascer oscilou entre 3 168 e 3 350 gramas. Da mesma forma, a taxa de natimortos foi de 11.1 por mil nos hospitais públicos, comparada com 3.8 por mil nas clínicas privadas. Apesar de que suas necessidades fossem evidentemente maiores, as mulheres atendidas nos hospitais públicos só receberam suplementos de ferro e ácido fólico em 5.6% dos casos, comparados com 44% dos casos nas clínicas privadas; se prescreveram antibióticos em 4.8% dos casos, comparados com 15.7% no das clínicas privadas; e receberam outras vitaminas e suplementos minerais em 0.3% dos casos, comparados com 24.8% nas clínicas privadas (Belizan e otros, 2000).

Diferenças associadas à origem étnica-cultural

As disparidades socioeconômicas, geográficas ou regionais adquirem um caráter ainda mais intenso e complexo quando afetam à populações que, ademais, enfrentam problemas de exclusão por razões étnicas e culturais. Na Ibero-América, isto prejudica particularmente às populações indígenas e afro-caribenhas, e com mais intensidade às primeiras.

Os poucos estudos existentes, ainda que limitados, permitem apreciar a magnitude deste problema (Banco Mundial, 1993; Amaris, Flores e Mojica, 1992; Rivas, 1993). Para começar, em quase todos os países é igualmente certo que a população indígena constitui o segmento da população mais pobre dos pobres. A magnitude e intensidade da pobreza indígena é tal que, em muitos países, a maior parte da população indígena está em extrema pobreza.

Na Bolívia, por exemplo, mais de dois terços da população indígena é bilingüe e quase três quartas partes da não-bilingüe são pobres. Os níveis de educação da população indígena da Bolívia estão, em média, três anos abaixo dos da população não-indígena. Em termos de saúde, a população indígena apresenta mais do dobro do número de doenças e feridas que o resto da população, e deve ausentar-se do trabalho o dobro de tempo. No entanto, recebe menos atendimento médico e menos serviços de saúde preventiva que a população não-indígena.

Na Guatemala, a maioria da população indígena não tem acesso a serviços sociais básicos como água e saneamento, nem à educação, e muito menos a serviços de energia elétrica ou telecomunicações. De fato, quase a metade dos domicílios indígenas não tem acesso a água potável e a serviços sanitários, comparado com 5% para a população não-indígena da Guatemala.

No México, os níveis de pobreza se correlacionam estreitamente com aquelas municipalidades com população predominantemente indígena. A mortalidade infantil indígena supera em mais de 2.5 vezes a mortalidade média nacional.

Em Honduras, a esperança de vida ao nascer dos homens indígenas é 29 anos inferior a dos homens não-indígenas; para as mulheres indígenas, a esperança de vida é 27 anos menor que a das não-indígenas.

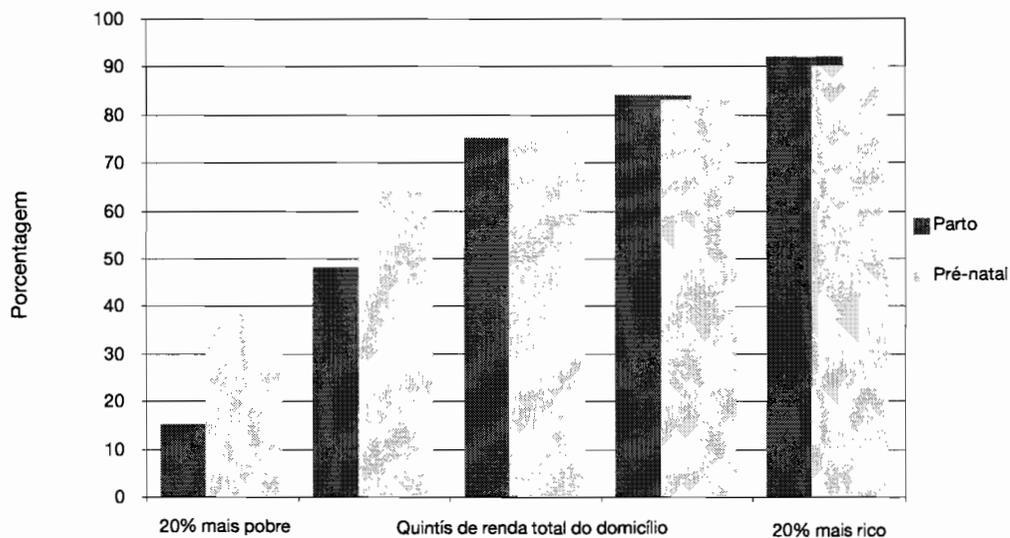
No Panamá, a população indígena representa 8% da população total, mas constitui 19% do total de pobres, já que uma imensa maioria dos indígenas — 95% — são

pobres. E ainda, só 9% da população indígena panamenha pode qualificar-se como pobre sem chegar a viver em condições de pobreza extrema, pois a grande maioria — 86% — são pobres em extremo. A mortalidade infantil da população indígena é 3.5 vezes maior que a média nacional do Panamá.

Na Colômbia em 1993, a mortalidade infantil das populações indígenas era de 63.3 por mil, o dobro da média nacional. A esperança de vida ao nascer da população indígena era de 57.8 anos para as mulheres e de 55.4 anos para os homens, comparada com médias nacionais com 10 anos mais de vida. E o questão não é somente que a população indígena da Colômbia viva 10 anos menos que a população não-indígena — como ocorre em muitos dos outros países com população indígena. Realmente grave é como têm que viver os indígenas da Ibero-América para morrer 10 anos antes que o resto de seus 'concidadãos' (Piñeros-Petersen e Ruiz-Salguero, 1998; Nações Unidas, 1998; OPS/OMS, 1998b).

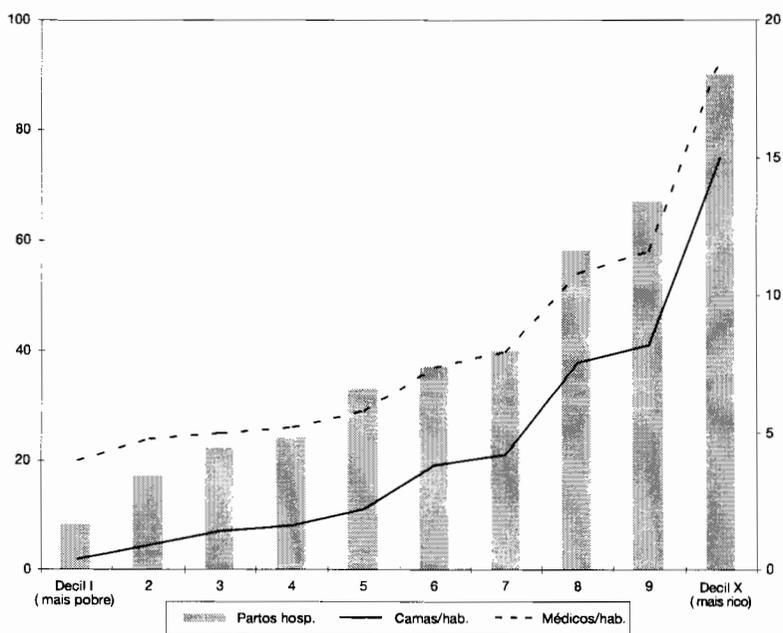
Estudos recentes sobre as condições de vida das comunidades de origem afro-caribenho revelam também a existência de importantes disparidades socioeconômicas com relação às médias nacionais. Os níveis de pobreza destas comunidades variam acentuadamente, desde níveis tão baixos como 2% nas populações da Bolívia e Costa Rica até níveis de 40% e 50% no Brasil e na Colômbia (Cowater International e BID, 1996). As pesquisas sobre o caso brasileiro são mais que ilustrativas: no caso das mães analfabetas, a taxa de mortalidade infantil era de quase 120 por mil para a população negra, de 110 por mil para a população parda e de 95 por mil para a branca. No caso de mães com oito ou mais anos de educação, as taxas eram muito mais baixas, porém as diferenças étnicas se ampliavam: 82 por mil para as negras, 70 por mil para as pardas e 57 por mil para as brancas. As mães negras necessitavam entre quatro e sete anos de educação formal antes de poder alcançar as taxas de mortalidade infantil das mães brancas analfabetas, demonstrando assim a intensidade que a discriminação étnica pode ter nas condições de vida e de saúde da população (Da Cunha, Pinto, 1997).

Gráfico II.9
**ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E DE PARTO POR PESSOAL ESPECIALIZADO
 PERU, 1996**



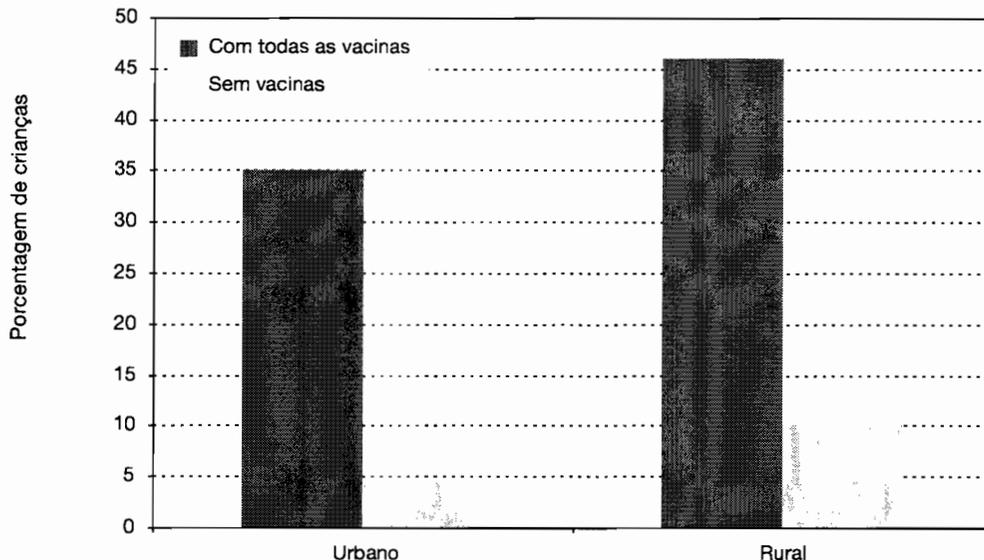
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.10
**DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE SEGUNDO RENDA PER CAPITA DOS MUNICÍPIOS
 MÉXICO, 1990 – 1996**



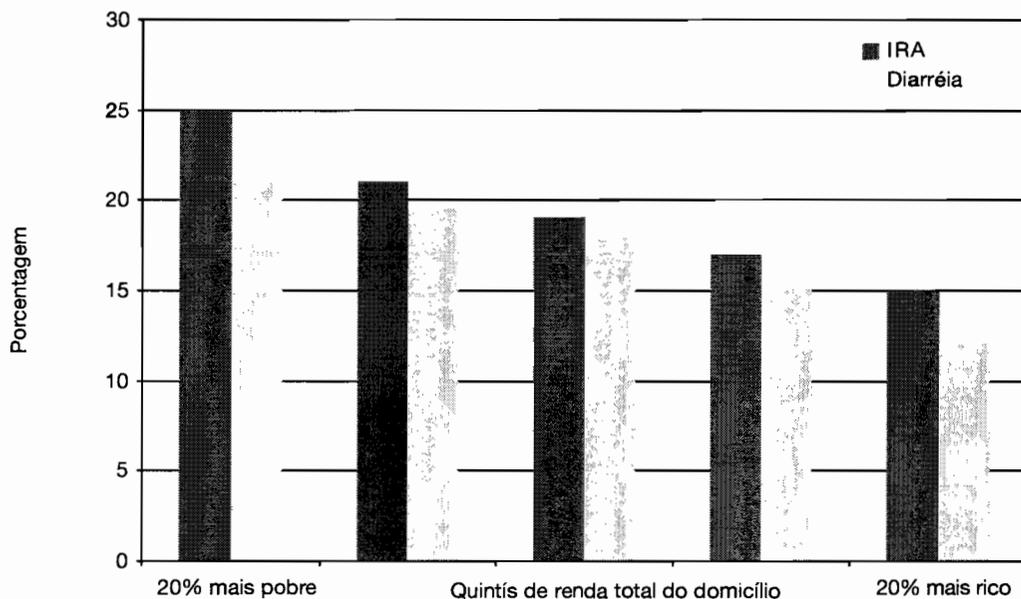
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.11
**CRIANÇAS COM IMUNIZAÇÃO COMPLETA E SEM IMUNIZAÇÃO
 SEGUNDO ZONA GEOGRÁFICA
 GUATEMALA, 1995**



Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Gráfico II.12
PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRA) E DIARRÉIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE EM QUINTÍIS DA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA TOTAL DOS DOMICÍLIOS, PERU, 1996



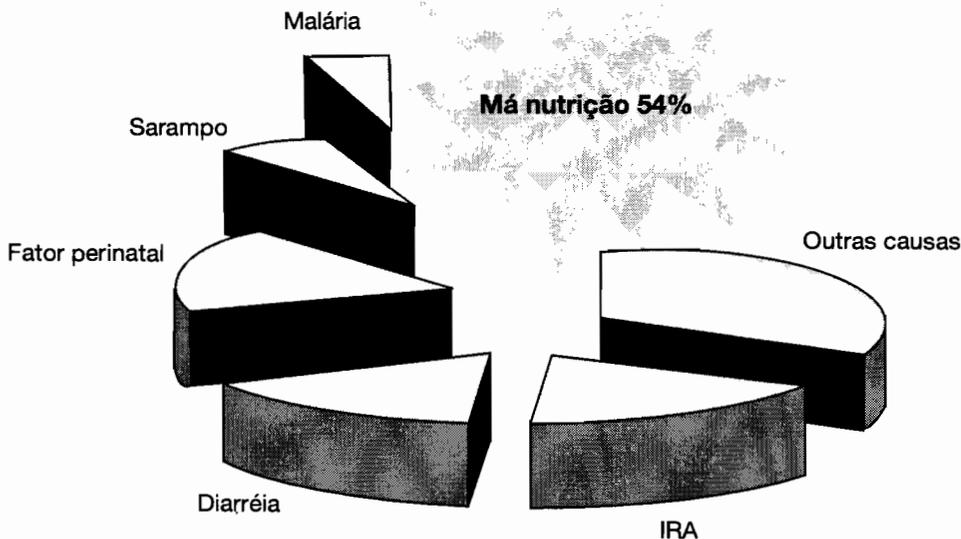
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

3. O risco nutricional e o direito das crianças à nutrição e ao aleitamento materno

Estar bem nutridos é para as crianças uma prolongação de seu direito à vida. As crianças que não podem suprir suas necessidades nutricionais crescem com lentidão e se atrasam com o passar do tempo. Esta desnutrição gradual as faz propensas à doença e morte, e também

reduz seu potencial de aprendizado e de desfrute da vida. Crianças com déficit de crescimento se tornam adultos delgados, menos produtivos e mais propensos à doenças crônicas.

Gráfico II.13
CAUSAS DOS 11.6 MILHÕES DE ÓBITOS ENTRE MENORES DE 5 ANOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, 1995



Fonte: Baseado em dados de Christopher J.L., Murray e Alan D. López (comps.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Boston, Harvard University Press, 1996 e David L. Pelletier, Edward A. Frongill e Jean-Pierre Habicht, "Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality", *AMJ Public Health*, Nº 83, 1993, pp. 1130-1133.

A magnitude do risco alimentício no qual se desenvolvem as crianças continua sendo considerável: só no contexto urbano, em 9 dos 16 países considerados (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Venezuela) mais de um

terço dos menores de dois anos vivem na referida situação de risco. Nas zonas rurais este problema é ainda mais extensivo, e em 6 dos 11 países examinados (Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador, Honduras e Venezuela) mais de 50% das crianças vivem nessas condições. Estas

elevadas porcentagens —estritamente correlacionadas com as taxas de desnutrição e de mortalidade infantil que se registram nos países—demonstram a persistência de fatores de extrema vulnerabilidade para a infância na região. É importante destacar que ainda que entre 1990 e 1997 se tenha logrado reduções significativas da pobreza urbana, o risco nutricional que enfrentam os menores de dois anos, associado às condições estruturais de pobreza, na maioria dos países se reduziu a uma taxa bastante menor.

A meados dos anos noventa, 54% das mortes de menores de 5 anos nos países em desenvolvimento tinham como causa direta ou indireta a má nutrição. Na Ibero-América, mais de 60% das mortes de menores de 5 anos se produzem por enfermidades derivadas da desnutrição ou por ela agravadas. Os desnutridos são menos fortes, menos saudáveis e menos lúcidos e podem chegar à morte ou à invalidez precoce. As crianças e as mulheres gestantes são os grupos mais vulneráveis à desnutrição, de modo que sua condição é o indicador mais sensível da situação nutricional em um país. As crianças desnutridas têm mais do dobro de possibilidades de morrer que aquelas bem nutridas, assim como as gestantes adolescentes estão em risco mais alto porque seu próprio crescimento e o do feto entram em competição pelos nutrientes.

Na maioria dos casos, a desnutrição não se associa com a fome nem costuma ser percebida a simples vista. A responsabilidade daqueles que definem as políticas de nutrição infantil e de renda familiar é enorme: uma criança inadequadamente nutrida viverá menos e essa vida será menos saudável, menos produtiva e menos gratificante. Os recursos que a sociedade não investe hoje em nutrição se converterão no futuro imediato em maiores custos.

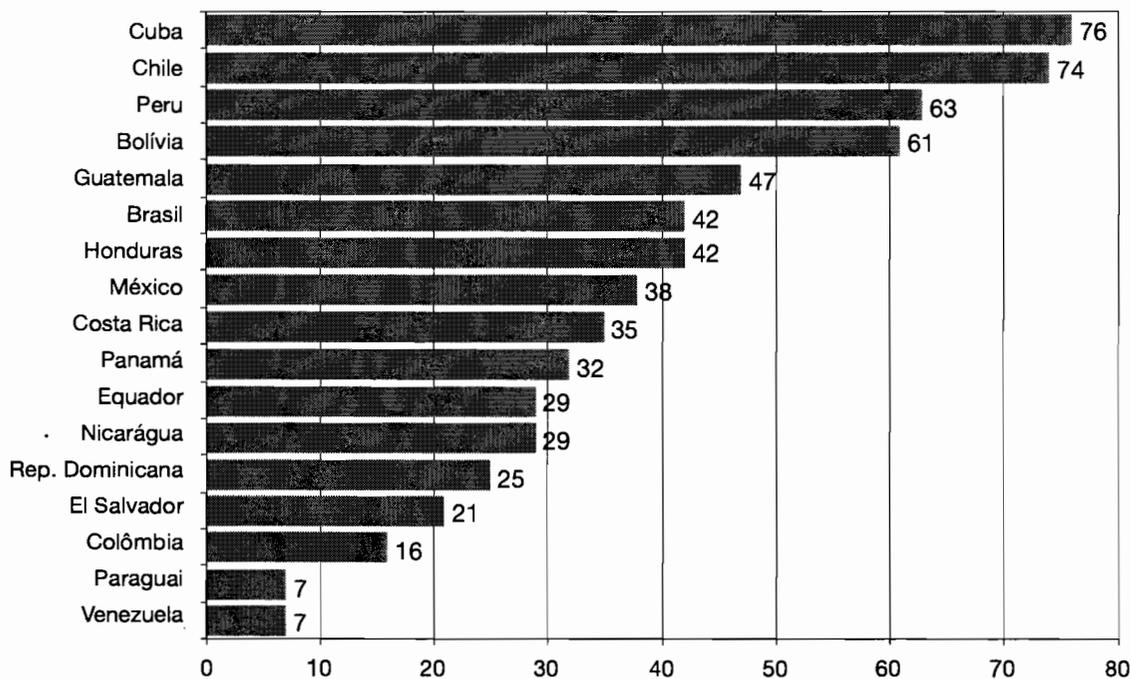
O risco nutricional começa antes do nascimento, ainda durante a gestação. Quando a mãe tem deficiências nutricionais, seu organismo não pode entregar ao feto todo o alimento que necessita. O feto então tem um desenvolvimento insuficiente, que pode refletir-se em problemas na gestação, alto risco de morte perinatal e limitações físicas e mentais para toda a vida. Como indicado, as maiores dificuldades nutricionais durante a gestação se apresentam nas adolescentes, mas também ocorrem em mulheres de estratos pobres. O baixo peso ao nascer é um indicador das limitações nutricionais durante a gestação. Se estima que na Ibero-América a cada ano nascem cerca de 946 mil crianças de ambos sexos com menos de 2 500 gramas.

O aleitamento materno provê as crianças dos nutrientes adequados e de proteção para um grande número de enfermidades comuns nesta etapa. No entanto o início antecipado da alimentação complementar, sem medidas adequadas de higiene e esterilização, limita os benefícios do aleitamento materno, particularmente nos primeiros três meses de vida, ao pôr a criança em contacto com substâncias contaminadas. Os hábitos e atitudes frente ao aleitamento materno e o desmame, assim como os de higiene alimentar, estão relacionados com os riscos de enfermidade, desnutrição e morte. Estes diferem grandemente entre os países da região, tal como se aprecia no gráfico II.14, que reúne informação recente sobre aleitamento exclusivo entre os menores de quatro meses de vida.

Um fator chave na definição dos padrões de alimentação (volume e tipo de dieta, tratamento sanitário dos alimentos, rotação de grupos alimentícios, dentre outros) é o ambiente educacional da família e, especificamente, a educação da mãe. Uma baixa educação está associada ao desconhecimento sobre como compor as dietas, dispor de um ambiente saneado, tratar os alimentos, como e a que programas de saúde disponíveis a nível local podem acudir, e outros. A importância do binômio mãe-filho para o cuidado deste nos primeiros anos de vida faz com que o desconhecimento que esta tenha sobre a adequada alimentação aumente fortemente o risco —além da possibilidade de contágio de enfermidades— de emaciação, de desnutrição crônica e outros episódios de má nutrição, como o sobrepeso. Também, se durante a gestação a mãe esteve em uma condição de má nutrição (como costuma ocorrer nos estratos pobres), é provável que o filho já nasça com insuficiências nutricionais que se manifestam como anemia, déficit de micronutrientes (iodo, ferro e vitamina A) ou baixo peso. Isso configura —de não ocorrer a morte prematura— um futuro de inserção social que, desde o início do ciclo de vida, está, em importante medida, biologicamente hipotecado.

Deste modo, a presença de ambos fatores, renda insuficiente e baixa educação da mãe, se transforma num considerável fator de risco alimentar, que minará o desenvolvimento psicomotor da criança pré-escolar e posteriormente incidirá de maneira grave em sua capacidade de aproveitar sua passagem pelo sistema educacional.

Gráfico II.14
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM 1995-1999



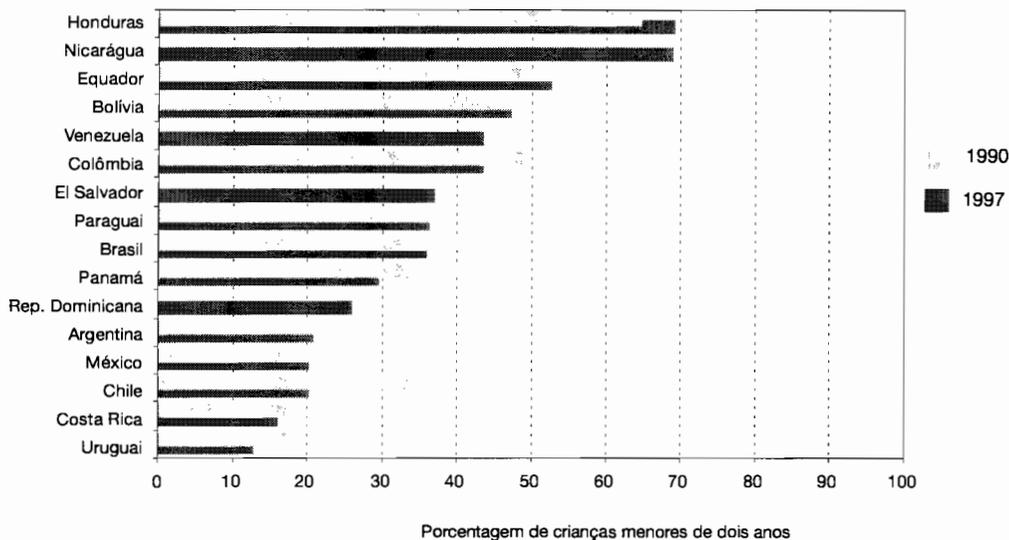
Porcentagem de crianças com menos de quatro meses de idade que só recebem leite materno

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia*, 2001. Nova York, 2001.

A proporção de crianças que vivem em domicílios afetados severamente pela pobreza —cuja renda per capita é 25% inferior ao valor da linha de pobreza— e que têm mães com baixo nível educacional —até 5 anos de estudo—, diminuiu notavelmente no transcurso da década dos noventa. Esta redução está fortemente associada, por um lado, com a melhoria geral nas condições de vida dos domicílios e em particular com a redução da pobreza registrada principalmente no primeiro quinquênio da década passada. Por outro lado, responde à elevação do nível educacional das mães das novas gerações, produto das tendências à universalização dos sistemas educacionais.

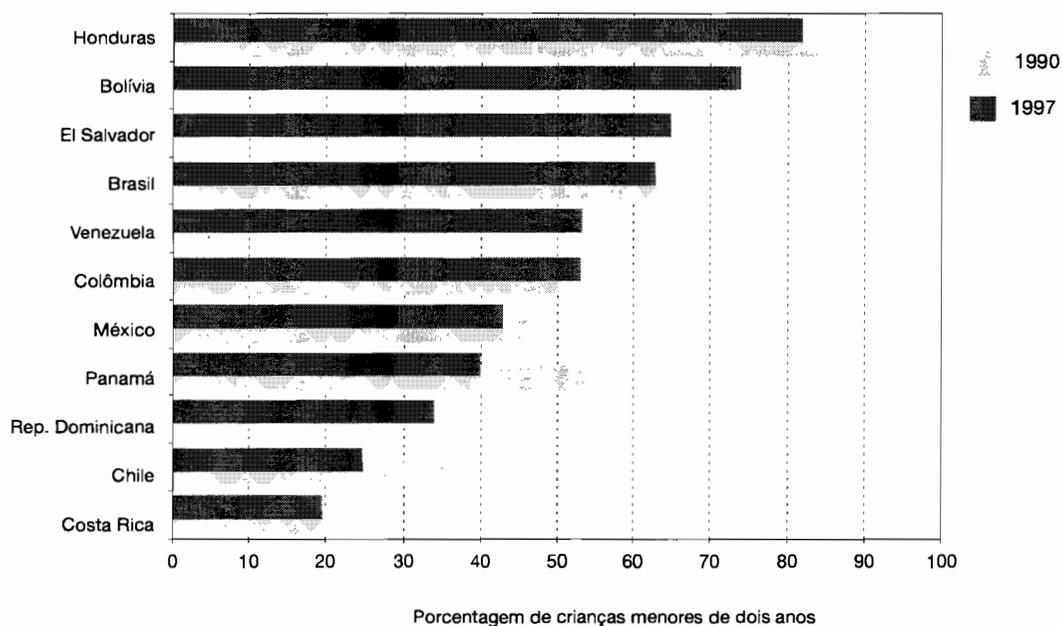
Com raras exceções, o risco nutricional se agudiza entre as crianças de famílias monoparentais (ausência de ambos cônjuges) e que em uma abrumadora maioria dos casos são chefiadas por mulheres. Esta situação torna o problema mais crítico pois, não obstante ligar-se com o agregamento familiar como estratégia de sobrevivência, sobretudo nas primeiras etapas do ciclo vital familiar (CEPAL, 1998: cap. VI), incide na capacidade da família para gerar recursos econômicos e, em conseqüência, na dedicação da mãe ao filho.

Gráfico II.15
**PORCENTAGEM DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE COM ALTO RISCO NUTRICIONAL a/
 Zonas urbanas, 1990-1997**



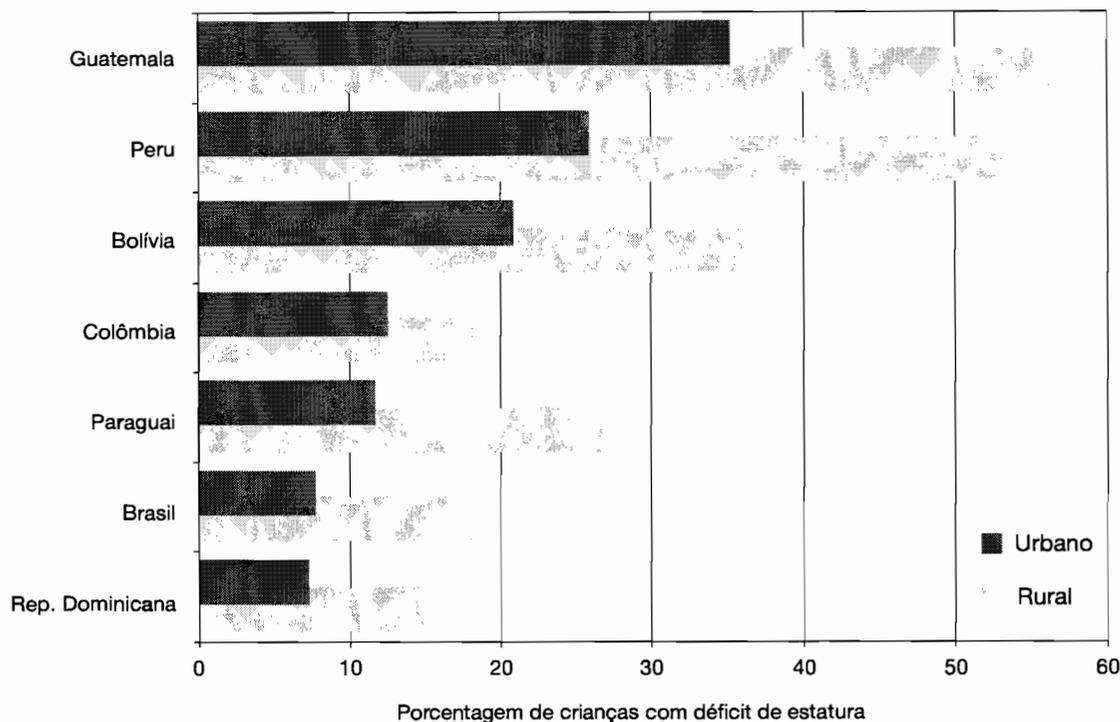
Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
 a/ Menores de 2 anos que vivem em domicílios cuja renda per capita é igual ou inferior a 75% da linha de pobreza respectiva, e cujas mães tiveram menos de 6 anos de instrução.

Gráfico II.16
**PORCENTAGEM DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM ALTO RISCO NUTRICIONAL a/
 Zonas Rurais, 1990-1997**



Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
 a/ Menores de 2 anos que vivem em domicílios cuja renda per capita é igual ou inferior a 75% da linha de pobreza respectiva, e cujas mães tiveram menos de 6 anos de instrução.

Gráfico II.17
**DÉFICIT DE CRESCIMENTO ENTRE AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
 SEGUNDO ZONAS GEOGRÁFICAS**



Fonte: OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos*, Washington, D.C., outubro de 1999.

Se estima que no ano 2000, aproximadamente 36% do total das crianças latino-americanas menores de 2 anos estão em situação de alto risco alimentar. Nas zonas rurais esta situação afetaria a uma proporção ainda maior (cerca de 46%), devido à generalizada precariedade das condições sanitárias e às maiores dificuldades da população para acessar os serviços públicos de saúde.

Em vários países se comprovaram que, em termos relativos, as maiores deficiências nutricionais se apresentam em crianças maiores de um ano e menores de cinco. Esse grupo quase não tem acesso a aleitamento materno e se vê prejudicado na divisão dos alimentos dentro das famílias. Em sua maioria não frequenta instituição de educação pré-escolar ou de proteção que brindem complementos nutricionais e é o mais afetado pelo déficit de nutrientes derivados de maus hábitos de alimentação.

Uma das conseqüências típicas da desnutrição é que, via variáveis neuropsicológicas intermediárias, afeta

sensivelmente o rendimento escolar. Além disso, os estudantes mal nutridos têm baixa assistência, menores rendimentos acadêmicos, maior repetência e máxima evasão. A desnutrição é, em conseqüência, uma das principais causas de ineficiência e ineficácia do sistema escolar e, em conseqüência, de deterioração do investimento em capital humano. As boas práticas nutricionais dos estudantes e suas famílias cumprem um papel fundamental no rendimento educativo.

Vários países da região propiciam com grande êxito a distribuição de complementos nutricionais (desjejuns, merendas, biscoitos fortificados) nas escolas primárias. A experiência demonstra que a eficiência e efetividade destes esforços estão altamente correlacionadas com três fatores: a garantia de cobertura das escolas localizadas em áreas de maior pobreza e limitações nutricionais, a interação com atividades de educação nutricional e a mobilização da comunidade para lograr mudanças efetivas nos hábitos de alimentação das famílias (CEPAL/OEA-ANEP/FAS.OPP.BID, 1997).

4. Inequidades no acesso a serviços de água potável e saneamento

Com relação à população infantil, outro fator decisivo na prevalência de enfermidades transmissíveis como a poliomielite, tétano neonatal, sarampo, resfriados e gripes, assim como as intestinais (tifo, diarreia, meteorismo, cólera, etc.), são as condições sanitárias do meio ambiente em que se desenvolve. Esta condição geral de higiene meio ambiental está estreitamente ligada à suficiência ou deficiência das redes de distribuição de água potável e dos sistemas de eliminação de dejetos, sem ignorar a importância crescente que vem adquirindo nas grandes metrópoles a poluição do ar como fator detonante de insuficiências respiratórias agudas, IRA (ver seção III).

Até o ano 2000 a grande maioria dos países ibero-americanos havia logrado dar acesso a água potável a uma elevada proporção de sua população urbana (mais de 90% em quase todos os países), mas ainda se registram atrasos importantes nas zonas rurais. Nas grandes cidades a população não coberta corresponde a estratos de baixas rendas que residem em assentamentos em rápida expansão. Está pendente a redução do enorme atraso que afeta à população rural e periurbana com relação a ambos serviços.

A situação das áreas rurais requer inclusive maior atenção já que, na maioria dos países, 50% ou mais da população vive em moradias sem abastecimento de água potável e mais de 60% tampouco tem acesso a saneamento adequado. Às desigualdades anteriores se agregam as desigualdades entre estratos socioeconômicos. Em 1997, a disponibilidade de água potável dos 25% mais pobres da população variava entre 15% e 25%, enquanto nos 25% de maiores rendas tal insuficiência afetava a menos de 3% , na maioria dos países.

A situação referida ao saneamento resulta também muito desigual e ainda mais deficitária. Com exceção do México, cerca de 60% da população do quartil de menores rendas reside em moradias sem um adequado sistema de saneamento, enquanto no quartil de maiores rendas esta porcentagem bordeia os 30% (CEPAL, 1999).

A melhoria ocorrida na cobertura de conexão à redes de água potável teve uma forte tendência urbana: durante a década, os esforços se concentraram na interconexão e abastecimento naquelas zonas de maior densidade populacional. Mesmo que as zonas rurais apresentem uma proporção cada vez menor da população, e as ações governamentais aí envolvam investimento muito maior devido à grande dispersão territorial da população, a necessidade de dispor deste serviço nelas é ainda mais crítica que nas urbanas, pois também há mais dificuldades de acesso aos sistemas de saúde e continuam predominando padrões de cultivo e tratamento dos alimentos sanitariamente inadequados. As diferenças de cobertura urbano-rural neste serviço são enormes: em países como Bolívia, Chile e Honduras, a porcentagem de crianças menores de seis anos que dispõem de água potável é pelo menos três vezes menor nas zonas rurais. No entanto, há grandes diferenças entre os países, que vão, em zonas rurais, de 25% a 30% de cobertura (Bolívia, El Salvador, Honduras) até cerca de 75% (Brasil); em zonas urbanas, as diferenças, são menores e variam entre 65% (Paraguai) e 98% (Colômbia).

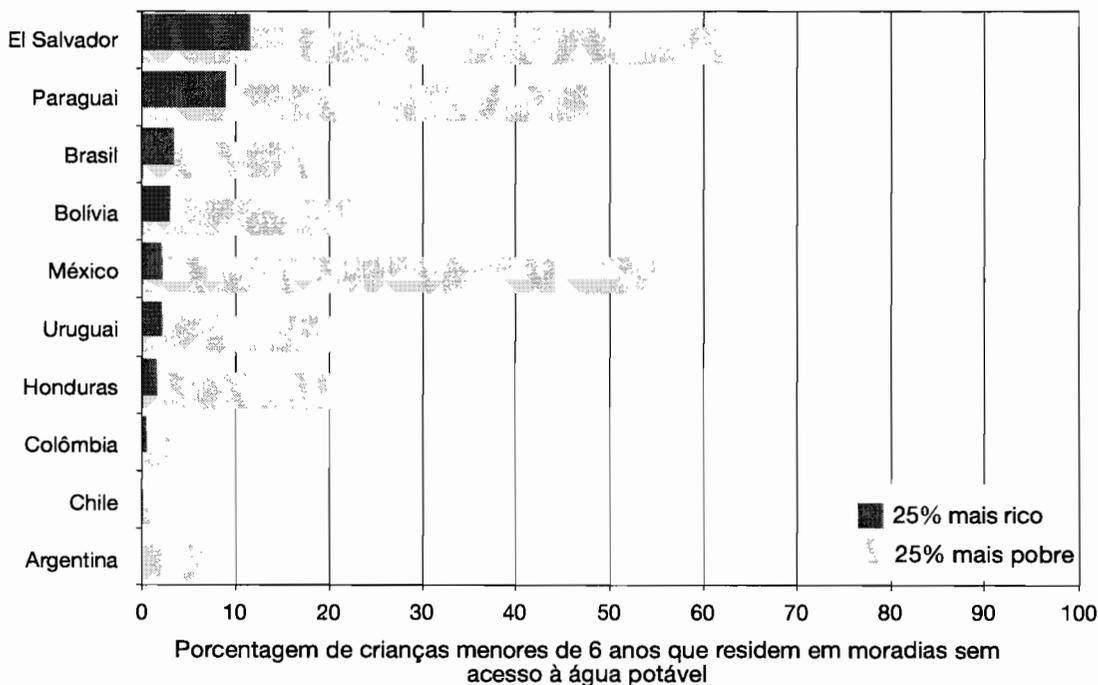
As desigualdades tanto ao interior das zonas urbanas como das zonas rurais são também muito pronunciadas: nas primeiras, os déficits nesta matéria afetam a entre um terço a mais do dobro das crianças pertencentes aos estratos de menores rendas (25% mais pobre) em comparação com as que pertencem a domicílios do 25% mais rico. As desigualdades ao interior das zonas rurais são menores devido a que a falta de cobertura de água potável nelas é generalizada.

No entanto a situação mais crítica quanto a risco de contrair doenças é vivida pelas crianças cuja mãe tem pouca educação, pois à falta de recursos, se agrega o desconhecimento do adequado tratamento dos alimentos. Esta situação é particularmente grave em zonas rurais, porque existe uma exposição maior e mais prolongada a cursos de água que se estão contaminando pela ausência de sistemas adequados de eliminação de dejetos e pela falta de tratamento das águas.

Quanto ao risco derivado da concentração e o não tratamento dos resíduos, a situação não é melhor. A falta de adequados sistemas de eliminação de dejetos é um problema que afeta maior quantidade de crianças que a ausência de água potável. Se se comparam as respectivas coberturas, se depreende que a medida que aumenta a cobertura de ambos serviços crescem também as disparidades, devido a que as ações governamentais priorizam o acesso à água.

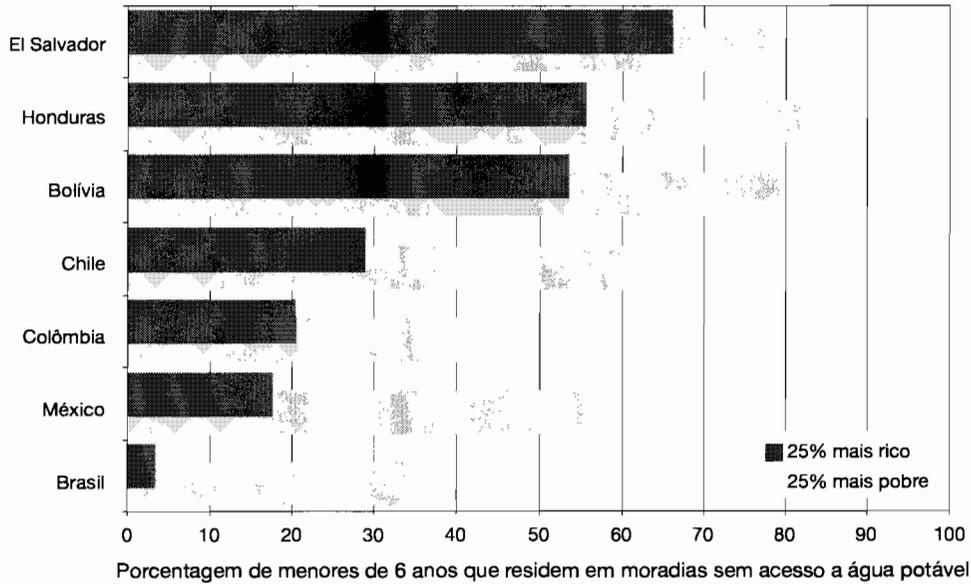
Se estima que no ano 2000, cerca de 30% dos menores de 6 anos viviam em moradias sem acesso à rede de água potável, isto é, em condições de alto risco sanitário associado à contaminação e inadequado tratamento das águas utilizadas nos diversos trabalhos domésticos, e mais de 40% delas o faziam em uma situação de significativo alto risco de contrair enfermidades por ausência de sistemas adequados de eliminação de dejetos.

Gráfico II.18
DISPARIDADES DE ACESSO A ÁGUA POTÁVEL ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS Zonas Urbanas, 1996/1998



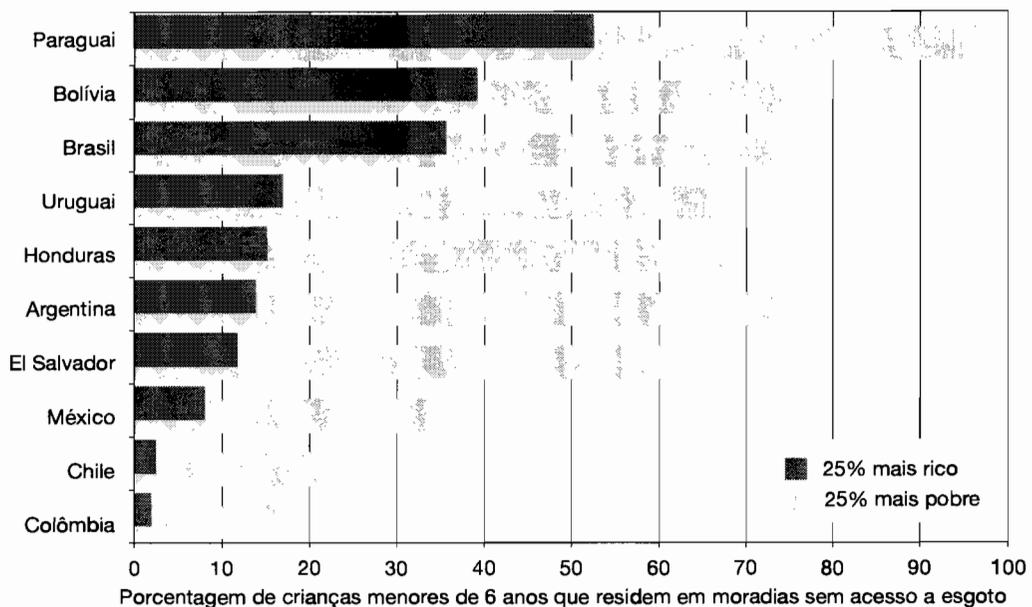
Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

Gráfico II.19
DISPARIDADE DE ACESSO A ÁGUA POTÁVEL ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS
DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS
Zonas rurais, 1996/1998



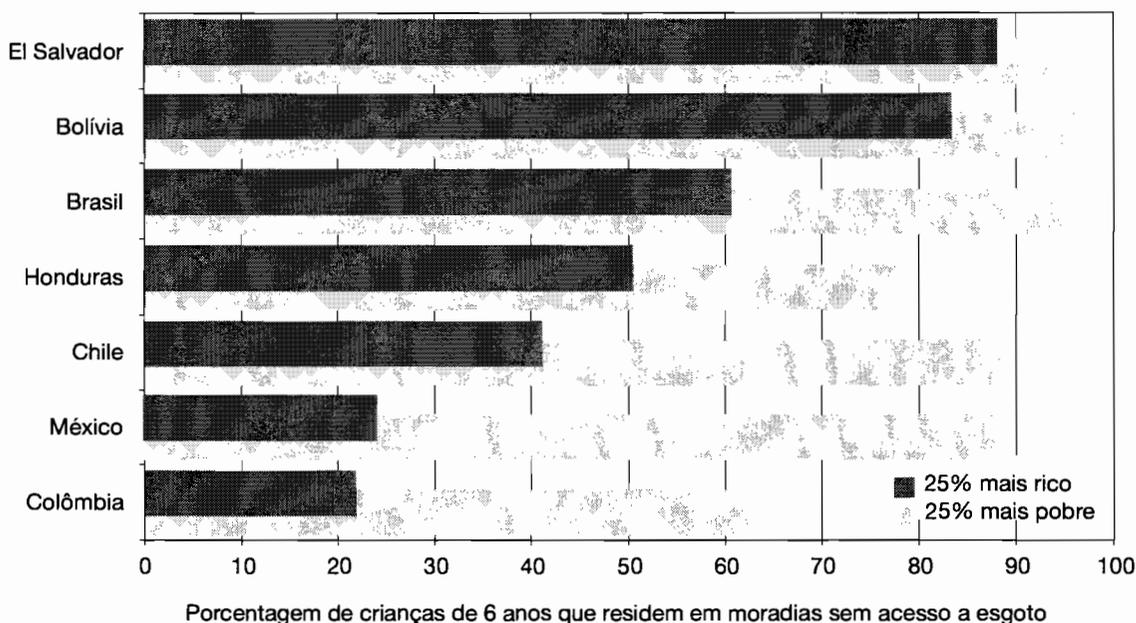
Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

Gráfico II.20
DISPARIDADES DE ACESSO A ESGOTO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS
DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS
Zonas urbanas, 1996/1998



Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

Gráfico II.21
**DISPARIDADES DE ACESSO A ESGOTO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS
 DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS**
 Zonas rurais, 1996/1998



Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.18.

5. Insuficiências e desigualdades no logro educativo de crianças e adolescentes

Na Ibero-América, os avanços no acesso e conclusão da educação pré-primária e primária, e de maior cobertura da secundária, têm sido acompanhados da persistência de importantes insuficiências no logro educativo. Estas são crescentes a medida que se avança no ciclo primário e se manifestam numa alta proporção de crianças que não terminam os primeiros anos ou que o fazem com atraso e em uma ainda maior proporção de crianças que não completa esse ciclo. Esses atrasos nas etapas básicas de acumulação educativa, sem dúvida respondem principalmente às desigualdades de acesso e logro das crianças pertencentes a domicílios de distintos estratos socioeconômicos. Estas desigualdades também refletem as diferenças de oportunidade que têm as crianças de

zonas urbanas e rurais, de diversos grupos étnicos e áreas geográficas, de acessar à educação.

Em média, nas zonas rurais duas de cada cinco crianças não logram completar o ciclo primário, enquanto nas urbanas um de cada seis menores interrompem seus estudos antes de terminar o primário ou o completam com pelo menos dois anos de atraso, o que se traduz na maioria das vezes no abandono da educação antes de completar o ensino secundário. Este é atualmente o nível educativo mínimo que na maioria dos países outorga possibilidades altas de se situar fora da pobreza durante a vida ativa (CEPAL, 1994, cap. VI).

Com relação à porcentagem de crianças que completa seis anos de educação, destaca o fato de que só em três países as disparidades urbano-rurais diminuíram apreciavelmente durante a década (Chile, Honduras e México), de modo que em geral persistem as desigualdades derivadas do atraso educacional nas áreas rurais. Entre os países examinados, Colômbia, El Salvador, e Brasil, este em menor medida, são os que apresentam as maiores disparidades a respeito.

As deficiências no ciclo básico se manifestam também nas elevadas taxas de repetência nos dois primeiros anos. Os altos custos privados e sociais associados à repetência escolar,² assim como seu impacto negativo nas taxas de evasão, tornam preocupante o fato de que a eficiência interna da educação primária na região continue sendo baixa e que na maioria dos países persistam disparidades muito pronunciadas entre as zonas urbanas e as rurais e entre estratos socioeconômicos. Em média, 12% das crianças de zonas urbanas e 30% das que vivem em zonas rurais já apresentam atraso ao fim do segundo ano do primário como consequência dos elevados níveis de repetência e da entrada tardia ao ciclo. As desigualdades são ainda maiores entre estratos: em 25% dos domicílios mais pobres a taxa de repetência (18%) quase quintuplica a registrada entre os pertencentes ao 25% dos domicílios de rendas mais altas.³

Por sua parte, as desigualdades de origem socioeconômica entre logros educativos ao término do

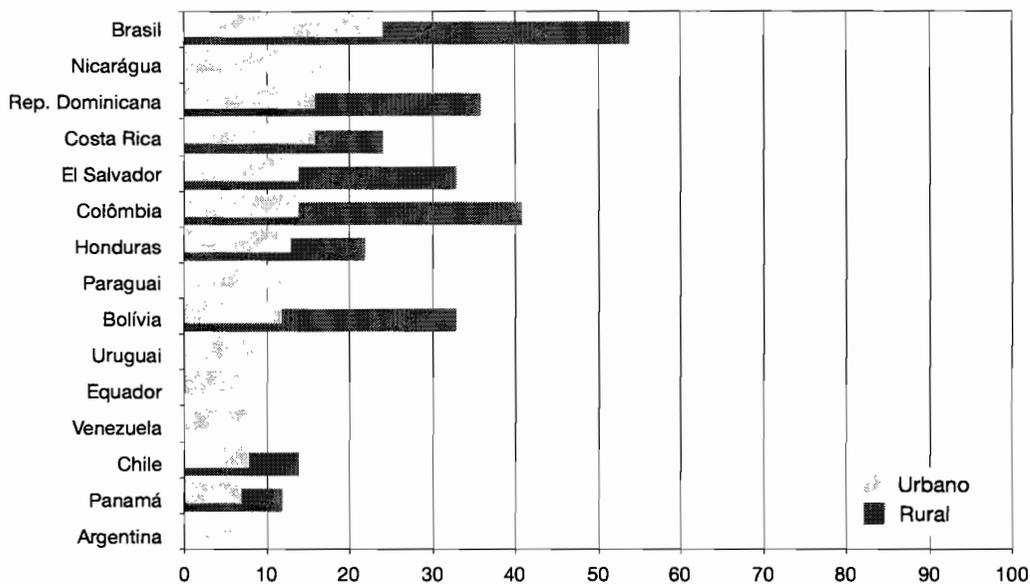
ciclo primário são também mais pronunciadas que as disparidades geográficas e se registram tanto nos países que apresentam taxas relativamente mais baixas de matrícula nesse nível (Brasil, El Salvador, Honduras, Nicarágua e República Dominicana), como naqueles com taxas relativamente mais altas (Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá e Uruguai). Assim, nas zonas urbanas, só 7% dos menores que residem no 25% dos domicílios de mais altas rendas abandonam a escola ou se encontram atrasados ao término do primário; no 25% dos domicílios mais pobres essa porcentagem se eleva a 26%. Estas diferenças se aprofundam ao longo do ciclo básico, pois já são evidentes ao final do quarto ano e derivam, em parte, das diferenças entre as taxas de atraso escolar nos dois primeiros anos: 4% e 18%, respectivamente.

Com relação às desigualdades, merece ser destacado que durante os anos noventa se registraram em alguns países avanços para uma menor desigualdade de logro educativo na educação primária entre as crianças de domicílios de diferentes estratos socioeconômicos, ainda que estas continuem sendo consideráveis. Em alguns países os progressos em cobertura de matrícula e na diminuição da evasão escolar têm beneficiado proporcionalmente mais aos estratos médios e baixos. Com efeito, os indicadores de acesso, atraso e conclusão do ciclo registraram melhorias maiores entre as crianças do quartil mais pobre ou dos dois quartis mais baixos da distribuição de renda, que se traduziram numa redução das distâncias às crianças do estrato superior.

2 A repetição também aumenta os custos totais, dado que dificulta o cumprimento dos objetivos de programas sociais, como os de alimentação complementar na escola, que têm um alto custo por aluno.

3 Estas médias encobrem situações muito díspares entre países, o que obriga a interpretar as cifras com cautela, pois a repetência nos dois primeiros anos está determinada, entre outros factores, pelo regime e práticas de promoção e reprovação vigentes, que variam muito de um país a outro. Assim, uma diminuição do atraso escolar pode não dever-se a um aumento da eficiência educacional, mas à introdução de um sistema de promoção automática ou a uma avaliação menos estrita do rendimento escolar.

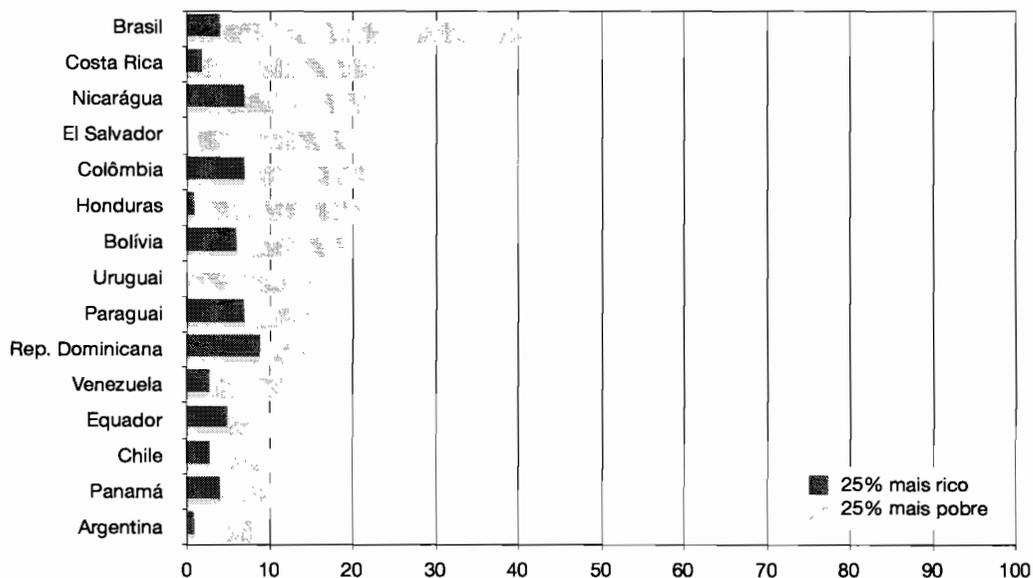
Gráfico II.22
**TAXA DE REPETÊNCIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DO PRIMÁRIO
 SEGUNDO ZONAS GEOGRÁFICAS
 1987**



Porcentagem de crianças de 9 anos de idade que estudam e não completaram pelo menos dois anos

Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

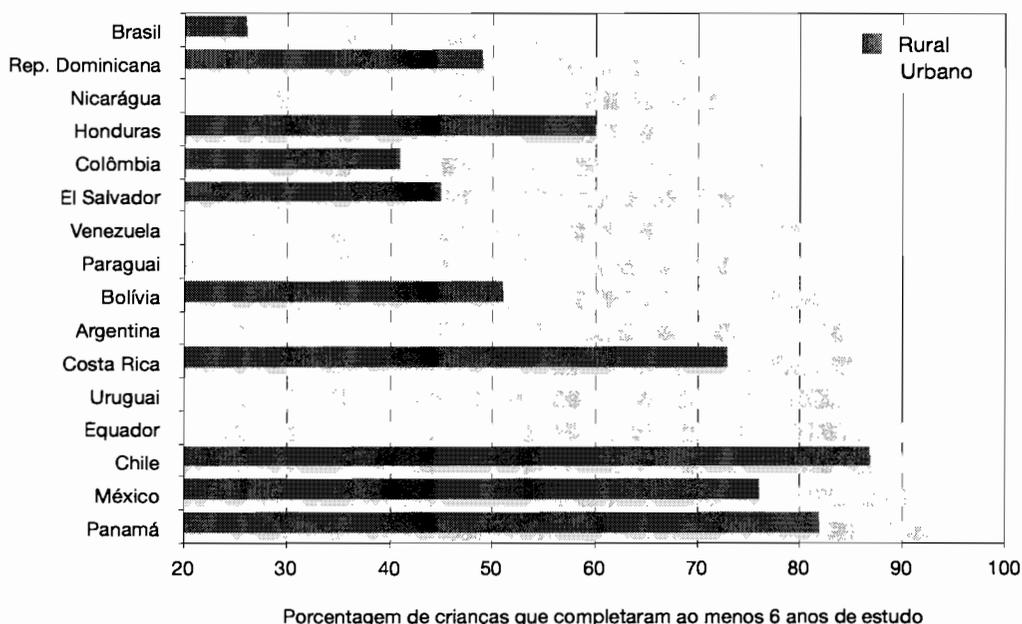
Gráfico II.23
**TAXA DE REPETÊNCIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DO PRIMÁRIO
 DE CRIANÇAS DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS
 Zonas urbanas, 1997**



Porcentagem de crianças de 9 anos de idade que estudam e não terminaram pelo menos 2 anos

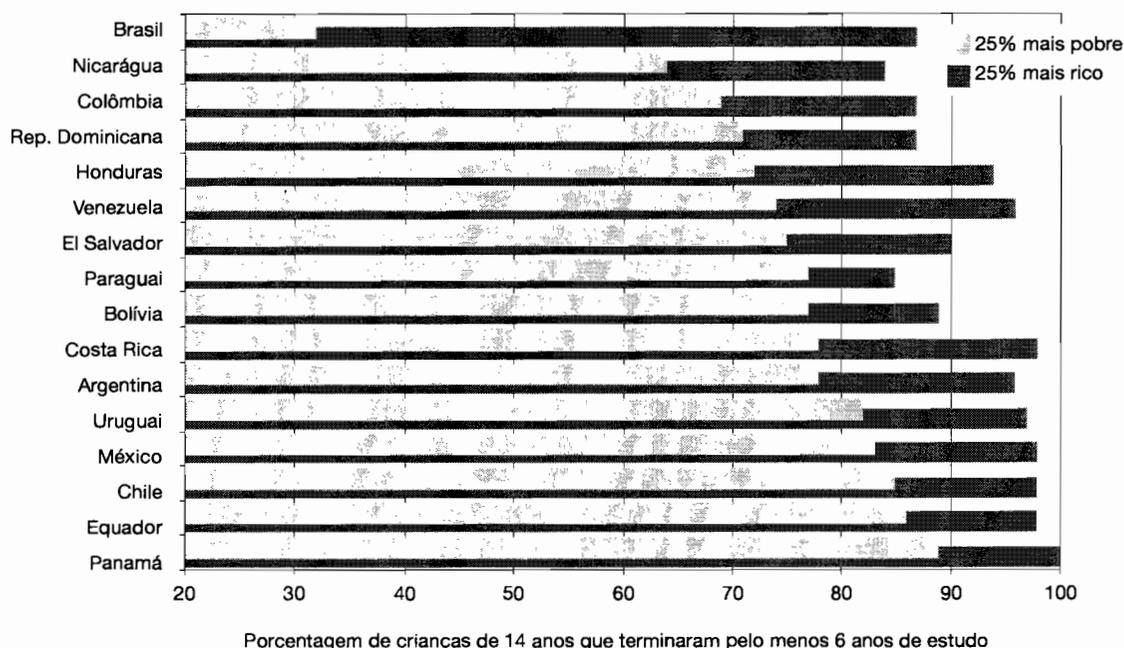
Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

Gráfico II.24
CONCLUSÃO DO PRIMÁRIO SEGUNDO ZONAS GEOGRÁFICAS, 1997



Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.18.

Gráfico II.25
CONCLUSÃO DO PRIMÁRIO DE CRIANÇAS DO 25% MAIS POBRE E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS, 1997
Zonas urbanas



Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, agosto, 2000. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.18.

6. Analfabetismo adulto

O analfabetismo adulto afetava em 1997 a cerca de 40 milhões de pessoas na Ibero-América. Entre 1990 e 1997, o índice de analfabetismo entre a população adulta da região se havia reduzido em 17 pontos percentuais, porém continuava comprometendo a 11% da população de 15 e mais anos de idade, persistindo enormes diferenças entre os países. Em 1990, 6 dos 21 países da região tinham índices de analfabetismo relativamente baixos (menor ou igual a 6%). Outros 8 países tinham analfabetismo médio (entre 7% e 15%), enquanto 7 países apresentavam taxas muito elevadas (entre 20% e 50%). Estas desigualdades entre países não diminuíram durante a década, e o nível de analfabetismo médio dos países mais afetados continua sendo quase seis vezes maior que o dos países de baixo analfabetismo (UNESCO/OREALC, 2001b).

Como o analfabetismo absoluto diminuiu na mesma proporção entre os três grupos de países, a desigualdade entre eles se manteve e a porcentagem de população afetada nos países com nível de analfabetismo mais elevado continua sendo quase seis vezes maior que o nível médio dos países de analfabetismo baixo.

Depois de quase uma década, vários países da região (Bolívia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, República Dominicana) mantêm taxas de analfabetismo superiores a 15%, enquanto outros (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Espanha e Uruguai) o reduziram a menos de 5%. Isto significa que na Ibero-América há países cujo nível de analfabetismo é comparável com o dos países mais desenvolvidos do mundo e outros onde mais de um terço da população adulta é analfabeta.

O analfabetismo absoluto é um problema que afeta em forma mais grave aos países mais pobres e com maior presença de comunidades indígenas. Também persistem diferenças significativas ao interior dos países, de modo que, mesmo naqueles com baixos níveis de analfabetismo na população total, a população afetada aumenta sensivelmente em relação à média nas zonas rurais, entre

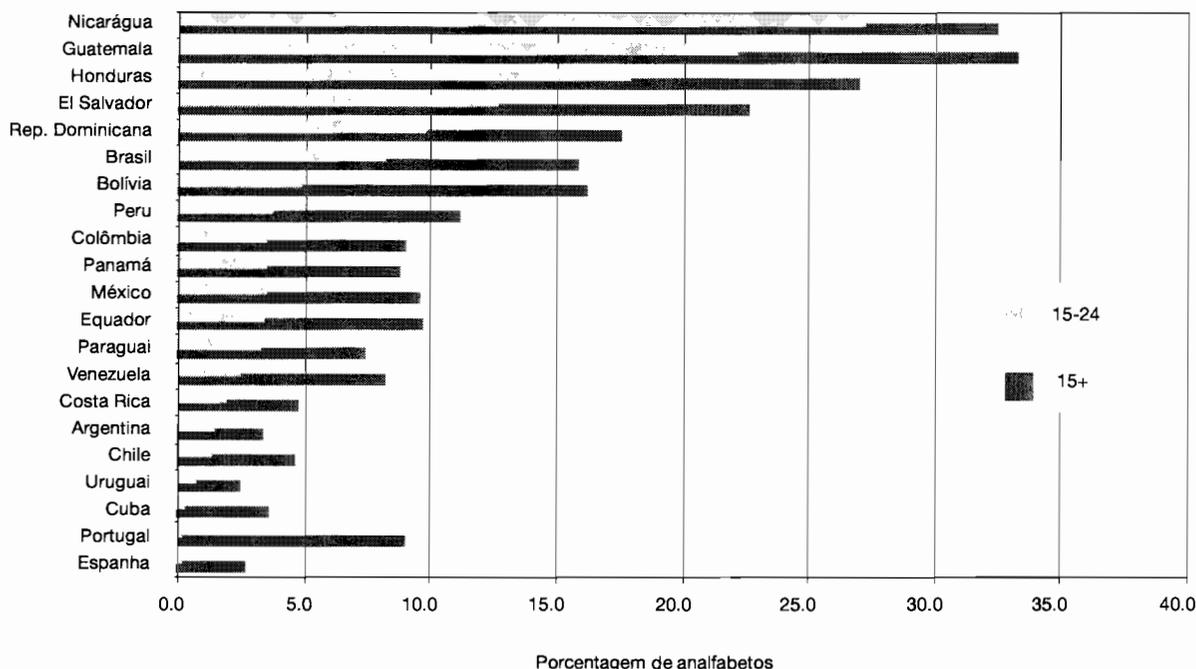
a população indígena, e especialmente entre as mulheres, que continuam sendo a maioria dos analfabetos na região (56% em 1997).

As diferenças por idade também são significativas e se agudizam entre as mulheres. Em todos os países a proporção de jovens analfabetos é menor que a de adultos, mas em alguns países ibero-americanos estas diferenças são sensivelmente menores. Se se comparam por exemplo a situação de Equador e Portugal, se constata que em ambos países praticamente 10% da população de 15 e mais anos de idade era analfabeta, porém no Equador cerca de 3% dos jovens era analfabetos, enquanto em Portugal este fenômeno praticamente não afetava aos jovens entre 15 e 24 anos de idade. Um caso extremo estaria representado por Nicarágua.

O balanço da educação nas duas últimas décadas na América Latina e no Caribe elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Cultura e as Ciências (UNESCO) (UNESCO/OREALC, 2000a) analisou as iniciativas dos governos para diminuir o analfabetismo na região e concluiu entre outros aspectos que:

- A intersectorialidade dos programas sociais para a redução do analfabetismo e a incorporação a eles das pessoas jovens e adultas são experiências isoladas antes que uma política generalizada e estável na maioria dos países da região.
- Existe uma tendência crescente a considerar que a melhor opção para resolver o problema do analfabetismo é garantir a educação básica da população em idade escolar, em vez de criar mais programas de educação para pessoas jovens e adultas. De fato, a educação de pessoas jovens e adultas tem recebido menos atenção por parte das políticas educativas, ficando em muitos casos fora dos processos de reforma educativa.

Gráfico II.26
**ANALFABETISMO ENTRE A POPULAÇÃO DE 15 E MAIS ANOS E
 ENTRE A POPULAÇÃO DE 15 A 24 ANOS DE IDADE**



Fonte: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Em síntese, as insuficiências que persistem no ano 2000 quanto ao logro educacional, põem em evidência que:

- a) o maior atraso educacional das crianças ao início do ciclo escolar nas zonas rurais representa um desafio importante para as políticas pertinentes, dado que às dificuldades de acesso dos que vivem em zonas isoladas se agregam, em muitos casos, os problemas vinculados a pertencer a minorias étnicas. Estas circunstâncias dificultam a universalização pela falta de escolas em geral e, mais especificamente, de escolas que respondam às particularidades culturais dos estudantes;
- b) o desafio nas zonas urbanas consiste em incorporar e manter na escola as crianças dos estratos pobres,

nos quais a desestruturação familiar, o menor valor outorgado à educação e outras condições adversas no domicílio de origem, tornam difícil e custoso elevar os níveis de acesso já alcançados. Este desafio, de universalizar a conclusão da educação básica, poderia parecer pouco exigente se se consideram as altas taxas de matrícula primária que mostram os registros administrativos, especialmente à luz dos requerimentos atuais em matéria de educação. No entanto, deve ser interpretado desde uma perspectiva nacional como um objetivo necessário cumprir tanto em zonas urbanas como nas rurais e em todos os estratos socioeconômicos. Naturalmente, o atraso das zonas rurais e dos grupos de menores rendas torna mais ambicioso este propósito nos países onde estas desigualdades são maiores.

Quadro II.1

BI-ALFA: UM MODELO DE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA PARA O BEM-ESTAR DA INFÂNCIA E A DEFESA DE SEUS DIREITOS

A Declaração de Panamá “Unidos pela infância e a adolescência, base da justiça e da equidade no novo milênio”, aprovada na Décima Cimeira Ibero-Americana a favor da Infância (Cidade de Panamá, 9 de Novembro do ano 2000), faz referência em seu artigo 12 à crescente preocupação dos governos centro-americanos pelo impacto dos conflitos armados vividos na passada década nas crianças e adolescentes. Por tanto, recomenda atender às seqüelas físicas e psicológicas derivadas destas situações, assim como às conseqüências da violência intrafamiliar que castiga, sobretudo, as famílias de escassos recursos que sofreram os conflitos armados e desastres naturais.

São os cidadãos adultos os primeiros que devem velar pelos direitos de crianças e adolescentes (direitos à saúde, à educação, à alimentação e sobretudo ao crescimento em harmonia familiar, longe da violência e dos trabalhos prematuros ou insalubres). Por isso, é preciso educar aos adultos nestas práticas e é muito difícil fazê-lo quando as altas taxas de analfabetismo constituem uma limitação fundamental nos países em vias de desenvolvimento. Neste sentido, os governos da América Central se encontram em pleno processo de posta em marcha de campanhas ou movimentos nacionais para reduzir as altas taxas de analfabetismo. Sua intenção, como governos, é ligar os conteúdos deste processo educativo de mulheres e homens adultos, à importância do

bem-estar das crianças e dos adolescentes.

Na Declaração de Panamá (Artigo 9: “Ações para a Equidade e Justiça Social”) os Chefes de Estado dos 21 países ibero-americanos reunidos, decidiram: “Continuar a promoção de nossas sólidas e ricas raízes culturais, costumes e tradições, com pleno respeito às especificidades e valores de cada país, pelo que avançaremos a uma educação integral, significativa e respeitosa da diversidade lingüística, étnica, cultural e da equidade de gênero, que coadjuve o desenvolvimento humano” (inciso b). BI-ALFA é um modelo inovador de alfabetização baseado na participação ativa da comunidade para conseguir que todos seus membros obtenham conhecimentos específicos em um processo de aprendizagem ativo que busca a toma de consciência e conseqüente câmbio de atitudes individuais e coletivas e, portanto, câmbios de conduta. O modelo foi validado e aplicado em ampla escala em contextos indígenas e camponeses latino-americanos: Bolívia, dirigido à população quechua dos Departamentos de Chuquisaca, Potosí e Cochabamba (1998-2002); Peru, com população quechua do Departamento de Huancavélica (2000-2004); Guatemala, nas comunidades lingüísticas mam e qánjobál do Departamento de Huehuetenango (2001-2004); Paraguai, Departamentos Caaguazú, San Pedro e Cordillera (2001-2004). Também foi aplicado, sem chegar a validar-se, com

população mapuche do Chile (1970) e da Argentina (1985-1986). O Projeto Regional de Bi-Alfabetização da CEPAL sobre temas produtivos, medio ambiente, gênero, saúde reprodutiva e outros, que recebe o auspício do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), Cooperação Italiana, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundação Ford e governos locais, se propõe aplicar seu modelo de participação comunitária no desenvolvimento de um “Programa de bi-alfabetização maia-castelhano em temas de proteção à infância, violência intrafamiliar e reabilitação de crianças e adolescentes afetados pelos conflitos armados” nos países centro-americanos de El Salvador (Morazán), Honduras (Olancho) e Guatemala (Huehuetenango).

Os países da América Central (em especial El Salvador, Guatemala e Honduras) são países multiétnicos e pluriculturais. Suas numerosas comunidades lingüísticas de origem maia, são as que registram as taxas mais elevadas de analfabetismo e os mais altos níveis de deterioração das condições de vida da infância e de subordinação das mulheres. Estas comunidades indígenas são também as que mais sofreram o impacto das guerras e dos desastres naturais. Paralelamente, são populações que reivindicam insistentemente o direito ao exercício de suas culturas e de suas línguas.

c) com relação ao objetivo anterior, a exigência para as políticas educacionais é dupla. Por uma parte, dado que as desigualdades se manifestam claramente já na idade em que deveriam completar-se os primeiros quatro anos de ensino, os esforços deveriam orientar-se não só a aumentar a proporção de crianças que concluem esse primeiro ciclo, mas também a melhorar a qualidade da educação e o acesso dos estudantes de todos os estratos. A medida que se elevam as taxas de cobertura de primária, cobra maior importância a adequação dos conteúdos didáticos, o melhoramento dos sistemas de medição de qualidade da educação e os esforços dirigidos a reduzir a evasão escolar, junto com os importantes atrasos em matéria de preparação e atendimento pré-escolar.

Por outra parte, aí onde persistam atrasos quanto à cobertura da educação básica nas zonas rurais e nos estratos de menores rendas, os esforços deveriam buscar tanto maior equidade no acesso como uma melhoria da qualidade da educação. Com relação à primeira destas metas, o estabelecimento de programas sociais de complementação alimentar e de saúde e, se estes já existem, sua avaliação e acompanhamento, deve ser um componente importante das políticas de igualação de oportunidades por seu positivo efeito no aprendizado, na medida em que permitem contrapor-se às carências do domicílio e melhorar os índices de retenção escolar.

Seção III

Novos desafios para a Agenda Social Ibero-Americana

1. O direito fundamental a um nome e uma nacionalidade¹

Nesta seção se examinam diversos problemas que afetam à infância e à adolescência da Ibero-América, e que constituem novos desafios para os governos. Ainda que estes problemas não sejam novos na região, é recente sua maior visibilidade, e necessitam ser abordados conjuntamente com os demais para poder outorgar um caráter integral às políticas para a infância e adolescência na região.

O direito à identidade integral, compreendido nos direitos a nome, nacionalidade e família, tem uma especial dimensão entre os direitos das crianças e inclui aspectos de tipo individual, familiar e social. O direito ao nome se formaliza plenamente mediante o registro civil. A certidão de nascimento é o documento que possibilita o exercício pleno da cidadania. Este registro também constitui a chave de acesso aos programas sociais em matéria de sobrevivência, desenvolvimento infantil e educação.

O direito à nacionalidade é importante para preservar a identidade coletiva do indivíduo frente à comunidade nacional com a que se identifica e à qual pertence. Isto lhe permite não só desenvolver sua identidade cultural, incluídos os elementos básicos de sua existência cotidiana, linguagem, cosmovisão e seus valores, mas constitui a base de sustentação jurídica e política dos direitos do indivíduo, como membro de uma nação.

1 Este parágrafo se apóia, dentre outros, em OPS/OMS, 2000b e UNICEF, 1998.

Em todas as Constituições nacionais dos países da região impera o critério *jus soli*, que implica o direito automático à nacionalidade das crianças nascidas no território de um país. Não obstante, nos países da Ibero-América anualmente um milhão de crianças, o que representa cerca de 10% do total dos nascimentos, deixam de ser inscritas (Instituto Interamericano del Niño, 1999). Mesmo que as cifras internacionais indiquem que o nível de inscrição em quase toda a região supera 90% do total de crianças nascidas anualmente, na maior parte dos países há um sério problema de subregistro devido a distintos tipos de exclusão social, dentre os quais se destacam os seguintes:

- Os níveis de registro são mais elevados nas cidades do que nas zonas rurais, e maiores para aquelas crianças que nascem em hospitais.
- Não existe informação fidedigna nem estimativas com relação ao número de crianças indocumentadas, ainda que se suspeite que se trata de um problema de grande magnitude, pois flutua, segundo o país, entre 10% e 50% das crianças.
- A falta de inscrição é mais alta nas populações indígenas e de origem afro-caribenho, e nas capas menos favorecidas da sociedade tanto em áreas rurais como urbanas, devido ao custo e à falta de informação sobre sua importância.
- Em países afetados atualmente ou no passado por conflitos armados que provocam deslocamentos de pessoas, a problemática em matéria de direitos humanos também tem vulnerado fortemente o direito à identidade.
- Em muitos casos o problema se agrava quando, tendo sido efetuada a inscrição, por problemas de tipo sociocultural, os nascimentos se registram com o rótulo de 'pai desconhecido', devido à irresponsabilidade paterna que viola o direito das crianças a serem reconhecidas por ambos progenitores e a conhecer e relacionar-se com ambos.

Quadro III.1 O REGISTRO DOS NASCIMENTOS

Atendendo à sua importância, o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança indicou como meta regional assegurar para o ano 2000 o registro e inscrição imediata de todas as crianças após seu nascimento, a fim de garantir seu direito a um nome, a adquirir uma nacionalidade, a conhecer seus pais e a ser cuidada por estes. Para isso destacou a necessidade de garantir e facilitar o processo administrativo de registro e inscrição imediata de todas as crianças depois de seu nascimento nos registros civis de todas as localidades.

Para acompanhar esta importante meta se definiu como indicador a

proporção de crianças até 59 meses de idade cujos nascimentos tenham sido registrados. Se considera a condição de registrado, quando é possível dispor de um certificado de nascimento que tenha qualidade de documento legal, e que freqüentemente constitui um requisito formal para ter acesso à escola, aos serviços de saúde e a muitos outros que garantem os direitos civis.

A meados da década de 1990, muitos países ibero-americanos estavam longe de alcançar o registro universal de nascimentos. Ainda que o registro de nascimento ultrapasse a 90% na maioria dos países da região, cada ano não se registram mais de 11

milhões de nascimentos. Quando não há um registro universal, as crianças não registradas se concentram entre os indígenas, refugiados e grupos imigrantes, e naqueles que vivem em zonas remotas.

Numerosos países têm incrementado significativamente suas taxas de registro de nascimento através de campanhas e capacitação sistemática de funcionários públicos; e alguns países melhoraram seus níveis de registro liberalizando suas leis de cidadania e procedimentos de registro de nascimentos. O seguinte quadro proporciona antecedentes acerca da magnitude de subregistro em países da região:

**NÍVEIS DE REGISTRO DE NASCIMENTO EM PAÍSES IBERO-AMERICANOS,
1994/1998**

90% ou mais	Entre 70% e 89%	Entre 50% e 69%
Argentina	Colômbia	Bolívia
Brasil	Panamá	Nicarágua
Chile	Paraguai	
Costa Rica	Peru	
Cuba		
El Salvador		
Espanha		
Guatemala		
Honduras		
Portugal		
Uruguai		

Fonte: Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-Fundo das Nações Unidas para a Infância (PROMUDEH-UNICEF), *Informe Regional de las Américas sobre los avances hacia las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia y los acuerdos regionales 1990-2000*, Lima, 2000.

A informação existente é incompleta e fragmentada, porém permite dar uma idéia da magnitude do problema. Estudos realizados em sete países da região (Bolívia, Equador, Brasil, México, Nicarágua, Panamá e Venezuela) indicam, por exemplo, que nesses países existem cerca de 34 milhões de pessoas —a maioria deles menores de idade— que carecem de registro civil de nascimento. Estas cifras superam amplamente os cálculos oficiais. Na Argentina, se estima que cerca de 35% da população carece de inscrição ou certidão de nascimento, sendo essa porcentagem muito mais alta nas populações indígenas. No México, segundo informes de 1998 da Subsecretaria de População e Serviços Migratórios, 5 milhões de mexicanos careciam de registro de nascimento e 10 milhões apresentavam alguma irregularidade nesse documento, sendo este problema ainda mais grave na população indígena e nos camponeses de áreas remotas. Na Nicarágua, segundo o Instituto de Estatística e Censos, a porcentagem de crianças não inscritas oscilava, a meados da década, entre 47% e 40%; estimando-se para 1998 sua redução para 36%. Na Colômbia, país que tem sido pioneiro em matéria de registro civil, este problema voltou a agudizar-se como resultado do conflito armado e o conseqüente deslocamento de grandes grupos de população (UNICEF, 2000b).

Alguns países têm intensificado os esforços para melhorar seus sistemas de registro e, em especial, para

lograr a inscrição de crianças em zonas rurais ou distantes das grandes cidades. Argentina e Equador, por exemplo, contam com funcionários itinerantes que outorgam certidões de nascimento. O Chile dispõe de uma moderna unidade de registro itinerante que está conectada através de computadores com o registro central na capital. Em países como Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, República Dominicana e Uruguai, os funcionários sanitários iniciam a tramitação do registro civil das pessoas nos próprios centros de saúde onde ocorrem os nascimentos. Na Costa Rica, dado o sério problema de indocumentação da população migrante, em 1998 se decretou um Regime de Exceção Migratória, que permite o acesso legal dos trabalhadores imigrantes e suas famílias aos serviços de saúde e educação, assim como a inscrição de seus filhos. Se estima que, como resultado do anterior, cerca de 175 mil pessoas se inscreveram nos registros de imigração. No Equador se organizaram brigadas móveis que inscrevem as crianças dos bairros pobres, e na Nicarágua se concentraram esforços em inscrever os filhos da população rural que migra às cidades e as crianças das localidades indígenas. Na Venezuela se experimentou um interessante processo de mobilização em torno ao direito das crianças à nacionalidade e ao nome. Na Bolívia, Honduras, Nicarágua e Peru, vêm se desenvolvendo programas de fomento ao registro civil de crianças e adolescentes indocumentados (UNICEF, 2000b).

Quadro III.2
LEI DE PATERNIDADE RESPONSÁVEL

Na Costa Rica, a Constituição Política estabelece o direito à identidade e o Código da Infância e da Adolescência ordena a emissão de um carnê de identidade para os menores de idade. O registro civil é imediato e automático no momento do nascimento, pois os centros de saúde e hospitais exercem funções de registro civil e mais de 90% dos partos são atendidos pelo sistema de saúde. No entanto, ao longo das últimas décadas vem aumentando um sério problema de identidade, relacionado com o fato de que no ano 2000 mais de 30% dos nascimentos a nível nacional foram inscritos com a etiqueta de 'pai desconhecido'. Para combater este problema aproveitando as atuais possibilidades tecnológicas, em março de 2001 foi aprovada a *Lei de Paternidade Responsável*, que torna obrigatório o uso de provas de

ADN para a determinação da paternidade. A lei operará da seguinte forma:

Na inscrição do nascimento de filhos tidos fora do matrimônio se consignarão a paternidade e a maternidade, se a declaração é feita, e assinada, pelas duas pessoas que se atribuem a qualidade de progenitores. Informando a mãe e em ausência de declaração do pai, ela poderá assinar a ata e indicar o nome do suposto pai. Neste ato a criança ficará inscrita com os sobrenomes da mãe. O suposto pai será citado mediante notificação, para que se manifeste a respeito dentro dos 10 dias úteis a partir da notificação, prevenindo-lhe que a não manifestação de oposição à paternidade assinalada dará lugar ao reconhecimento administrativo da filiação. Em caso que ao comparecer

não aceitar a paternidade do menor, se propiciará em forma gratuita à mãe, à criança e ao pai assinalado, um estudo comparativo de marcadores genéticos ante os laboratórios da Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) mediante o qual ficará definido se a filiação assinalada é correta. Se o suposto pai não comparecer ou se negar a efetuar a prova genética, procederá aplicar a suposição de paternidade e dará lugar a que assim se declare administrativamente e a criança fique inscrita com os sobrenomes de ambos progenitores, sempre e quando a mãe e a criança se tenham apresentado para realizar a prova. Essa declaração administrativa outorgará as obrigações legais próprias da paternidade.

Fonte: Governo da Costa Rica, "Inscripción de hijas e hijos habidos fuera del matrimonio", art. 54, *Ley de Paternidad Responsable*, San José da Costa Rica, abril de 2001.

2. Adoções

A instituição da adoção pode funcionar como via para conseguir uma família para uma criança que não a tenha, e se destaca o compromisso e dedicação de quase todos os pais e mães adotivos. O problema se apresenta quando esta instituição serve a interesses que não são os da infância.

O número de adoções internacionais na América Latina e o Caribe é altíssimo. Se indicam causas como a extrema pobreza; a falta de políticas públicas de apoio a

famílias pobres e o pouco valor social dado à mulher — como mulher e não exclusivamente como mãe; as poucas possibilidades de renda e desenvolvimento oferecidos às mulheres, os escassos e precários serviços de saúde para elas, nem sempre adequadamente controlados pelo Estado; e o pouco apoio da comunidade e de seus companheiros frente a uma gravidez.

Em geral, a legislação existente é escassa e distante dos princípios internacionais que pretendem regular as

adoções. A adoção em cartório, ainda que, em muitos casos, seja legal, permite muitas “irregularidades” e a possível concretização de grandes negócios econômicos, como o tráfico de crianças. Por sua vez, não existe um adequado controle das instituições e orfanatos onde se encontram crianças que podem ser declaradas em estado de adotabilidade; tampouco existem mecanismos de acompanhamento das crianças já adotadas e, portanto, se

desconhece se são mal tratadas ou não, ou se foram destinadas à prostituição ou inclusive ao tráfico de órgãos. Tampouco se exige o consentimento da criança ou adolescente. Atualmente o conceito subjacente à instituição da adoção é o de proporcionar um filho a pais, mais do que o de velar pelo interesse maior do menor, proporcionando-lhe pais idôneos.

3. Desafios prioritários na educação: educação na primeira infância

“Uma criança não cresce e se desenvolve no vazio mas em uma comunidade, uma cultura e um país. Os programas de desenvolvimento da criança na primeira infância mais eficazes são integrados e multidimensionais, e fomentam a boa saúde e a nutrição da criança e sua capacidade cognitiva, social e emocional” (UNICEF, 2001b).

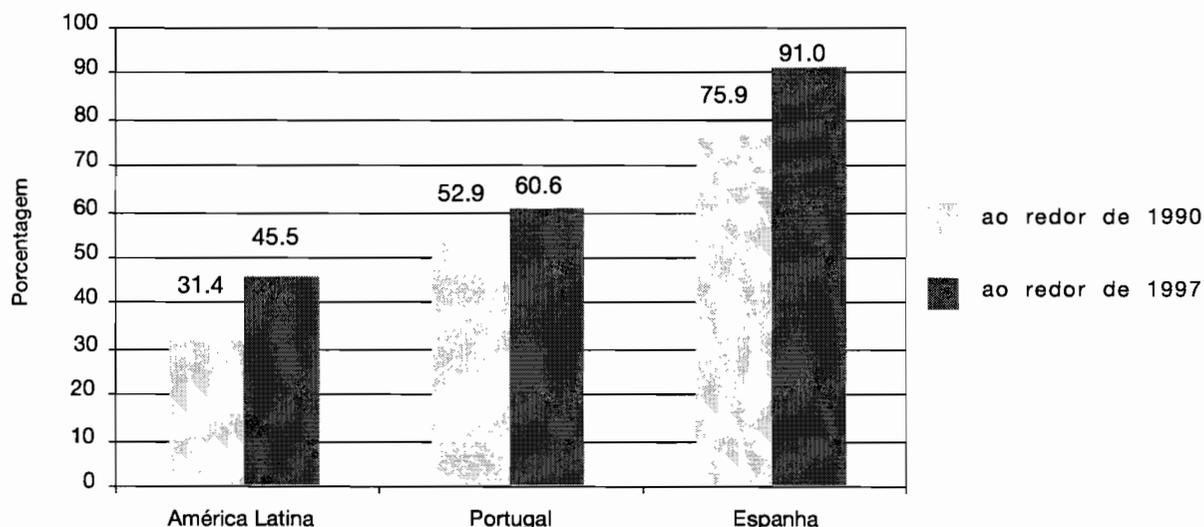
As características do desempenho quanto ao cuidado e socialização primária são para a criança definitórias de sua capacidade física, saúde mental, padrões de conduta, valores, expectativas e interesses, os quais determinarão em grande medida suas oportunidades de bem-estar futuro. A mãe é quem normalmente assume direta e permanentemente este papel; é ela a encarregada de assegurar a satisfação das necessidades básicas da criança: seu cuidado e proteção frente às condições ambientais e aos fatores de risco de mortalidade e morbidade; seu estado nutricional; sua estimulação psicomotora; o desenvolvimento da linguagem e de padrões de conduta adequados ao meio em que posteriormente se inserirá. De fato, é a instrução da mãe o fator mais diretamente vinculado à mortalidade e morbidade infantis.

O grau de eficiência no desempenho de tais tarefas por parte da mãe depende das características individuais desta, da situação de sua família e do meio social no qual se encontra inserta. A condição socioeconômica do domicílio onde vive a criança define as condições em que se desenvolve sua socialização primária, já que determina a disponibilidade de recursos, o acesso a serviços básicos e sua proteção.

O precário nível de educação das mães nos estratos pobres e, em geral, o deficiente clima educacional desses domicílios, é um dos fatores que mais negativamente incide nas oportunidades presentes e futuras das crianças. A fins da década passada, em 10 de 16 países ibero-americanos entre 40% e 50% das crianças em idade pré-escolar viviam em domicílios cuja mãe não havia completado a educação primária; nas zonas rurais da maioria dos países essa porcentagem flutuava entre 65% e 85% (CEPAL, 2000c, cap. V). A abundante evidência acerca do positivo efeito da preparação pré-escolar e da assistência a estabelecimentos educacionais em idades prévias ao ingresso à educação primária, assinala a necessidade de ampliar a cobertura e qualidade da educação na primeira infância.

A educação da primeira infância não chegou a ser considerada dentro das metas principais do Encontro Mundial de Cúpula pela Infância. A relevância do tema ficou, no entanto, assinalada na Conferência Mundial sobre Educação para Todos, celebrada em Jomtien, Tailândia, no mesmo ano do Encontro, que estabeleceu a idéia de que a educação começa com o nascimento, não com o início da educação primária, como tradicionalmente considerado. Neste aspecto a Declaração sobre Educação para Todos compromete os países a promover a sensibilização e a ativa participação das famílias e das comunidades na atenção e educação da primeira infância, com especial ênfase nas crianças em situação de maior vulnerabilidade.

Gráfico III.1
TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO INICIAL
(REFERIDA AO GRUPO DE 3 A 5 ANOS DE IDADE)



Fonte: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), *Anuário estatístico*, Paris, 1999; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte "Espanña: tasa neta de escolarización", Madrid, 2000.

O efeito destas declarações de caráter regional e internacional se reflete nas reformas educativas realizadas nos países e que, em muitos deles, incorporaram a idade de cinco anos como a obrigatória para o início da educação primária. Em outros países, mesmo sem caráter obrigatório foram alcançadas elevadas taxas de escolarização das crianças de cinco anos, como nos casos de Cuba, Chile e Espanha.

Quanto à oferta educativa, durante a década se registrou um significativo aumento na cobertura da educação inicial. No gráfico III.1, pode-se apreciar que as taxas de escolarização na educação inicial da população de 3 a 5 anos de idade aumentaram de 31.4% a 45.5% na América Latina, de 52.9% a 60.6% em Portugal e de 75.9% a 91.0% na Espanha. Na América Latina, estes aumentos de cobertura se concentraram nas zonas urbanas e nos estratos socioeconômicos altos. Apesar deste incremento, falta ainda um longo caminho para lograr uma oferta equitativa com qualidade.

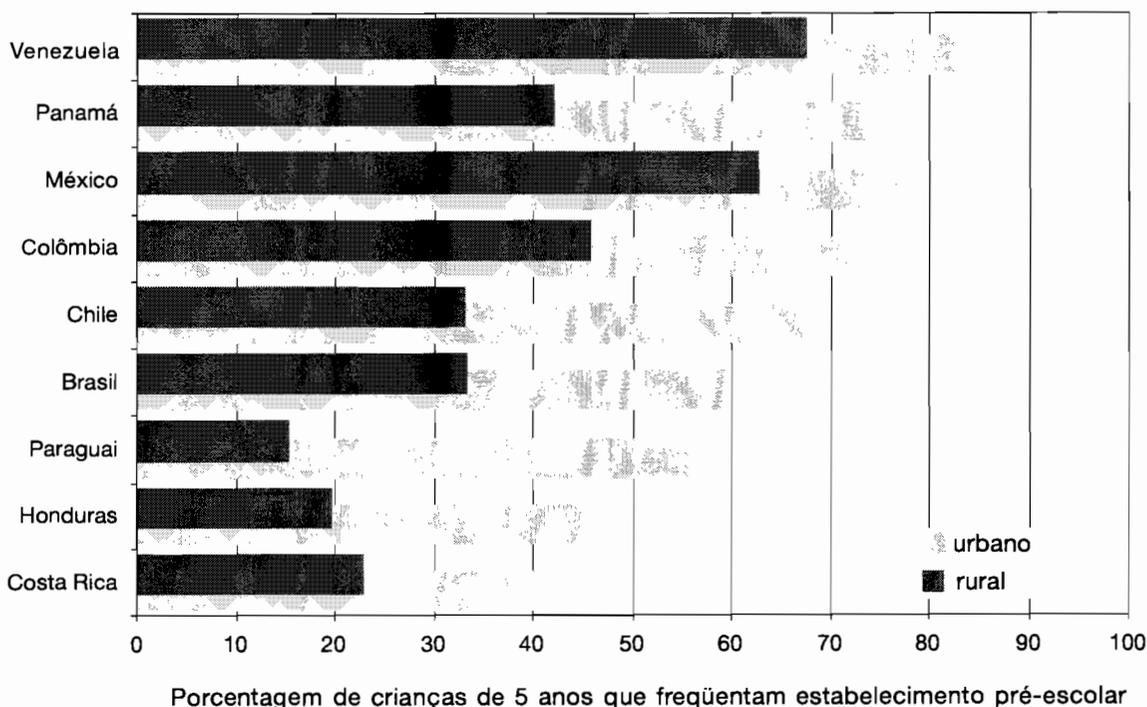
Efetivamente, nas zonas urbanas de 12 países a porcentagem de crianças matriculadas aos 5 anos de idade chegava a 59% entre as pertencentes aos 25% dos domicílios mais pobres; e se elevava a 86% nos 25% mais ricos. Não obstante, na primeira metade da década esta brecha se cerrou parcialmente: no quartil inferior a matrícula passou, em média, de 42% a 59%, enquanto no quartil superior o aumento foi um pouco menor: de 74% a 86% (ver gráfico III.3).

As principais barreiras para lograr as metas de proteção e educação da primeira infância são o escasso financiamento e a falta de formação do pessoal envolvido. O financiamento desta etapa educativa é ainda muito baixo. A oferta universal de uma atenção adequada desde o nascimento é uma tarefa urgente para prevenir as dificuldades de aprendizagem e melhorar a qualidade e eficiência dos sistemas educativos (UNESCO-OREALC, 2001a).

Tanto a Declaração do Panamá como o Marco de Ação de Dacar Educação para Todos, comprometem os países a brindar educação inicial com equidade e qualidade para o ano 2015, aumentando a cobertura e oferecendo progressivamente mais serviços educativos para o cuidado e preparação das crianças de 3 a 5 anos de idade,

fortalecendo a participação e a formação das famílias e comunidades, articulando iniciativas e programas coordenados por diferentes agentes e melhorando a qualidade dos programas da primeira infância, especialmente aqueles dirigidos aos grupos mais vulneráveis.

Gráfico III.2
**ASSISTÊNCIA PRÉ-ESCOLAR AOS 5 ANOS
 SEGUNDO ZONAS GEOGRÁFICAS
 1994/1997**



Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

Quadro III.3

QUANTO MAIS CEDO SE APRENDE, MELHOR

As crianças que assistiram a pré-escolares antes dos quatro anos, que moram com seus pais biológicos e cujas mães completaram mais de nove anos de educação formal, têm maiores possibilidades de ser promovidas e de obter melhores notas que as outras crianças da sua geração. "Incidência de la educación inicial, de las características del hogar y de la escuela en los resultados de los alumnos de primer año de escuelas públicas de Montevideo", estudo elaborado por Rubén Tansini, do Departamento de Economia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade da República, Uruguai. O estudo examinou o efeito de distintos fatores no rendimento das crianças no primeiro ano do ciclo primário mediante um modelo probabilístico que inclui, entre outras variáveis, a idade na qual o menor começou a estudar, a composição da família, a existência de livros no domicílio, a educação da mãe, o nível de inassistência e de haver contado

com professoras suplentes ou titulares. Uma de suas principais conclusões é que *as crianças que se iniciam em forma antecipada na escola, em particular as que combinaram pré-escolar público e particular, têm maior probabilidade de obter a promoção do que as que não o fizeram.* Ainda, as crianças que iniciaram sua educação a idade inferiores obtiveram melhores notas e menores taxas de repetência que as que o fizeram em forma tardia ou não assistiram a pré-escolar.

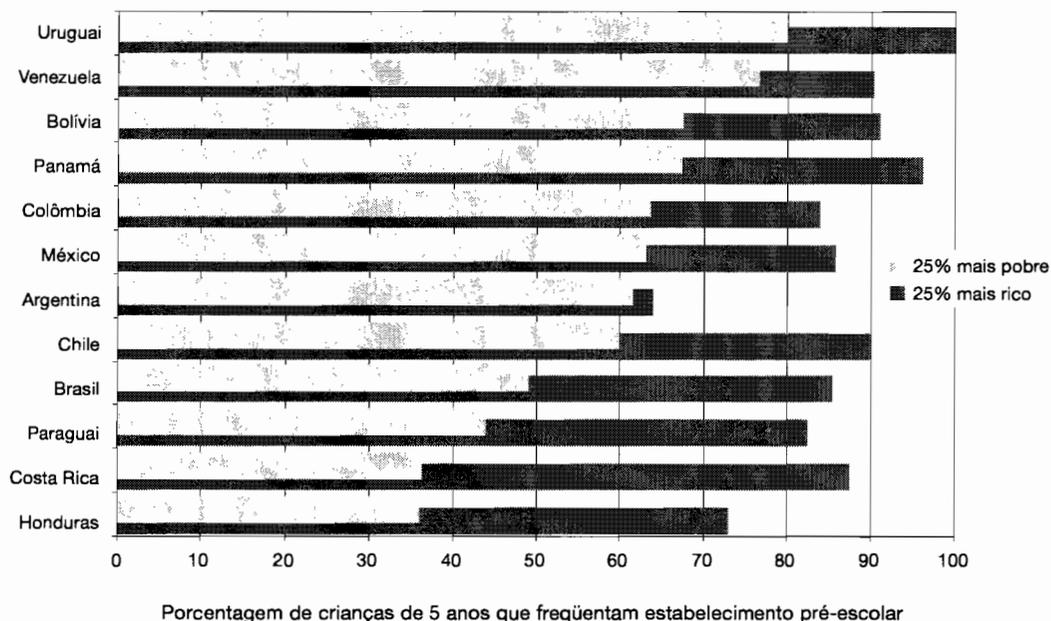
Entre os alunos que começaram o pré-escolar antes dos três anos, entre 42% e 36% foram promovidos ao segundo ano do ciclo primário com a qualificação mais alta MB (Muito Bom), e entre aqueles que o fizeram aos cinco anos, cerca de 14% obtiveram MB. Entre as crianças que não freqüentaram pré-escolar essa porcentagem é só de 3%. Por isso, um dos aspectos mais relevantes da reforma de ensino iniciada em 1995

no Uruguai é, segundo este estudo, o objetivo da universalização da educação inicial às crianças de 4 e 5 anos de idade.

Os resultados que obtêm as crianças estão influenciados também por fatores socioeconômicos do domicílio, pela escola e pelos provenientes do contexto no qual a criança se desenvolve. Tanto o contexto socioeconômico da escola como o "capital cultural do domicílio" exercem uma influência muito importante no rendimento dos alunos. Com efeito, se constatou que a taxa de repetência decresce com o aumento do número de livros no domicílio, enquanto se incrementa a proporção de crianças promovidas com notas mais altas. Os resultados indicaram, ademais, que as crianças com maiores probabilidades de resultar promovidas são aquelas que vivem com a mãe e o pai biológicos, probabilidade que se incrementa se a mãe tem educação primária completa.

Fonte: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), "América Latina e Portugal: taxas brutas de escolarização", *Anuário estatístico da UNESCO*, Paris, 1999; Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), "Insumos demográficos para el sector educacional: América Latina, población en edad escolar, edades simples y años calendarios 1980-2000", *Boletín Demográfico*, ano 23, Nº 46 (LD/DEM/G.92), Santiago do Chile, 1990 e "América Latina: población por años calendario y edades simples, período 1995-2005", *Boletín demográfico*, ano 30, Nº 60 (LC/DEM/G.170), Santiago do Chile, 1997; e Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, "España: tasa neta de escolarización", Madrid, 2000.

Gráfico III.3
ASSISTÊNCIA PRÉ-ESCOLAR AOS 5 ANOS ENTRE CRIANÇAS DO 25% MAIS POBRE
E DO 25% MAIS RICO DOS DOMICÍLIOS
Zonas Urbanas, 1994/1997



Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

4. Qualidade da educação

Na década de 1990, a maior parte dos países ibero-americanos muda sensivelmente o foco de atenção das políticas públicas em matéria de educação. Emerge com maior força a preocupação pela qualidade e pela equidade da educação, como consequência da grande expansão lograda nos anos oitenta em relação à cobertura do ciclo primário (esta alcança em geral níveis que superam 90%, acompanhados em quase todos os países de ofertas próximas a 100%) e a constatação, concomitante, de pronunciadas desigualdades quanto à qualidade da educação à que acessam as crianças de diferentes origens socioeconômicas.

Esta preocupação passa pela instrumentalização de um conjunto de estratégias que busca incidir nos níveis de qualidade da educação. Entre estas se destacam os processos de reforma educativa, cujos eixos principais se relacionam com a modernização da gestão da educação, manifestada em políticas de descentralização que pretendem acercar aos níveis regionais e aos mesmos centros educativos, o melhoramento das capacidades de autogestão e de incorporar ao currículo suas próprias particularidades. A reformulação curricular incorpora aos conteúdos temas transversais como democracia, ecologia, saúde, gênero e cultura de paz. Outro eixo importante destes processos de reforma é a instrumentalização de

mecanismos de planejamento, que permitem a discriminação positiva como um meio para a aplicação de recursos e apoios à educação para os setores mais necessitados, e a redução da inequidade na prestação dos serviços educativos entre estratos sociais.

Também, são gerados projetos específicos, quase sempre com apoio financeiro do Banco Mundial ou do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), orientados à educação primária, como a dotação gratuita de livros de texto, bibliotecas escolares, material didático, expansão do nível de educação pré-escolar e apoios econômicos para o desenvolvimento de projetos escolares que atendam às particularidades próprias de cada centro escolar.

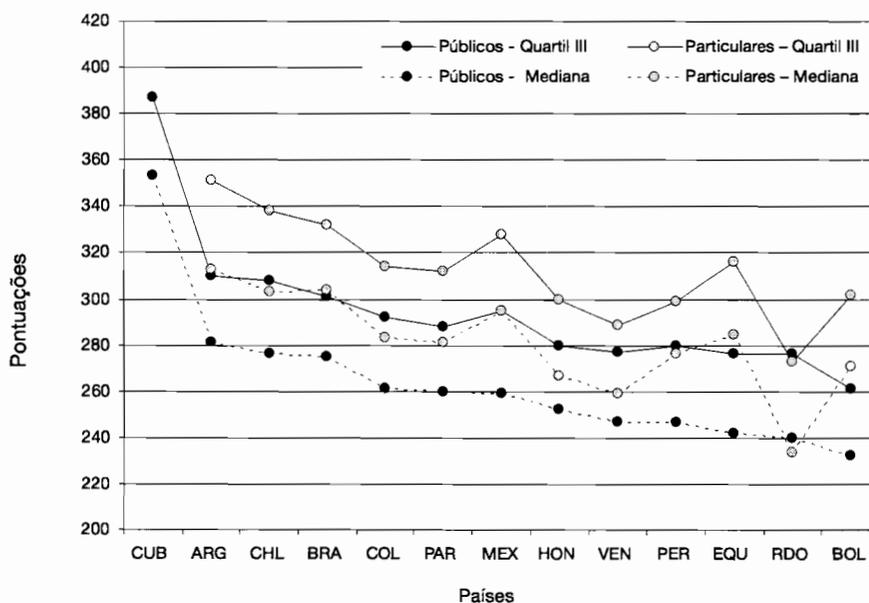
Destacam também outros componentes relacionados com a gestão institucional do setor educativo, tais como a modernização dos processos de coleta, processamento e difusão da informação estatística do setor, acompanhada de um esforço regional por normatizar, melhorar e atualizar a informação estatística do setor educativo a

nível regional, constituído pelo Projeto Regional de Indicadores Educativos (PRIE), que inclui a instalação de *sistemas nacionais de medição, monitoramento e avaliação da qualidade da educação*, a partir do rendimento escolar manifestado mediante a aplicação de provas padronizadas, geralmente referidas ao domínio da linguagem (leitura) e da matemática (cálculo básico), complementadas com a pesquisa paralela dos fatores que se associam aos rendimentos observados.

Neste mesmo sentido, na região se criou o Laboratório Latino-Americano de Avaliação da Qualidade Educativa (LLECE), que constitui a rede dos sistemas de avaliação da qualidade de 16 países ibero-americanos. As primeiras evidências aportadas pelo Laboratório indicam que, com exceção de um só país —Cuba²—, os resultados apresentados em rendimento escolar se encontram abaixo das médias internacionais e geralmente próximos às pontuações mais baixas observadas, como se aprecia no quadro III.1.

Gráfico III.4

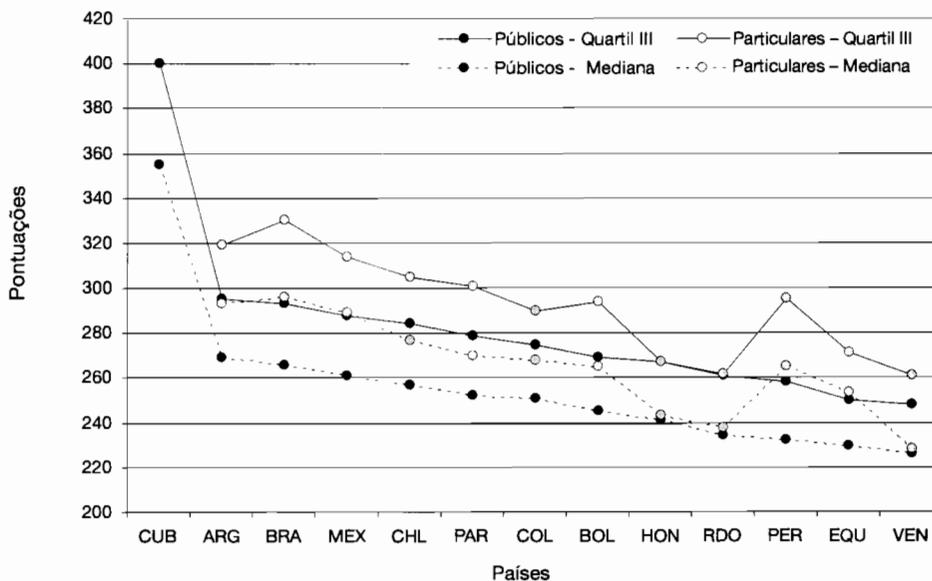
PONTUAÇÃO MEDIANA E DO PERCENTIL 75 EM PROVAS PADRONIZADAS DE ALUNOS DE QUARTO ANO EM ESTABELECIMENTOS EDUCACIONAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, LINGUAGEM



Fonte: Laboratório Latino-Americano de Avaliação da Qualidade Educativa (LLECE), Oficina Regional de Educação da UNESCO para a América Latina e Caribe (OREALC).

2 Um estudo comparativo realizado em 1998 com alunos de terceiro e quarto ano em 11 países da América Latina, comprovou que as crianças cubanas obtiveram resultados apreciavelmente superiores às de outros países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Honduras, México, Paraguai, República Dominicana e Venezuela) —350 pontos frente a uma média de 250— em matemática e idioma- castelhano ou português (UNICEF, 2001b).

Gráfico III.5
PONTUAÇÃO MEDIANA E DO PERCENTIL 75 EM PROVAS PADRONIZADAS DE ALUNOS DE QUARTO ANO EM ESTABELECIMENTOS EDUCACIONAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, MATEMÁTICA



Fonte: Laboratório Latino-Americano de Avaliação da Qualidade Educativa (LLECE), Oficina Regional de Educação da UNESCO para a América Latina e Caribe (OREALC).

Se detectaram, ademais, rendimentos diferentes de acordo ao lugar de residência dos alunos (cidades de mais de 1 milhão de habitantes, zonas urbanas de menos de 1 milhão de habitantes e mais de 2 500 habitantes e zonas rurais de menos de 2 500 habitantes), e segundo o caráter público ou particular das escolas. As importantes diferenças de rendimento tendem a reduzir-se ou desaparecer quando as comparações se fazem entre crianças provenientes de grupos de população com iguais características familiares, ou quando estiveram expostas a processos pedagógicos similares.

Ao comparar as pontuações obtidas nas provas-padrão de linguagem e matemática pelos alunos do quarto ano básico das escolas públicas e particulares, as pontuações medianas e as correspondentes ao percentil 75 no conjunto de países revelam diferenças notáveis, com pontuações significativamente mais elevadas para as crianças das escolas particulares.

As variáveis que mais incidem nos rendimentos escolares nos países da região que participaram no estudo

permitiram delinear um perfil da que poderia ser considerada uma “escola ideal”:

- A biblioteca conta com materiais instrutivos e livros em quantidade e qualidade suficiente.
- Os docentes têm formação inicial pós-secundária, consideram sua remuneração adequada e se dedicam a ensinar em uma só escola.
- Os docentes percebem que os resultados positivos de seus alunos ou seu fracasso dependem em boa medida dos próprios alunos.
- Se incorpora a prática formal da avaliação de desempenho dos alunos.
- Se privilegia a heterogeneidade, não agrupando os alunos segundo nenhum critério homogêneo.
- Se procura na aula um ambiente adequado que propicie o respeito e a convivência harmônica entre os alunos.
- Os pais participam nas atividades da comunidade escolar.

Quadro III.1
**POSIÇÃO RELATIVA DOS PAÍSES IBERO-AMERICANOS EM ESTUDOS INTERNACIONAIS
 DE QUALIDADE DA EDUCAÇÃO**

Estudo	Países participantes	Países ibero-americanos	Posição relativa
LABORATÓRIO 1997 ^a	13	13	As pontuações médias do país Nº 1 distam entre 1.5 e 2.0 desvios-padrão dos 12 restantes
TIMSS 1996 ^b	41	3	31, 37 e 40
TIMSS 1999 ^b	38	1	35
IALS 1998 ^c	22	2	19 e 22
IALS 1998 ^d	22	2	21 e 22

Fuente: Laboratorio Latino-Americano de Avaliação da Qualidade da Educação (LLECE), Asociación Internacional de Evaluación del Rendimiento (IEA), TheThird International Mathematics and Science Study (TIMSS) e Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE), "Encuesta Internacional sobre Alfabetización de Adultos" (IALS). ([http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/3d span.pdf](http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/3d_span.pdf)), 2001.

^a Linguagem e matemática, 3° e 4° anos.

^b Matemática 8° ano.

^c Habilidades em alfabetismo em jovens de 16 a 25 anos de idade.

^d Habilidades em alfabetismo em adultos de 26 a 65 anos de idade.

O anterior assinala os âmbitos nos quais é necessário realizar esforços para elevar a qualidade da educação na região e a urgente necessidade de que os ministérios de educação empreendam políticas que melhorem substancialmente os parcos resultados obtidos no ciclo primário pelas crianças da região.

Com este objetivo, os países latino-americanos e Espanha, junto com os países do Caribe de língua não-espanhola, revisaram o estado de situação da educação e seu comportamento nos últimos 20 anos, na Sétima Reunião Regional de Ministros de Educação

(Cochabamba, Bolívia, 5 a 7 de março de 2001), no marco do Projeto Principal na Esfera da Educação na América Latina e Caribe (PROMEDLAC). Nela ratificaram a vontade política dos Estados de superar as limitações e debilidades que até agora se observam em matéria de qualidade da educação, para o que propuseram a constituição de um novo Projeto Principal, que recolha as recomendações emanadas dessa reunião, o que foi encarregado à Oficina Regional de Educação da UNESCO para a América Latina e Caribe (OREALC), e estabeleceram objetivos para os próximos 15 anos.

5. O atraso educacional entre os adolescentes

Não obstante a importância dos avanços na cobertura de educação básica, a dinâmica interna do sistema educativo há tido pouca conexão com a evolução do sistema produtivo e com as transformações que experimentaram a maioria das sociedades ibero-americanas. Como regra geral, não se incorporaram aos programas de estudo e às práticas escolares conteúdos que respondam às demandas da economia e do exercício pleno da cidadania, o que se reflete na debilidade dos sistemas de capacitação e nos anacronismos em matéria de conteúdos e modelos de aprendizagem. Assim, a

demanda que nasce do desafio da competitividade, ligada à necessidade de expandir os níveis médio e superior do sistema educacional, não tem sido satisfeita

Na educação primária, a região ostenta elevadas taxas de cobertura. Porém, enquanto no ensino secundário os países desenvolvidos têm uma cobertura quase total e próxima à metade na terciária, os da região — com exceção da Espanha e Portugal — estão distantes de alcançar esses níveis.

Quadro III.2
TAXAS BRUTAS DE ESCOLARIDADE POR NÍVEL DE ENSINO, 1996

Continentes, grandes regiões e grupos de países	Nível de ensino								
	Primário			Secundário			Superior		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Países em desenvolvimento	100.0	105.8	93.8	50.4	55.1	45.3	9.6	11.1	8.1
Ibero-América	108.6	109.1	106.3	64.1	60.1	65.8	23.1	21.5	23.5
Países desenvolvidos	103.0	102.8	103.2	100.3	98.8	101.8	50.5	46.8	54.4

Fuente: CEPAL, *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071/Rev.1-P), Santiago do Chile, 2000. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.81 e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), *World Education Report, 2000. The Right to Education: Towards Education for All Throughout Life*, apêndices II e III, Paris, 2000.

A medida que os países da região progrediram em matéria de logros educativos da população, se foi produzindo um processo de desvalorização educativa, que tem significado menores retribuições no mercado laboral frente a maior média de anos de escolaridade do conjunto da sociedade, devido às atuais exigências de capacitação para acessar ao emprego. Atualmente, os anos de instrução formal requeridos para contar com altas probabilidades de evitar a pobreza oscilam entre 10 e 12 anos, segundo o perfil educacional de cada país (ver quadro III.3). Por isso, a medida que se faz necessário avançar na ampliação da cobertura do ensino secundário aumentam também as exigências do mercado de trabalho quanto a anos de escolaridade daqueles que ingressam a ele.

Estas considerações mostram que, se se pretende elevar os níveis de competitividade dos recursos humanos, e que a maior parte da população conte com suficientes anos de escolaridade como para poder aspirar a melhores opções de mobilidade ocupacional e bem-estar social dos jovens no futuro, ainda é necessário avançar substancialmente em matéria de logros educativos na região, concretamente na escolaridade correspondente à educação secundária e terciária. Os principais desafios no campo educacional são os seguintes:

a) Dar continuidade educativa. O desafio é lograr avanços importantes em matéria de permanência dentro do sistema educacional, com vistas a chegar dentro dos

prazos mais breves possíveis a uma cobertura universal da educação secundária.

b) Aumentar decididamente a qualidade da educação. Isso implica continuar avançando em ferramentas de diagnóstico, como as provas de medição de qualidade, para dar maior pertinência a futuras intervenções; empreender ações para atualizar estilos de aprendizagem e de ensino; dotar as escolas de um suporte informático para transmitir novas destrezas; melhorar os conteúdos curriculares, os salários e a capacitação docente; aumentar o horário escolar e dotar as escolas de maior infraestrutura.

c) Outorgar maior igualdade de oportunidades educativas. O acesso a uma educação de qualidade continua sendo muito segmentado por estratos socioeconômicos. É necessário que as reformas educativas ponham ênfase na igualação de oportunidades de acesso a uma educação de melhor qualidade, e garantam aos setores mais carentes uma oferta educativa que lhes permita permanecer mais tempo no sistema, adquirir formação oportuna e contar com maiores opções de mobilidade sócio-ocupacional.

Quadro III.3
ANOS DE EDUCAÇÃO NECESSÁRIOS PARA TER BOAS
PROBABILIDADES DE NÃO CAIR NA POBREZA
(Áreas urbanas)

País	Ano	Anos de educação	Renda média em valores da linha de pobreza	Porcentagem de não pobres
Argentina	1997	12-14	7.5	95
Brasil	1996	10-11	7.1	92
Chile	1998	12-14	6.3	91
Colômbia	1997	12-14	4.8	87
Costa Rica	1997	13-14	8.1	96
Equador	1997	12-14	4.1	70
El Salvador	1997	11-12	5.9	89
Panamá	1997	12-14	7.0	93
Paraguai	1996	12-14	4.9	88
Rep. Dominicana	1997	13-14	6.2	88
Uruguai	1997	10-11	6.1	98
Venezuela	1994	13-14	4.1	79

Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países

O investimento educacional oportuno, suficiente e de qualidade, é econômica e socialmente mais conveniente. Este investimento realça o desenvolvimento cultural e social dos jovens e complementa as atividades realizadas em outros âmbitos, como a educação para o cuidado da saúde e a educação sexual, e contribui também a melhorar o clima educacional dos domicílios e sua capacidade de socialização.

A possibilidade de que um grupo crescente de jovens complete a educação secundária eleva a competitividade sistêmica do conjunto da sociedade, ou seja, sua capacidade para centrar o valor agregado na incorporação de progresso técnico e, cada vez mais, no uso intensivo da informação e do conhecimento.

6. Alguns problemas na adolescência

A *adolescência* é uma etapa com limites imprecisos que em geral compreende uma fração importante do segundo decênio da vida das pessoas. Seu início está vinculado a processos da puberdade, devidos à mudanças hormonais que gatilham significativas modificações fisiológicas e corporais —crescimento, mudança de voz, desenvolvimento genital, menarquia, e outras—, acompanhadas de poderosas mutações psicossociais. Seu término se relaciona com a finalização da etapa de capacitação básica para a vida social (o ensino escolar), após a qual se assumem novos papéis diferentes dos adultos e, em geral, marcados pela busca e consolidação da independência que são mais próprios da juventude. A adolescência, como fenômeno cultural e psicossocial, é uma condição moderna difícil de enfrentar adequadamente com marcos sociovalóricos tradicionais deficitários quanto à oferta de oportunidades.

Menarcas precoces, matrimônios mais tardios, transformações diversas nas formas que adota a vida familiar, consolidação de um mercado de bens e serviços dirigido aos adolescentes e crescente participação deles em eventos violentos (acidentes automobilísticos, brigas de gangues) ou ilegais (quadrilhas criminais, consumo de drogas), têm contribuído a redobrar a atenção para este grupo da população.

Ao contrário do que ocorre com as crianças, a mortalidade dos adolescentes ibero-americanos é causada principalmente por acontecimentos violentos: acidentes, homicídios e suicídios, que explicam em média 40% das mortes nestes grupos de idade. Além de suas conseqüências éticas e da perda econômica que representa, estes eventos têm enormes conseqüências psicossociais: por cada criança ou adolescente que morre por acidente ou violência, 15 ficam gravemente afetados e outros 30 a 40 sofrem danos que exigem tratamento ou reabilitação médica ou psicológica. Os acidentes de trânsito são a principal causa de morte violenta dos adolescentes ibero-americanos e clamam por políticas de prevenção muito mais sólidas que as atuais. As mortes em desastres de trânsito —como em muitos outros tipos

de acidente— são violações do direito à vida que a comunidade internacional considera homicídio negligente, pois existem precauções individuais e sociais que permitem evitá-las. Os acidentes de trânsito são causa de 16% de todas as mortes de crianças entre 5 e 14 anos e de 20% dos falecimentos dos menores de 19 anos (UNICEF-OMS, 1995). Os homicídios são particularmente importantes na Colômbia, onde respondem por 54% das mortes para este grupo de idade, enquanto no Equador só chega a 11%.

Em geral, tanto os homicídios como os suicídios apresentam taxas de incidência muito maiores nos homens jovens que nas mulheres, para as quais a gestação e suas complicações constituem uma das principais causas de morte. Depois das mortes por acidente, homicídio e suicídio, os tumores cancerígenos constituem a quarta causa de morte nos adolescentes entre 15 e 19 anos, seguidos por enfermidades transmissíveis e cardiovasculares.

Por isso, ainda que a saúde dos adolescentes seja um elemento chave para o progresso social, econômico e político de todos os países, suas necessidades e direitos não têm notoriedade nas agendas do setor saúde nem nas políticas públicas, exceto quando sua conduta é percebida como inadequada.

Finalmente, os problemas de sobrepeso e obesidade e, em menor medida, os de anorexia e bulimia, coexistem com os problemas de desnutrição expressados através do atraso no crescimento. A obesidade tem implicações sobre a diabetes tipo II, a hipertensão e outras enfermidades crônicas e emerge como um problema maior na região. A obesidade tem deixado de ser uma manifestação de setores de altas rendas da população para passar a constituir uma nova expressão da pobreza, produto de uma inadequada composição da dieta alimentar e dos deficientes estilos de vida (Peña e Bacallao, 1999). A prevalência de obesidade nas mulheres mostra diferentes perfis segundo os estudos realizados na região, tal como demonstra o quadro III.4.

Isto mostra a necessidade, enfatizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de avançar desde uma visão dos problemas de saúde centrada exclusivamente na mortalidade e suas causas, e na atenção eminentemente curativa destas causas, a um enfoque centrado também naqueles problemas de saúde que, sem chegar a ser causa direta da morte, têm um claro impacto nas condições de vida da população, em suas capacidades e em sua

qualidade. Estes problemas podem chegar a ter um efeito pessoal e social muito significativo, e dado que o tratamento curativo de suas conseqüências na idade adulta e na terceira idade pode ser complexo e de altíssimo custo, as possibilidades de preveni-los mediante mudanças nos hábitos de vida —alimentação, exercícios, qualidade ambiental— resultam relativamente simples e baratas.

Quadro III.4
OBESIDADE EM MULHERES (15-45 ANOS)

País (Ano)	Obesidade %
Bolívia (1994)	16.8
Brasil (1996)	19.8
Colômbia (1995)	21.6
Guatemala (1995)	23.3
Honduras	17.9
México (1987)	18.7
Peru (1996)	20.0
República Dominicana (1996)	22.8

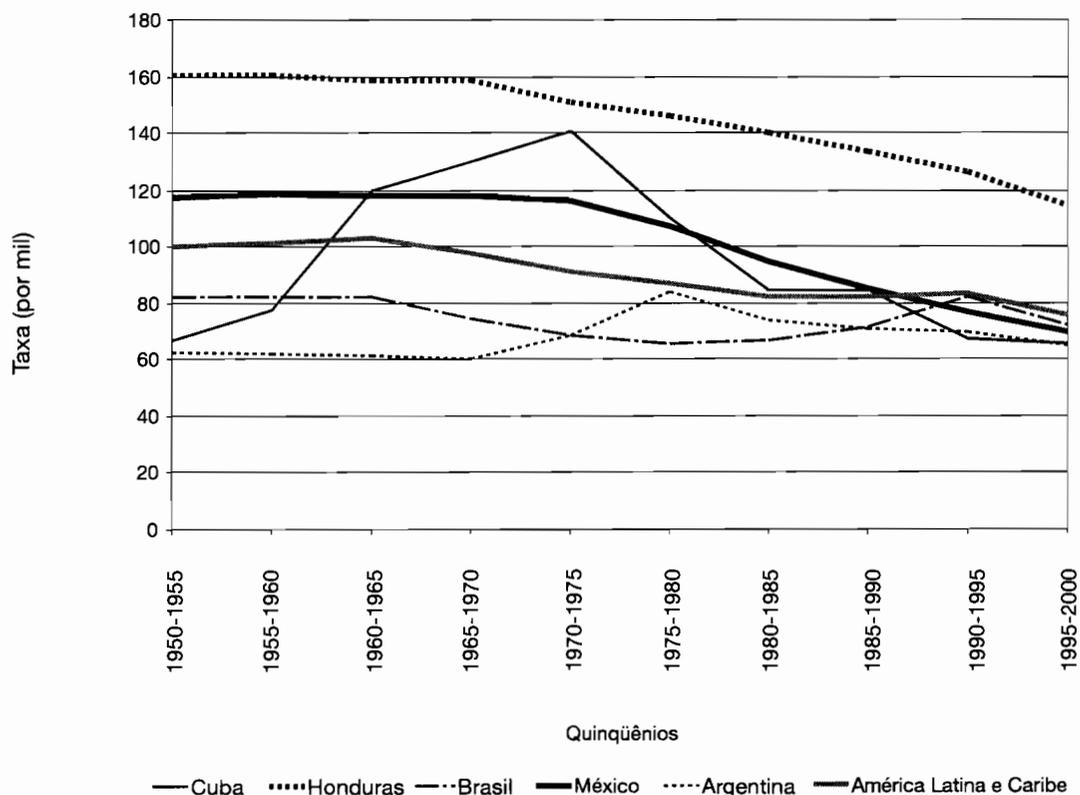
Fonte: Martorell, Reynaldo, Laura Kettel Khan, Laurance Grummer-Strawn, "Obesity in Latin American women and children", *The Journal of Nutrition*, vol. 128, Nº 9, 1998, pp. 1464-1473.

7. Saúde sexual e reprodutiva na adolescência

A transformação dos conceitos e práticas culturais de gênero, a educação mais generalizada e as mudanças no mundo laboral criaram um espaço para que os adolescentes —e em particular as mulheres— se enfrentem de maneira mais consciente a essa etapa de seu próprio desenvolvimento. Grande parte deste câmbio é positivo e reflete o efeito liberador do desenvolvimento mas, como todo processo de mudança social e cultural, envolve difíceis transições nas quais alguns riscos podem ver-se magnificados, particularmente no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva dos adolescentes.

A informação disponível sugere que na América Latina e no Caribe, e na maioria dos países que os integram, a fecundidade adolescente atual é inferior à registrada há 30 anos (ver gráfico III.6), mas ao longo da última década este problema não parece haver continuado a se reduzir, e inclusive poderia estar novamente aumentando, como se depreende do gráfico III.7 elaborado a partir das Pesquisas de Demografia e Saúde.

Gráfico III.6
AMÉRICA LATINA E CARIBE, PAÍSES SELECIONADOS: EVOLUÇÃO DA FECUNDIDADE ADOLESCENTE 1950-2000

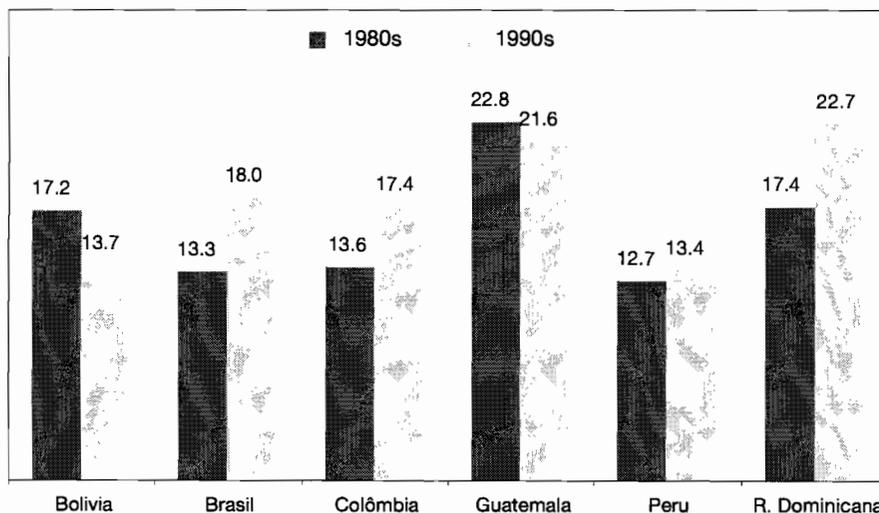


Fonte: CEPAL, Divisão de População (CELADE), estimativas e projeções de população vigentes.

Os níveis mais altos de fecundidade adolescente prevalentes na Ibero-América há 30 anos se deviam a um padrão de *união precoce*, que implicava que a *iniciação sexual* e a *reprodutiva* estavam estreitamente relacionadas entre si e com a união conjugal precoce. Atualmente, no entanto, a dissociação entre os componentes dessa tríade é freqüente, o que possibilita identificar três situações dissímeis predominantes. A primeira consiste em uma iniciação sexual relativamente precoce para ambos sexos, em condições de solteiros e com uso de meios preventivos de fecundação. Se trata de um padrão de comportamento comum em sociedades ocidentais desenvolvidas; no que se refere ao uso de meios para prevenir a fecundação, os casos de Espanha e Portugal são ilustrativos (ver gráfico III.8). Este padrão de comportamento implica uma desvinculação entre a atividade sexual, a nupcialidade e a procriação desde a

adolescência. Uma segunda situação é a de uma iniciação também precoce e em condições de solteiros, porém sem uso de meios para prevenir gravidez indesejada que, apesar de implicar uma dissociação entre a atividade sexual e a nupcialidade, não chega a escindir a atividade sexual da procriação. Este é um padrão de comportamento que favorece a fecundidade adolescente em condições de compromissos inexistentes ou frágeis. A terceira situação é a de uma iniciação sexual precoce em condições de união conjugal e sem uso de meios anticoncepcionais; se trata de um padrão tradicional que conduz a uma fecundidade adolescente no contexto do matrimônio. Em geral, constitui um padrão desvantajoso no mundo contemporâneo, onde as exigências de formação durante a adolescência e a juventude chocam abertamente com as obrigações e responsabilidades inerentes à criação dos filhos.

Gráfico III.7
**PORCENTAGEM DE GESTANTES ADOLESCENTES A MEADOS
 DAS DÉCADAS DE 1980 E 1990**



Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde (<http://www.measuredhs.com/>).

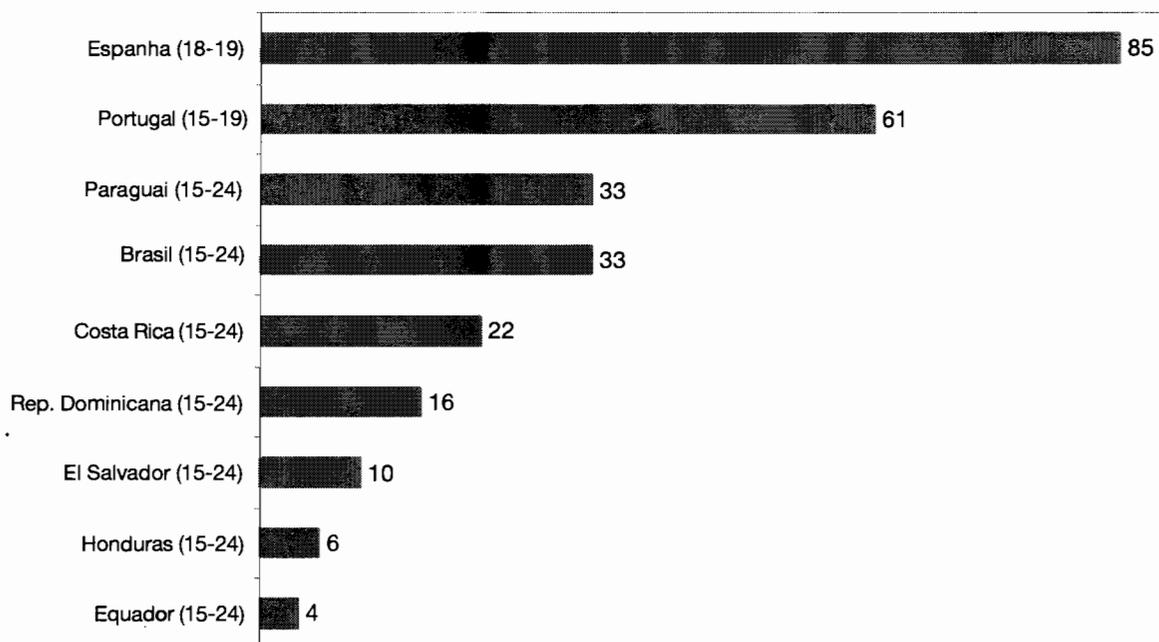
Esta fecundidade adolescente preocupa por múltiplas razões. Por uma parte, devido às conseqüências negativas que ela implica para os pais adolescentes e, em especial, para as mães: incentiva a evasão escolar, reduz significativamente o tempo disponível para as atividades formativas, estimula inserções precoces e deterioradas no mercado de trabalho, envolve riscos para a saúde (sobretudo se é precoce, ou seja, se ocorre antes dos 18 anos) e provoca uniões frágeis. Estão, também, as conseqüências negativas para os filhos concebidos por esses pais adolescentes, que começam pela própria imaturidade física do corpo da mãe, mas que se associam também com a menor maturidade psicossocial para a criação, o maior risco de monoparentalidade e, em muitos casos, um alto risco de padecer as privações próprias da pobreza. Finalmente, para a sociedade, a gravidez de adolescentes supõe maiores gastos em saúde, perda de recursos humanos e reforçamento dos mecanismos de reprodução intergeracional da pobreza.

Diversas pesquisas mostram cada vez com maior clareza que o comportamento social e sexual de risco é mais provável entre aqueles que iniciam suas atividades

sexuais em etapas precoces da vida. As mulheres e homens adolescentes têm diferentes expectativas acerca das relações sexuais, a coação e a sedução; as mulheres continuam enfrentando-se com normas duplas e muitos homens ainda são socializados de modo a assumir comportamentos predatórios com relação às mulheres solteiras (FNUAP, 1999a). O fracasso de uma adequada socialização em uma esfera da vida se relaciona com riscos em outras esferas: o estabelecimento precoce de uma identidade social desvinculada das normas de comportamento social responsável tende a agravar os problemas e a intensificar as ameaças e os riscos contra a saúde e o bem-estar. Neste sentido, resultam particularmente preocupantes as estimativas segundo as quais a metade das mulheres ibero-americanas tem sua primeira relação sexual antes dos 20 anos e cerca de uma terça parte o fazem antes dos 17 anos. No caso dos jovens de sexo masculino a iniciação sexual se dá ainda mais cedo, já que cerca da metade deles inicia suas relações sexuais antes dos 17 anos (CELADE, 2000).

Esta precocidade da vida sexual é ainda mais preocupante quando seus efeitos nocivos se vêm

Gráfico III.8
PORCENTAGEM DE MULHERES JOVENS QUE USARAM ANTICONCEPCIONAIS EM SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

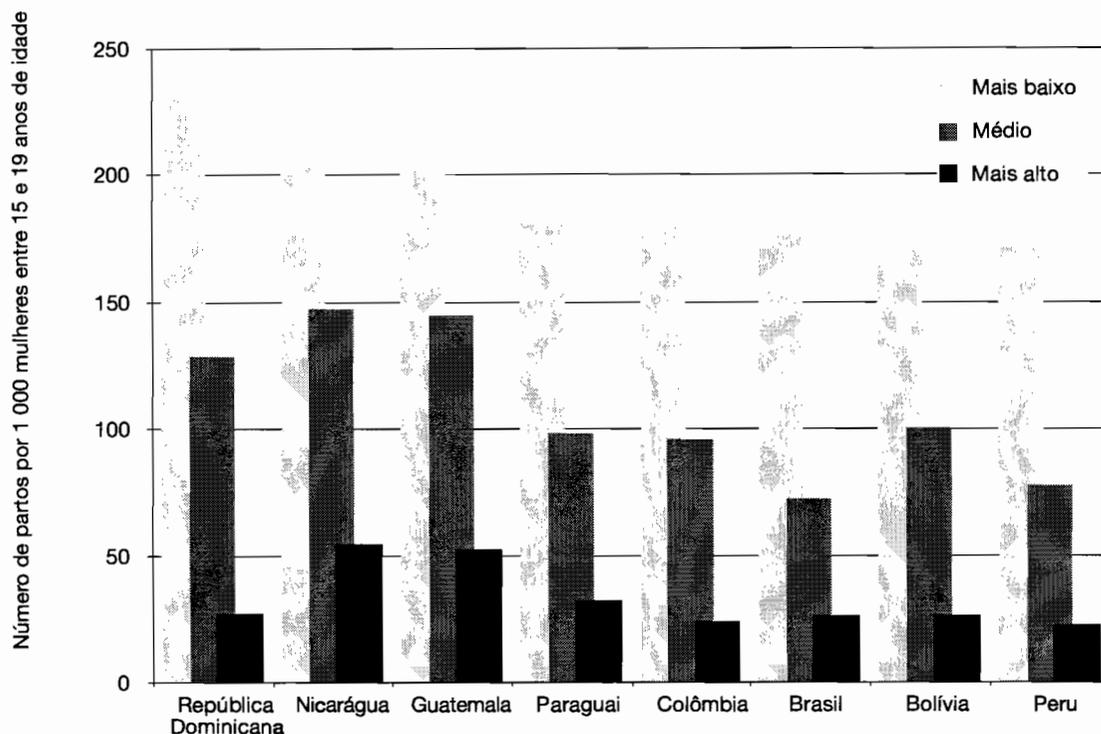


Fonte: Comissão Econômica das Nações Unidas para Europa (CEPE), *Fertility & Family Services in Countries of the ECE Region*, Genebra, vários anos; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPED), United States Agency for International Development (USAID).

entrelaçados com as dinâmicas sociais que, como se analisa mais adiante, tendem a reproduzir as inequidades e a pobreza. A evidência indica conclusivamente que as mulheres mais pobres se iniciam sexualmente, se unem e têm seu primeiro filho em idades muito menores que as que pertencem a níveis socioeconômicos altos, o que se traduz em níveis de maternidade adolescente significativamente maiores entre as jovens pobres. Com efeito, a maternidade precoce se concentra nos estratos de menores rendas, como demonstra o fato de que 80% das mães adolescentes nas zonas urbanas e 70% nas rurais pertencem ao 50% dos domicílios pobres. No quartil de menores rendas, mais de 35% das mulheres tiveram seu

primeiro filho antes dos 20 anos de idade, enquanto que no quartil superior estes casos não chegam a exceder a 10%. As diferenças são ainda mais pronunciadas se se considera o nível educativo das mulheres: entre as que não completaram a educação primária, quase a metade foram mães adolescentes, em comparação com só 7% entre as que terminaram a educação secundária (CEPAL, 1998). O gráfico III.9 mostra com clareza como, num conjunto representativo de países da região, a taxa de fecundidade adolescente está claramente vinculada com o nível socioeconômico das famílias: quanto maior é a pobreza, maior a taxa de fecundidade.

Gráfico III.9
TAXA ESPECÍFICA DE FECUNDIDADE ADOLESCENTE (ENTRE 15 E 19 ANOS) POR QUINTÍIS EM PAÍSES SELECIONADOS, 1990/1998



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), com base em Banco Mundial, *Poverty Inequality Project*, Washington, D.C., 2000.

Os adolescentes mostram flancos débeis frente aos riscos inerentes a uma vida sexual precoce num contexto de alta vulnerabilidade. Em primeiro lugar têm, em média, pouca informação precisa e útil sobre a sexualidade, o funcionamento dos aparelhos reprodutivos femininos e masculinos e as enfermidades de transmissão sexual. Certamente, há enormes diferenças entre países e dentro dos países, assim como também se registra um maior grau de informação sobre alguns temas. Contudo, algumas medições mais específicas revelam que quando se aprofundam ligeiramente, inclusive nestes temas, as lacunas são enormes. Um caso ilustrativo é o

conhecimento de meios anticoncepcionais que, numa primeira medição, parece extensivo entre os adolescentes, mas quando se indaga sobre seu manejo operativo predominam a ignorância ou os erros, e seu uso é reduzido.

Em conseqüência, problemas como os relativos às enfermidades de transmissão sexual (ETS) costumam afetar com particular intensidade aos adolescentes. Estas enfermidades se apresentam em 15% dos adolescentes de 15 a 19 anos, que a cada ano contraem tricomoníase, clamídia, gonorréia ou sífilis (Camacho, 2000).

8. O problema do VIH/AIDS

Na América Latina e no Caribe, 1 660 000 pessoas contraíram o VIH/AIDS. Delas, aproximadamente 37 600 são crianças até 14 anos. Em geral, a América Latina mostra diversidade na evolução da epidemia e apresenta taxas de prevalência menores que em outras regiões, ainda que com uma tendência ao aumento. As porcentagens de pessoas que contraíram a enfermidade são consideravelmente mais altas no Caribe do que na América Latina (UNICEF, 2001).

Segundo as cifras do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH (ONUSIDA), este flagelo afeta de maneira muito mais acentuada aos adolescentes: a metade dos novos casos ocorrem em adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, e a média de idade dos casos diminuiu de 32 anos em 1983 a 25 anos em 1992. Se estima que do total de homens contagiados por AIDS, 29% no Brasil e 31% em Honduras têm entre 10 e 19 anos; na Guatemala, Haiti, Honduras, Panamá e República Dominicana mais de 1% da população de 15 a 24 anos é positiva em termos sorológicos.

A informação disponível indica que, apesar dos múltiplos esforços realizados, em vários países da região ainda persiste grande desconhecimento, que é ainda maior no caso dos procedimentos preventivos. Novamente, a ignorância —e em conseqüência, os maiores riscos— se concentra entre os adolescentes pobres. Por exemplo, dois de cada três adolescentes guatemaltecos pobres “não ouviram falar da AIDS”, situação na qual se encontra menos de 5% dos adolescentes do estrato alto. O acesso desigual à educação e a serviços de informação sobre o tema se reflete num baixo nível de conhecimento entre os adolescentes sobre o VIH e sua prevenção, o que se acentua nas mulheres de alguns grupos marginais da Ibero-América. Na Bolívia, Guatemala e Peru, por exemplo, menos da metade das mulheres indígenas menores de 20 anos haviam ouvido falar da AIDS, em comparação com médias nacionais superiores a 70%. Um estudo realizado na Guatemala mostrou que, em 1995, só 2% das adolescentes indígenas haviam ouvido falar do preservativo masculino, o que resulta particularmente preocupante dado que Guatemala é um dos países da região em que a epidemia de VIH está crescendo mais rapidamente (OPS/OMS, 2000c).¹

9. Gravidez precoce e gravidez indesejada

Os problemas da sexualidade adolescente não só se associam com o risco de enfermidades de transmissão sexual, mas também com o desenvolvimento da própria identidade e, em muitos casos, com a procriação não planejada e nem desejada, em condições que costumam ser inadequadas tanto para os novos pais e mães, como —e sobretudo— para seus filhos. As pesquisas indicam

que, em sua grande maioria, os adolescentes têm suas primeiras experiências sexuais com outros adolescentes. No entanto, pelas razões já mencionadas, estas experiências tendem a ser vividas e entendidas de forma diferente *pelos* e *pelas* adolescentes. As mulheres tendem a esperar continuidade e uma relação estabelecida. As expectativas dos rapazes com freqüência são diferentes e

3 Um recém-nascido cuja mãe apresenta reação sorológica positiva ao VIH pode contrair o vírus via leite materno, em uma proporção de 1 a 7.

há pouca oportunidade ou estímulo para a comunicação e os acordos mútuos. Os papéis de gênero pré-estabelecidos promovem o predomínio masculino e desestimulam a auto-afirmação por parte das garotas. Para muitas mulheres jovens, casadas ou não, a negociação para ter relações sexuais em condições mais seguras e utilizar anticoncepcionais é difícil, devido a sua baixa auto-estima e condição social. A falta de poder as fazem, ademais, vulneráveis a abuso sexual, incluídos o incesto e a violação.

Um dos resultados desta dinâmica precoce e desigual é a gravidez indesejada ou inoportuna de adolescentes. Diversas pesquisas indicam que nos países da Ibero-América entre 44% e 76% das gestações de jovens solteiras não são desejadas. Estas gestações constituem um problema que afeta o desenvolvimento integral dessas jovens progenitoras, comprometendo por sua vez o desenvolvimento de sua comunidade, e se converte na primeira causa de atendimento nos serviços de saúde. O peso social deste problema pode ser melhor dimensionado se se considera que durante os cinco anos compreendidos entre os 15 e 19 anos, a metade da população feminina da região terá um filho; que a cada ano nascem 2 milhões de filhos ou filhas de mães adolescentes; e que na maioria dos países ibero-americanos de 15% a 25% dos recém-nascidos são filhos de mães adolescentes. A meados dos anos noventa, a porcentagem de mães adolescentes que aos 19 anos já tinham dois ou mais filhos variava entre 6.4% na Colômbia, 8.9% na Bolívia, 11.7% na República Dominicana e 14.4% na Guatemala. Se estima que, em média, 4 de cada 10 gestações terminam em aborto, cuja prática é ilegal na maioria dos países da região, e portanto aumenta consideravelmente o risco de mortalidade materna (OPS/OMS, 2000a, p. 9).

Estes nascimentos não planejados ou indesejados representam uma dura carga para todos os envolvidos. Para as mães adolescentes, eles costumam trazer desaprovação social e familiar, e enfrentam a estas

meninas-mães com precoces e angustiantes responsabilidades econômicas. Podem levar a matrimônios não desejados ou inoportunos e à interrupção ou ao abandono da educação. Estudos realizados no Chile, México e em outros países indicam que as mães adolescentes terão mais filhos do que as que começam a ter família mais tarde; e que em muito poucos casos os pais de seus filhos assumirão ou compartilharão o papel de chefe de família ou proporcionarão apoio financeiro ou de outra índole (FNUAP, 1999a, p. 28).

Em muitos casos, a situação é ainda mais trágica, pois a gravidez precoce tem se convertido em uma das principais causas de morte. Efetivamente, o risco de morrer por causas relacionadas com a gestação é 50 vezes maior para as adolescentes ibero-americanas que, por exemplo, para uma norte-americana. O parto é muito mais perigoso para as menores de 18 anos que para as mulheres adultas plenamente desenvolvidas, e também é mais perigoso para seus filhos, que enfrentam maiores probabilidades de enfermar-se ou morrer com pouca idade. As meninas entre 10 e 14 anos de idade têm probabilidade de perder a vida por causa da gestação e do parto cinco vezes maior que as mulheres de 20 a 24 anos. O acesso aos serviços obstétricos pode ajudar, porém a combinação de corpos imaturos, pobreza, falta de educação e carência de acesso a serviços médicos são fatores que incrementam gravemente os riscos. Quando a mãe morre durante a gravidez ou parto, a saúde física e psicológica do filho se vê seriamente comprometida por períodos prolongados e, muitas vezes, para toda a vida (FNUAP, 1999b).

Quatro conjuntos de ações são decisivos para a diminuição da mortalidade materna: a redução da gravidez de adolescentes, a nutrição adequada da gestante, o controle da gestação por pessoal especializado (incluindo a imunização oportuna) e o atendimento do parto em instalações do sistema de saúde.

Quadro III.4
UNOPEC: UM SISTEMA EDUCATIVO ALTERNATIVO PARA GESTANTES E MÃES ADOLESCENTES

A Unidade Operativa de Educação e Capacitação (UNOPEC) é uma iniciativa piloto desenvolvida no Chile, cujo objetivo é contribuir à solução de um dos principais problemas derivados da gravidez em adolescentes: o abandono escolar. Se trata de um modelo educativo alternativo que funciona em um liceu, que conta com creche e jardim de infância, e que é atendido por professores capacitados em educação sexual.

Antecedentes aportados pelo Ministério de Educação e pelo Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) da Universidade do Chile, indicam que das 13 500 escolares gestantes a cada ano no Chile, só 15% continuam estudando depois do parto e uma fração ainda menor (7%) continua fazendo-o três anos depois deste, o que reduz enormemente suas possibilidades de bem-estar futuro e as de seus filhos.

Os estudos revelam também que as adolescentes que abandonam a escola com maior frequência tendem a repetir a gravidez e têm maiores taxas de aborto voluntário que aquelas que continuam no sistema escolar. A isso se agregam os fatores de risco que afetam os filhos de mães adolescentes com baixa instrução: têm piores indicadores de crescimento e desenvolvimento, e estão submetidos com maior frequência a episódios de enfermidades que necessitam hospitalização e a acidentes domésticos.

Considerando as causas culturais, biológicas e as próprias do sistema escolar que levam as gestantes adolescentes a abandonar as aulas, CEMERA se propôs desenvolver um sistema alternativo de educação e capacitação diurna que permitisse às

adolescentes grávidas e às mães adolescentes continuar com seus estudos. Os objetivos específicos que se tratam de lograr com UNOPEC são:

- i) reter no sistema escolar essas adolescentes num estabelecimento que conta com programas aprovados pelo Ministério de Educação, que incluem estudos regulares de ensino médio e de capacitação;
- ii) manter o nexo entre mãe-escolar e filho através da instalação no estabelecimento de uma creche e de um jardim de infância, que permite compatibilizar as atividades docentes e as próprias da maternidade;
- iii) promover programas de estudo de currículo funcional que considerem a problemática do adolescente, através de sistemas participativos de educação, com inclusão da família;
- iv) brindar atenção integrada de educação e de saúde às escolares adolescentes;
- v) contribuir indiretamente à prevenção do aborto clandestino, do abandono e do maltrato infantil; e
- vi) avaliar a factibilidade econômica do modelo proposto e as possibilidades de pô-lo em prática a escala nacional.

A avaliação global da experiência do liceu UNOPEC mostrou que a média de assistência anual das matriculadas foi de 65% durante 1995 e que 72% delas terminaram com êxito seus estudos. O total de inscritas foi de 185, estimando-se em 250 o número de alunas necessário para autofinanciar a experiência. A avaliação mostrou,

dentre outras, as seguintes vantagens deste modelo alternativo de educação:

- é flexível: oferece alternativas de capacitação laboral junto com recuperação de ensino de primeiro e segundo graus;
- é equitativo: acolhe principalmente a adolescentes de estratos médios e baixos onde é mais freqüente a gravidez precoce e se financia parcialmente com recursos do Estado através de seus mecanismos regulares e com aporte das matriculadas de acordo com sua capacidade econômica;
- é integral: ensina com docentes preparados em educação sexual e outorga assistência de saúde a mães e filhos;
- é não discriminativo: atende a mães adolescentes, e a gestantes e não-gestantes adolescentes e adultas, e oferece alternativas de educação aos adolescentes do sexo masculino que são pais precoces.

Se estima que este modelo oferecerá alternativas positivas frente a um problema impossível de resolver no curto prazo, como é a gravidez em adolescentes escolares, as que abandonam seus estudos não só devido à rejeição que provém do sistema educacional regular, mas como consequência de eventos biológicos próprios da gestação, a maternidade e o desenvolvimento do lactante e as consequências do impacto psicológico, familiar e social de uma gravidez a idades precoces.

10. O trabalho infantil na Ibero-América: magnitude e causas

O trabalho infantil obedece a múltiplas causas e gera várias conseqüências negativas nas próprias crianças, em suas famílias e nas sociedades dos países da Ibero-América. Não é um fenômeno novo, o que é recente é a vontade política de erradicá-lo. Constitui um indicador de pobreza, porém também um reflexo das deficiências e limitações nas políticas nacionais e regionais. Há países com recursos econômicos escassos que, no entanto, têm cifras de trabalho infantil muito baixas, e países com níveis altos ou médios de desenvolvimento, com um volume significativo de participação laboral infantil.

Em 1996 a OIT realizou estimativas sobre a quantidade de crianças economicamente ativas a nível regional e mundial. Em total, 250 milhões de menores com idades compreendidas entre 10 e 14 anos realizavam atividades laborais no mundo. Deles, pelo menos 120 milhões trabalhavam a tempo completo, enquanto os demais combinavam o trabalho com o estudo. África conta com a maior incidência de trabalho infantil com 41%, em comparação com 22% na Ásia e 17% na América Latina. Utilizando como base de informação as pesquisas de domicílios, se calcula que 7.6 milhões de crianças entre 10 e 14 anos de idade estariam laboralmente ativas na Ibero-América.

Entretanto, na região —especialmente em zonas rurais— as crianças se incorporam ao trabalho à idades menores. Por outro lado, um setor da infância se dedica de maneira exclusiva, e às vezes excluindo a educação, aos trabalhos domésticos. Se se consideram ambos tipos de atividade, o número de trabalhadores menores de 15 anos poderia ser estimado em uns 20 milhões. Se à estimativa anterior se soma o grupo de adolescentes entre 15 e 18 anos que trabalham, a cifra total ultrapassaria os 30 milhões de menores que trabalham (OIT-IPEC, 2000).

As zonas rurais e as áreas marginais das cidades são o foco de concentração do trabalho de crianças e

adolescentes. Pelo menos 50% do trabalho prematuro se concentra nas comunidades do campo. Em geral, se encontra maior porcentagem de menores trabalhadores em atividades agropecuárias, no setor informal urbano e no trabalho doméstico, com uma mínima presença no setor estruturado da economia (cerca de 10%).⁴ Não obstante, na medida em que o setor formal e informal estão articulados, isto conduz a uma utilização indireta de mão-de-obra barata, em diferentes níveis do sistema produtivo.

As jornadas de trabalho ultrapassam os limites que fixam as legislações nacionais, inclusive para o caso dos adultos. Estimativas do programa IPEC da OIT para a região indicam que a jornada laboral infantil borderaria as 46 horas semanais, duração que não difere grandemente da jornada laboral dos adultos.

Os rendimentos obtidos do trabalho são também escassos e muitas vezes inclusive nulo. Segundo dados da OIT, 90% das crianças na faixa de 10 a 14 anos de idade têm um remuneração menor ou igual ao salário mínimo legal. Pelo menos 50% da mão-de-obra infantil na região não tem nenhum rendimento e fica incluída na categoria de trabalho familiar não remunerado.⁵

Ainda que minoritário, existe um segmento das crianças que trabalham que é de importância pela gravidade de sua situação; são aquelas que se desempenham em ocupações nocivas ou perigosas. No Brasil, por exemplo, é conhecido o caso de crianças e adolescentes dedicados ao corte da cana-de-açúcar, com iminente risco de mutilações. Nos países andinos se encontra uma alta concentração de crianças em atividades de garimpo de ouro, expostos entre outros perigos à contaminação por mercúrio. Na Guatemala, há crianças na indústria de fogos de artifício, com os riscos que implica a manipulação da pólvora.

4 Estimativas de estudos nacionais e censos nacionais (OIT-IPEC, 2000).

5 Sistema de Informação Regional sobre Trabalho Infantil (SIRTI) (OIT-IPEC, 1999).

Quadro III.5
ESTIMATIVAS DO TRABALHO INFANTIL NA AMÉRICA LATINA

País	População total 10-14 anos	PEA infantil 10 –14 anos	Porcentagem
Argentina	3 197 582	214 238	6.70
Bolívia	386 222	54 549	14.10
Brasil	17 588 115	3 599 747	20.50
Chile (**)	755 227	14 914	2.00
Colômbia (**)	2 327 823	367 796	15.80
Costa Rica (*)	203 893	26 009	12.80
Ecuador	1 391 433	420 663	30.20
El Salvador	661 176	85 516	12.90
Guatemala	1 325 725	316 061	23.80
Haiti	847 706	158 182	18.66
Honduras	778 714	88 264	11.30
México	10 934 134	1 233 353	11.30
Nicaragua	575 137	42 310	7.35
Panamá	278 631	12 603	4.50
Paraguai	602 417	49 097	8.15
Peru (**)	4 928 899	801 033	16.20
R. Dominicana	871 144	42 302	4.80
Uruguai	253 846	5 780	2.08
Venezuela	3 205 592	80 781	2.52
Totais	51 113 416	7 613 198	14.90

Fonte: Pesquisas domiciliares e censos de população.

(*) População total e população economicamente ativa (PEA) infantil calculada de 12 a 14 anos.

(**) População total e PEA infantil calculada de 6 a 14 anos.

O trabalho doméstico extensivo na maioria dos países da região supõe indubitáveis males para crianças, presas em um círculo de trabalhos pesados que, em ocasiões, encobrem virtuais situações de servidão. Também nas grandes cidades ibero-americanas se encontraram focos com alta concentração de crianças trabalhando na coleta de lixo, e que vivem em condições infra-humanas.

Na exploração sexual comercial, seja sob modelos de turismo sexual ou no âmbito de prostituição urbana, se verificaram altas taxas de ocupação infantil. No Brasil, Colômbia, Paraguai e República Dominicana se constata a importância desta violação criminal —no sentido legal do termo— dos direitos das crianças, ainda que exista evidência de que sua dimensão real é de maior envergadura.

As conseqüências do trabalho infantil são diversas. Em primeiro lugar, se aprofundam as desigualdades,

violando o exercício dos mais elementares direitos humanos da infância e da adolescência. Do ponto de vista psicológico, se constata nas crianças que trabalham um acelerado processo de maturação. Ao desenvolver-se em ambientes violentos, como no caso do trabalho urbano, tende a provocar condutas agressivas.

No plano da saúde e o desenvolvimento físico, a OMS advertiu sobre as graves repercussões que se derivam do trabalho infantil; queimaduras, inalações tóxicas, contaminação por mercúrio e pesticidas, cortes e infecções, enfermidades respiratórias, desvios de coluna ou acidentes de trânsito, configuram patologias cotidianas de crianças que trabalham.

Na área educativa, o trabalho é um dos fatores principais que incidem sobre o ausentismo e o baixo rendimento escolar. Segundo estimativas da CEPAL, na América Latina, do total de adolescentes entre 12 e 17

anos que trabalham nas cidades, somente 25% freqüenta regularmente a escola. Nas zonas rurais a situação se agrava, já que só 15% do total de crianças e adolescentes dessas idades está escolarizado. E mais, esse grupo de menores trabalhadores apresenta, em média, um diferencial educativo negativo de dois anos frente àqueles que não trabalham. A longo prazo, isto significa que os menores trabalhadores recibirão durante sua vida adulta 20% menos de renda que aqueles que tenham completado seu ciclo educativo de nível primário e secundário.

Em síntese, o trabalho infantil significa uma limitação no exercício dos direitos humanos e uma hipoteca demasiado onerosa para o desenvolvimento socioeconômico dos países. A exclusão social e a perda de capital humano qualificado afeta as bases de seus ordenamentos democráticos. Ou seja, a autêntica construção de sistemas políticos representativos, pluralistas e abertos exige diminuir estas inequidades, promover um modelo de igualdade real de oportunidades desde a infância e, conseqüentemente, conceber a cultura como o marco estrutural onde os cidadãos são identificados como sujeitos e atores de seu próprio desenvolvimento. Por todas estas razões, o trabalho infantil é um problema crucial, ao que os países, os interlocutores sociais e os organismos internacionais devem dar urgente resposta.

As causas da participação laboral infantil podem ser agrupadas em três grandes blocos: um deles se refere à situação econômica global da região, outro às percepções sociais e padrões culturais, e um terceiro às capacidades nacionais e regionais (do ponto de vista da formulação de políticas e do marco jurídico-normativo) existentes para fazer-lhe frente.

Em primeiro lugar, e em geral, as crianças trabalham porque a renda familiar não é suficiente para cobrir as necessidades básicas do domicílio. Isto é uma conseqüência evidente da defasagem entre preços e salários e das altas (e crescentes) taxas de desemprego provocadas pela reestruturação da economia. Em alguns casos (América Central, Colômbia, Equador, Peru ou Venezuela), desastres naturais de extraordinária magnitude obrigaram a uma revisão das prioridades nacionais para assegurar a reconstrução, em detrimento do investimento social que está diretamente relacionado com o objetivo de redução do trabalho infantil.

No entanto, nem todas as famílias em igual condição de pobreza colocam seus filhos e filhas no mercado laboral. Em termos percentuais, uma proporção reduzida destas utiliza a mão-de-obra infantil como estratégia de sobrevivência. O segundo grupo de causas do trabalho infantil se relaciona com a percepção positiva, em certos setores, do trabalho como mecanismo de preparação das crianças para enfrentar-se à vida adulta. Esta percepção se apóia, por uma parte, na idéia de que a educação que recebem não responde a suas expectativas de utilidade em termos de formação para o trabalho e, por outra, em padrões culturais concretos. Alguns grupos étnicos contemplam o trabalho infantil como um fator de socialização dos menores que, em sua opinião, lhes dota de maior valor social. Estes fatores culturais são chaves para entender a dimensão e profundidade do trabalho infantil, que não se explicaria unicamente por razões econômicas ou de pobreza.

O terceiro grupo de problemas se relaciona com que os Estados ibero-americanos ainda não incorporaram de maneira plena o objetivo de erradicação do trabalho infantil como uma prioridade dentro de suas políticas sociais. Isto, por sua vez, é conseqüência de uma série de debilidades estruturais referidas à necessidade de capacitação e coordenação, à existência de lacunas e contradições normativas, às dificuldades para o controle ou inspeção laboral, ao desconhecimento de metodologias contrastadas de intervenção e à inexistência de informação precisa e confiável sobre a magnitude do trabalho infantil. Estas limitações se expressam em diferentes âmbitos:

A marginalidade do trabalho infantil nas políticas sociais. Os programas sociais dos países ibero-americanos (de luta contra a pobreza, fomento do emprego, formação ocupacional ou para o trabalho, subsídios sociais, bolsas escolares, e outros) não costumam incluir entre os requisitos para seus beneficiários a obrigatoriedade da escolaridade dos menores de idade da família. Se, como ditam as Constituições de todos os países ibero-americanos, a educação primária é obrigatória, a ausência deste requisito nas políticas sociais constitui não só um problema mas inclusive uma contradição com as normas vigentes.

A incapacidade nacional e regional para definir uma política específica de erradicação do trabalho infantil. A dispersão de organismos com competências em referência ao trabalho infantil é um dos problemas

fundamentais no momento de estabelecer políticas nacionais. O trabalho infantil não tem só um caráter laboral, relacionando-se com as atribuições dos ministérios de trabalho, ou organizações de empregadores e de trabalhadores. Outras instituições tais como os parlamentos, ministérios de economia, planejamento, família, desenvolvimento humano, educação e saúde têm atribuições específicas e recursos orçamentários próprios que afetam diretamente às políticas de infância em geral e ao trabalho infantil em particular. Portanto, há que desenvolver um extraordinário esforço de coordenação a nível institucional para obter uma certa garantia de eficácia.

Outro fator a considerar é a alta rotação institucional que se produz em alguns países da Ibero-América e que afeta notavelmente a necessária estabilidade e permanência das atividades. Com relação às comissões nacionais de erradicação do trabalho infantil criadas, ainda que se tenha conseguido sua constituição formal praticamente na totalidade dos países, estas comissões têm um caráter basicamente consultivo e carecem de recursos orçamentários que assegurem sua viabilidade futura.

A ausência de metas específicas a nível regional e nacional em termos de redução percentual do trabalho infantil condiciona e limita a responsabilidade dos países para desenvolver atividades concretas nesta matéria. Obviamente, este problema se relaciona com as carências estatísticas que se indicam mais adiante e com a necessidade de desenvolver planos de ação operativos e vinculantes.

Ainda há outros problemas concretos que dificultam o desenho de políticas para a erradicação progressiva do trabalho infantil:

As lacunas e contradições normativas. As idades mínimas de admissão ao emprego não coincidem com as

idades de educação obrigatória; em ocasiões se ratifica o Convênio 138 da OIT e a idade mínima dos códigos do menor é inferior aos 14 anos; não se estabelecem categorias ocupacionais perigosas ou nocivas nas legislações laborais; ou não se fixam tipos delitivos ou sanções nos códigos penais para aspectos de exploração ou trabalho forçado de menores.

A impossibilidade do controle (inspeção) laboral. As inspeções laborais, regulamentariamente, não atuam sobre o trabalho informal. Isto significa que a maioria das ocupações nocivas ou perigosas, onde se concentra uma alta porcentagem de trabalho infantil, ficam excluídas dos sistemas de controle. Isto tem duas causas principais: por uma parte, as carências técnicas e humanas dos sistemas de inspeção; e por outra, a informalidade dos setores nos que se concentra o trabalho infantil.⁶ Esta informalidade gera, entre outros, problemas relacionados com a tradicional exclusão desta população da cobertura de benefícios ou serviços sociais vinculados ao emprego formal.

O desconhecimento de metodologias contrastadas de intervenção. Um problema freqüentemente observado é a falta de especialização de organismos públicos e ONG no desenvolvimento de intervenções para a erradicação do trabalho infantil. Com exceção das desenvolvidas pelo IPEC, praticamente não existem metodologias concretas e específicas nos países dirigidas a eliminá-lo.

A inexistência de informação precisa e confiável sobre o problema. As estatísticas oficiais não refletem a magnitude real da participação laboral infantil. Isto é provocado pela insuficiente capacidade técnica e financeira dos institutos de estatística e dos ministérios de trabalho para desenvolver instrumentos especializados sobre o fenômeno. Também se carece de uma metodologia de medição adequada.

6 Segundo a OIT, o setor informal na região, em 1990, alcançava 44% da PEA e em 1998 significava 48% da mesma. Seis de cada dez novos empregos urbanos gerados nesse período pertencem a este setor, que cresceu a uma taxa anual de 3,9%, superior ao aumento do emprego total (2,9%).

11. Avanços em matéria de trabalho infantil na última década

Pouco ou nada se conhecia do fenômeno do trabalho infantil a princípios da década de 1990. Com exceção do Brasil, cujo programa nacional começou em 1992, a maioria dos países, com a assessoria técnica da OIT-IPEC, iniciou suas atividades a partir de 1996. Desde então, a intensidade das iniciativas em diferentes níveis tem sido importante e tem contado com uma participação ativa de diversas instituições públicas, organizações sociais, e outros organismos internacionais. Os avanços mais significativos se realizaram nos seguintes âmbitos:

Mobilização e incorporação do tema na agenda regional. Desde 1996 se vêm desenvolvendo ações, que permitiram incorporar o tema em diferentes encontros e foros de caráter regional, tais como:

- Reuniões americanas sobre infância e política social (Chile, 1996; Peru, 1998; Kingston, 2000)
- Reunião Ibero-Americana Tripartite de Nível Ministerial sobre a Erradicação do Trabalho Infantil (Cartagena de Índias, 1997)
- XIX Reunião regional americana da OIT (Lima, 1999)
- Encontros do Subgrupo 10 (Assuntos laborais, emprego e previdência social) do Mercosul (Argentina, 1998; Paraguai, 1999 e Uruguai, 2000)
- Reunião de Ministros de Trabalho da América Central (San José, 1999)
- Reunião Conjunta de Ministros de Trabalho do Mercosul e da Comunidade Andina de Nações (Santa Cruz de la Sierra, 2000)
- Segunda Conferência Ibero-Americana de Altos Responsáveis pela Infância e Adolescência (Panamá, 2000)
- Décima Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo (Panamá, 2000)

Em todas estas reuniões o tema do trabalho infantil foi incorporado nas declarações finais, instando os países à ratificação dos Convênios 138 e 182 da OIT, a criação de estruturas nacionais de coordenação e definição de planos específicos relacionados com as políticas sociais.

Igualmente, foram desenvolvidas atividades de mobilização sindical com organizações como a Confederação Internacional de Organizações Sindicais

(CIOSL), a Organização Regional Interamericana de Trabalhadores (ORIT) e a Confederação Latino-Americana de Trabalhadores (CLAT). Isto permitiu organizar e desenvolver duas cimeiras regionais sindicais sobre o trabalho infantil (São Paulo, 1995; Santa Cruz de la Sierra, 1998), e de empregadores (Santa Cruz, 1998); também, se estabeleceram acordos com organizações empresariais como a Associação Nacional de Industriais da Colômbia (ANDI), a Confederação de Empresários Privados da Bolívia (CEPB), a União Costarricense de Câmaras e Associações da Empresa Privada (UCCAEP) e o Conselho Hondurenho da Empresa Privada (COEP), e com o setor cafeeiro na América Central e República Dominicana. A nível da sociedade civil, umas 100 ONG da região conformaram redes para desenvolver ações de sensibilização e intervenção direta frente ao trabalho infantil.

Desenvolvimento institucional sobre trabalho infantil. Até o momento, 17 países firmaram memorando de entendimento com a OIT e isso se expressa na criação de comitês nacionais de luta contra o trabalho infantil. Mais de 300 instituições públicas (ministérios de trabalho, educação, saúde, assuntos sociais, e outros), representantes de empregadores, trabalhadores e ONG conformam esses comitês. Foram logrados significativos avanços no desenvolvimento de planos nacionais de ação na Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Honduras e Nicarágua.

Especial referência merece a aprovação de um Plano Subregional do Mercosul frente ao trabalho infantil, cuja execução está prevista para o período 2001-2003. Os países do Mercosul frente ao trabalho infantil estabeleceram um marco comum em aspectos estatísticos, normativos, de inspeção laboral, de políticas públicas, e de criação de uma rede de observatórios nacionais para medir a evolução do trabalho infantil nos países.

Marco normativo. A legislação em matéria de trabalho infantil na Ibero-América era dispersa. Hoje, praticamente a totalidade dos países da região fixa a idade mínima de admissão ao emprego em 14 ou 15 anos, e para os trabajos nocivos ou perigosos se indica a idade de 18 anos. O Convênio 138 da OIT, que regula a idade mínima laboral, teve uma ratificação massiva e com relação ao Convênio

182, para a eliminação das formas extremas de trabalho infantil, em pouco mais de um ano desde a aprovação deste instrumento, 11 países da região já o ratificaram, e nos demais se encontra em fase de discussão parlamentar.

Simultaneamente se estão desenvolvendo processos de harmonização legislativa, que afeta à legislação laboral, de educação, de saúde, penal e de regulamentação ministeriais ou leis municipais. Pode-se afirmar, portanto que, na atualidade Ibero-América dispõe de um entrelaçado normativo em relação ao trabalho infantil, homologável e adaptado aos parâmetros indicados na normativa internacional.

No entanto em matéria de inspeção laboral não se podem registrar avanços significativos devido fundamentalmente à falta de regulamentações específicas e à incapacidade dos sistemas de inspeção para atuar sobre as atividades laborais informais onde se concentra a maior porcentagem de mão-de-obra infantil.

Na América Central se estão aplicando modalidades de auto-regulação e controle da participação laboral infantil nas zonas cafeeiras. Na República Dominicana, a Secretaria de Estado de Trabalho aplica um intenso sistema de inspeção laboral nas plantações de cana-de-açúcar. Na Colômbia, companhias como a Empresa Nacional Mineira Ltda. (MINERCOL) e a Associação Colombiana de Exportadores de Flores (ASOCOLFLORES) vigiam a não participação laboral infantil no garimpo de ouro, de carvão e na produção de flores para exportação. No Paraguai, o Ministério de Justiça e Trabalho estabeleceu um acordo com os proprietários de supermercados para a proibição do trabalho de menores 14 anos. Na região transfronteiriça Paraguai-Brasil (Ciudad del Este), se estão iniciando ações para a inter-relação de redes judiciais e policiais binacionais que impeçam a utilização de menores com fins de exploração sexual comercial.

Melhora dos sistemas de información estadísticos sobre trabalho infantil. A falta de dados confiáveis constitui uma séria limitação ao estabelecimento de políticas eficazes frente ao trabalho infantil. Para obter uma adequada informação qualitativa e quantitativa se estão desenvolvendo na região diferentes iniciativas:

- Dez países desenvolveram informes nacionais sobre a situação de trabalho infantil: Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala,

Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana. O Brasil elaborou um mapa-diagnóstico do trabalho infantil a nível nacional.

- Se estão elaborando diagnósticos específicos (linhas basais) para a identificação de crianças que trabalham em setores laborais de alto risco: fogos de artifício, trabalho doméstico, olarias, garimpo de ouro, agricultura, mercados e exploração sexual comercial infantil.
- Desde 1998 se incluem módulos específicos sobre trabalho infantil nas pesquisas de domicílios dos países centro-americanos, Colômbia e Equador como parte do Programa de Informação Estatística e de Seguimento em Matéria de Trabalho Infantil (SIMPOC) da OIT.
- Por último, o IPEC conta com um sistema regional de informação sobre trabalho infantil, conformado por uma rede Ibero-Americana de centros de pesquisas, ONG e universidades.

Iniciativas de intervenção direta. Pode-se observar que os programas tradicionais em matéria de proteção à infância, especialmente os dirigidos a crianças que trabalham, carecem de uma metodologia de intervenção integral e isto tem efeitos limitados em termos de impacto, e uma escassa sustentabilidade.

Não obstante, se puderam desenvolver diferentes programas focalizados em setores de alto risco com apoio técnico e financeiro do programa IPEC praticamente na totalidade dos países da região. Isto permitiu uma cobertura de atenção para 50 000 menores trabalhadores e 20 000 famílias receptoras de serviços educativos, de saúde, nutrição, e de geração de renda. O avanço mais destacado é o desenvolvimento de modelos demonstrativos em setores específicos, que vão sendo progressivamente incorporados nas políticas públicas dos países.

Também se está desenvolvendo uma multiplicidade de intervenções a nível micro e de maior escala sobre erradicação do trabalho infantil, especialmente em suas formas mais extremas. Outros organismos, tais como UNICEF, BID ou União Européia (UE), também estão desenvolvendo ações específicas, mediante programas com ministérios sociais que permitem aplicar programas de atendimento e proteção a menores trabalhadores a partir de acordos com ONG locais.

Quadro III.6
SITUAÇÃO DOS PAÍSES LATINO-AMERICANOS EM RELAÇÃO COM OS COMPROMISSOS TENDENTES A ERRADICAR O TRABALHO INFANTIL

País	Memorando de entendimento ^a	Existe Comitê ^b	Idades que compreende a educação obrigatória	Idade mínima para o trabalho	Ratificação do Convênio ^c	
					C 138	C 182
Argentina	X	X	6-14	14 anos	X	X
Bolívia	X	X	6-13	14 anos	X	
Brasil	X	X	7-14	16 anos	X	X
Chile	X	X	6-13	15 anos	X	X
Colômbia		X	6-12	14 anos	X	Em tramitação
Costa Rica	X	X	6-15	15 anos	X	X
Equador	X	X	6-14	14 anos	X	X
El Salvador	X	X	7-15	12-14 anos	X	X
Guatemala	X		7-14	14 anos	X	X
Honduras	X	X	7-13	14 anos	X	X
Nicarágua	X	X	7-12	14 anos	X	X
Panamá	X	X	6-15	14-15 anos	X	X
Paraguai	X	X	7-12	15 anos	Início	X
Peru	X	X	6-16	12 anos	Não ratificado	
Rep. Dominicana	X	X	7-14	14 anos	X	X
Uruguai	X	X	6-14	15 anos	X	X
Venezuela	X	X	5-15	14 anos	X	

Fonte: Organização Internacional do Trabalho (OIT)-Programa Internacional para a Abolição do Trabalho Infantil (IPEC).

^a Países que assinaram memorando de entendimento com a OIT.

^b Países que criaram comitês nacionais.

^c Países que assinaram os Convênios 138 e 182.

12. Diretrizes para a eliminação gradual da exploração laboral infantil

Numa agenda futura para o cumprimento deste objetivo na Ibero-América deveriam figurar pelo menos os seguintes temas fundamentais:

- a adaptação e ajuste do marco normativo,
- a criação de sistemas eficazes de inspeção e controle,
- o melhoramento das estatísticas e a sistematização de experiências, e

- a focalização de políticas e programas públicos com o objetivo de erradicação do trabalho infantil.

Havendo superado o nível de institucionalização formal com a criação de comissões nacionais tripartites, praticamente na totalidade dos países da região a estratégia nos próximos anos conduz à necessidade de obter compromissos políticos, técnicos e financeiros concretos ao interior deles. Nesse contexto, os planos nacionais de

ação para a próxima década deveriam contemplar os seguintes componentes:

- adequação estatística,
- criação e ampliação dos sistemas de inspeção laboral,
- adaptação legislativa e normativa,
- fortalecimento dos agentes sociais,
- incorporação do tema do trabalho infantil nas políticas sociais,
- observatório de políticas nacionais.

Em síntese, se tem avançado notavelmente na criação de um entrelaçado institucional, no conhecimento da realidade e na adaptação normativa, graças a uma intensa mobilização frente ao trabalho infantil, especialmente nos últimos cinco anos. Ficaria pendente no entanto, uma focalização mais intensa dos programas públicos no objetivo de erradicação do trabalho infantil, vinculando o investimento sustentado na educação pública com uma estratégia de geração de renda ou opções econômicas para as famílias com crianças que trabalham.

13. A participação de crianças e adolescentes

A infância e a adolescência conformam o segmento da população que cada dia aprende e reproduz valores e práticas sociais, que logo se refletirão na vida familiar, nas relações com o público e nas formas de convivência.

As crianças e adolescentes com frequência desenvolvem suas vidas em cenários onde primam a violência, a incerteza e as relações sociais distantes da convivência democrática. Entre os adolescentes é comum a falta de confiança nas instituições do Estado e o desdém pela participação nos assuntos públicos. A Convenção sobre os Direitos da Criança abre um espaço para promover na infância, e especialmente entre os adolescentes, o apreço pelos valores de cooperação e solidariedade, e a preocupação pelos assuntos concernentes ao interesse coletivo.

Por outra parte, a adolescência é uma etapa do ciclo vital crucial para romper os esquemas de poder tradicionais, particularmente os que se dão entre homens e mulheres; esta etapa abre, portanto, a oportunidade para que ambos cresçam num diálogo construtivo. As diferenças e conflitos não deveriam levar os adolescentes a aprofundar as fraturas de suas relações e, pelo contrário, a aproximá-los a uma nova forma de relação mediada pelo desejo de conhecimento e entendimento mútuos.

Em atenção a todo o anterior, a Convenção põe especial ênfase no direito à participação das crianças e adolescentes, outorgando-lhe grande importância como um pré-requisito fundamental na aplicação da própria Convenção. O direito à participação é um dos quatro

princípios gerais, identificados pelo Comitê dos Direitos da Criança como valores fundamentais, junto com a não discriminação, o interesse superior da criança, a sobrevivência e o desenvolvimento.

Nem todas as formas de participação são sempre e em todos os casos positivas e desejáveis. Não obstante o artigo 12 da Convenção não conferir às crianças e aos adolescentes o direito a tomar decisões sem considerar suas conseqüências, nem tampouco abrir-lhes espaço para desprezar os direitos dos pais e das mães, introduz uma mudança radical nas posições tradicionais que assumem que a opinião e os interesses das crianças e dos adolescentes não deveriam ser considerados nem escutados.

O mencionado artigo reconhece:

- A capacidade de todas as crianças e adolescentes para expressar seus pontos de vista, já seja verbalmente ou através de outras linguagens,
- O direito das crianças a expressar-se livremente,
- O direito a ser escutados em todos os assuntos que lhes concernem,
- O direito a que suas opiniões sejam consideradas, de acordo a sua idade e sua maturidade.

Quando se fala de participação adolescente é preciso diferenciar:

- os espaços sociais: espaços cotidianos da vida dos adolescentes (família, escola, associações juvenis, grupos esportivos, artísticos, ecológicos, e outros),

- os espaços institucionais: espaços para o aprendizado das formas adultas da participação, especificamente a participação na vida política e pública (instituições políticas, jurídicas e do Estado).

Os espaços institucionais não devem nem podem suplantam aos espaços sociais, ainda que possam se retroalimentar. Assim, o abuso de drogas ou a utilização

da violência podem ser debatidos, mas não decididos com eleições ou num parlamento juvenil. Os conflitos devem resolver-se e canalizar-se aí onde se originam: na família, na escola, na sociedade, nos espaços cotidianos de interação com o mundo adulto. Em particular, é necessário fazer da família e da escola os cenários privilegiados da participação dos adolescentes, assegurando que se convertam em espaços cada vez mais inclusivos.

14. A violência e o direito à convivência familiar

A violência é um dos problemas mais graves e generalizados que afetam a infância e a adolescência na Ibero-América. A exercem os pais, os cuidadores, outras crianças ou jovens, os professores ou outros adultos, a polícia ou as forças regulares e irregulares em conflito, a exerce o próprio Estado. Ainda que esta violência, em suas múltiplas formas, afeta os corpos, as mentes e a qualidade de vida das crianças e adolescentes que a padecem, tem sido um fenômeno freqüentemente tolerado e até perdoado pela mesma sociedade e, muitas vezes, reforçado pelos meios de comunicação.

Das mortes por homicídio na região, 28.7% correspondem a crianças e adolescentes de 10 a 19 anos. Brasil, Colômbia, El Salvador e Venezuela são os países com as taxas mais elevadas de homicídios na população masculina de 15 a 24 anos, e, além disso, estas taxas estão aumentando (OPS, 1998).

Em vários países da região tais como Colômbia, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua e Peru, os conflitos armados internos e a violência social e política causaram a fragmentação das comunidades e das famílias, deixando em seu caminho um número importante de jovens sem orientações nem oportunidades claras para seu futuro. Em vários países, a violência política tem sido a origem das gangues juvenis e de formas organizadas de delinqüência juvenil.

Estudos recentes estimam que, a cada ano, pelo menos 6 milhões de pessoas menores de 18 anos são vítimas de agressão física severa e destas, 85 000 morrem por causa da violência intrafamiliar. As pesquisas existentes mostram que o abuso sexual começa tão cedo, como aos cinco anos de idade, e aumenta significativamente entre os cinco e os nove anos. A informação de distintos países coincide também em que entre 70% e 80% das vítimas são meninas na metade dos casos os agressores moram

com as vítimas e, em três quartas partes dos casos, são familiares diretos dos meninos e meninas abusados.

O abuso de poder propicia estes freqüentes episódios de violência e abuso sexual, emocional e físico nas famílias, os que constituem o preâmbulo para que as crianças abandonem suas casas e se produza um vínculo precoce com a rua e com o comércio sexual e outros flagelos como a exploração laboral e o consumo de drogas. Um estudo realizado pela UNICEF sobre meninas exploradas sexualmente nos países da América Central revelou que 47% das meninas entrevistadas haviam sido vítimas de violações, maltrato e abuso em suas próprias casas.

As instituições nacionais reconhecem que o problema da exploração sexual comercial se tem agravado: existe toda uma rede de beneficiários econômicos desta, incluindo proxenetas, "clientes", taxistas e donos de hotéis e bares. A maioria das crianças e adolescentes explorados sexualmente provêm de famílias muito pobres e geralmente são vítimas de abuso sexual por parte de parentes ou pessoas conhecidas. É comum também, que tenham estado na escola por poucos anos e que tenham entrado e saído em reiteradas ocasiões de instituições de "proteção da infância", tanto de caráter público como privado (UNICEF-Costa Rica, 1999).

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes na Ibero-América aumentou como resultado dos recentes avanços nos campos da tecnologia informática e das comunicações, incluindo a câmera de vídeo e Internet, que contribuíram substancialmente para a escalada da pornografia infantil. Por sua vez, a rapidez dos meios de transporte assim como a mobilidade das pessoas tem facilitado o aumento do tráfico e venda de crianças, assim como do turismo sexual e da exploração sexual infanto-juvenil.

Quadro III.5

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: A AÇÃO DA COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DA MULHER (CIDM) DE PORTUGAL**Violência doméstica: uma forma de violação dos direitos humanos**

O fenômeno da violência doméstica se inscreve no âmbito social e psicológico. Tem suas raízes no mais profundo das estruturas mentais dos indivíduos, mas também está enraizado nas idéias, valores e mitos que estruturam a sociedade. Aqui o inconsciente individual e coletivo se unem e entrelaçam. Não se pode ignorar que a violência é o princípio original da vida humana e que é seu domínio o que torna possível as sociedades. É neste ponto onde intervêm os direitos. A norma jurídica tem duas funções essenciais: dá um nome aos acontecimentos e aos comportamentos e fixa limites e espaços de interdição.

Nos últimos tempos foram logrados alguns progressos, especialmente no âmbito legal, no que se refere à forma de abordar este autêntico flagelo social. Porém a lei de nada serve se não é aplicada. O papel do Estado nisto é fundamental: nem a política de não ingerência nos assuntos privados nem os valores e costumes tradicionais podem ser invocados para impedir a luta contra a violência doméstica.

É importante continuar examinando as razões da violência familiar, estudando os contextos e os mecanismos apesar das dificuldades que surgem da ausência de registros ou não declaração de numerosas situações e episódios de violência. Em 8 de março de 1998, o Ministério de Administração Interna de Portugal determinou que a Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana comessem a registrar, de forma autônoma, as

queixas da população sobre violência doméstica, criando um primeiro indicador nacional de violência doméstica e intrafamiliar.

As estatísticas oficiais disponíveis ainda não refletem este indicador para anos anteriores à sua criação. As estatísticas dos serviços de justiça entregadas pelo Gabinete de Estudos e Planejamento do Ministério de Justiça desagregam por sexo do autor e da vítima, mas não pela relação de parentesco entre eles.

O crime de "maus tratos ou sobrecarga (exploração) de menores, de subordinados ou entre cônjuges" não esclarece a natureza da vítima. Segundo os dados oficiais do Ministério de Justiça, por semana, cerca de seis milhões de mulheres são vítimas de crimes contra a vida. Há que recordar, ademais, que numerosos casos de violência familiar não são objeto de queixa.

O tratamento integral e integrado da questão da violência é fundamental, entendendo por *integrado* a articulação entre os modos de intervenção dos mecanismos governamentais e não-governamentais, estabelecendo fronteiras e definindo espaços de modo a utilizar racionalmente os recursos humanos e financeiros, sempre escassos, de que se dispõem. A CIDM dispõe em Lisboa e no Porto de gabinetes de informação e apoio às mulheres vítimas da violência, e estas respondem às consultas nesta área também por carta e por telefone. Os atendimentos por carta, telefone e presenciais pretendem dar informação numa linguagem correta, simples e

acessível.

Os serviços disponíveis na CIDM tendem a trabalhar na perspectiva da informação para a ação: se trata de que as publicações de divulgação da lei utilizem uma linguagem correta mas "descodificada", a fim de chegar adequadamente a toda a população. Para isso as sessões de informação/sensibilização devem tomar em consideração as características do público ao que vão dirigidas (escolas, associações de base, professores, igrejas, forças de segurança, pessoal de saúde, juristas, jornalistas, entre outros).

O Plano Nacional contra a Violência Doméstica, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros N° 55/99 de 15 de junho vem sendo objeto de avaliação e aplicação em suas distintas vertentes.

Medidas legais: A CIDM, através da Divisão de Assuntos Jurídicos, poderá colaborar no estudo das medidas específicas e propor:

- um papel ativo das organizações não-governamentais de apoio às vítimas,
- uma lei da função policial,
- regular o uso e porte de arma,
- revisar a situação dos imigrantes.

Políticas de sensibilização e informação:

- ações de sensibilização em associações, escolas, e outros, na linha do que a CIDM vem realizando há muitos anos,
- meios de comunicação social

(nacional e locais),

- campanha publicitária, em colaboração com a Fundação da Juventude, e também autônoma da CIDM.

Políticas de formação: Realização de ações de formação na linha do que vem desenvolvendo a CIDM: concepção de um modelo adaptável a públicos diversos (agentes policiais, médicos e profissionais da saúde, magistrados, juristas e advogados, assistentes sociais e psicólogos, docentes, educadores de infância, orientadores religiosos, profissionais

da comunicação social —preparação de dossiês temáticos, envio sistemático de artigos à imprensa e às rádios regionais, articulação com escolas de jornalismo, e outros).

Articulações locais: Articulação e aprofundamento com postos de informação criados no âmbito do projeto "TRAMPOLIM".

Centros de acolhida: Refúgios ou casas de abrigo: preparação de monitores para a rede nacional, formação de pessoal, apoio jurídico às vítimas.

Colaboração na concepção de um

sistema permanente de obtenção, coleta e tratamento da informação.

Realização de estudos; por exemplo, custos sociais da violência, papel dos sistemas de saúde, medidas para combater a violência exercida contra as crianças, os jovens e as mulheres, para sua apresentação à DAFNE.

Fonte: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher (CIDM), organismo dependente da Presidência do Conselho de Ministros e que tem a seu cargo os estudos das questões ligadas à violência intrafamiliar, particularmente a que se exerce sobre as crianças.

15. O direito a viver em paz e a violência que surge do conflito armado

Os anos noventa apresentaram, em geral, um panorama menos dramático em termos de conflitos armados nos países ibero-americanos, porém estes conflitos parecem estar longe de desaparecer, e continuam tendo um impacto desolador sobre a população, a vida social e as economias destes países. As guerras desatadas entre grupos insurgentes, paramilitares e forças armadas, além de deixar mortos e feridos, arrastaram milhares de crianças e adolescentes ao combate, destruíram famílias, agudizaram a pobreza, forçaram a migração interna ou a busca de refúgio em outros países, deixando importantes seqüelas físicas e psicológicas, particularmente nas crianças e adolescentes que as sofrem.

A guerra viola todos os direitos das crianças: à vida, à educação, à saúde e à alimentação, às crenças religiosas, a não tomar parte na violência e a um desenvolvimento

harmonioso da personalidade. Os conflitos armados geram valores, princípios, normas, significações e atores que constituem o universo dentro do qual muitas crianças nascem e, se sobrevivem, a realidade na que crescem e se desenvolvem. A guerra perverte as relações interpessoais e familiares, as contamina com seus valores e sua violência. A guerra legitima a morte e desconhece o direito à vida. Ao seu evidente impacto físico, há que agregar o impacto psicológico e moral que causa às crianças: seu medo, sua dor, sua angústia.

Nos países ibero-americanos, a maior parte dos conflitos contemporâneos ocorreu no interior dos Estados. Muitas das crianças que cresceram na guerra chegam a considerá-la como uma forma normal de vida; sós, órfãs, assustadas e frustradas, muitas acabam preferindo a luta armada, adotando a violência como método para afirmar

sua identidade, e alcançar seus objetivos na vida. Muitas pessoas viram como única saída a fuga para outras regiões ou países.

A magnitude dessas migrações foram importantes. Na Colômbia, quase 400 000 famílias, com mais de um milhão de crianças, se deslocaram entre 1985 e 1999. Em 1999, os deslocamentos afetaram a 270 000 pessoas, das quais mais de 175 000 eram menores de 18 anos (Codhes-UNICEF, 2000).

Na Guatemala, se calcula que aproximadamente um milhão de pessoas teve que deslocar-se internamente como consequência do conflito; outros tiveram que migrar a Belize, Costa Rica, Honduras e México. No México, por exemplo, foram reconhecidos oficialmente 46 000

refugiados, metade dos quais eram menores de idade, porém se estimava haver de 75 000 a 150 000 refugiados não registrados dispersos no território mexicano. E ainda que os acordos de paz tenham logrado o cessar da violência sistemática das décadas passadas, não puderam reverter completamente estes deslocamentos e nem suas consequências.

Nos países em que os processos de pacificação estão mais avançados, se enfrentam os problemas típicos de uma sociedade pós-bélica. Em El Salvador e Nicarágua, por exemplo, um dos problemas mais graves constituem as gangues juvenis formadas pela grande quantidade de ex-combatentes que não puderam reinsertar-se na vida civil.

Quadro III.6

AS CRIANÇAS DA GUERRA

Na Colômbia, segundo uma pesquisa realizada pela Defensoría del Pueblo com o apoio da UNICEF e a Fundação Friedrich Ebert da Colômbia (FESCOL), até 80% dos integrantes das forças armadas irregulares são crianças ou adolescentes, o que inclusive é justificado como especialmente valioso para a guerra: “Quanto menos idade tenha o jovem, melhor. Os jovens são intrépidos, têm mais valor para a guerra”. Testemunhos de 120 crianças vinculadas direta ou indiretamente ao conflito mostram que elas são utilizadas inclusive para trabalhos de

alto risco, como a fabricação e posterior colocação de minas artesanais. Dos entrevistados 18% matou pelo menos a uma pessoa em sua vida, 78% viram cadáveres e corpos mutilados, 25% presenciaram seqüestros e 13% participaram em seqüestros. Desses testemunhos, 18% das crianças presenciaram torturas —ainda que disseram não haver participado— e 40%, alguma vez, dispararam contra alguém. Um dos menores entrevistados indicou que na frente à qual pertencia lhe davam para consumir pólvora com leite “para que lhe dê vontade de

matar ao que passe pela frente”. Ao indagar sobre os motivos que os levaram a ingressar à guerrilha, 86% manifestou haver se incorporado voluntariamente, enquanto 14% disse haver sido vinculado à força. A 17% o seduzia a guerrilha, outro tanto igual entrou por causa da pobreza; e 8% como consequência de problemas pessoais: enamoramento e decepção amorosa, vingança e medo. Dos menores de idade entrevistados, 100% manifestou haver entrado na guerrilha por motivações diferentes às políticas.

16. Migração

A migração da criança e do adolescente é um fenômeno coletivo —com familiares— que obedece a causas econômicas como busca de trabalho. São exemplos paradigmáticos a emigração através da fronteira Nicarágua-Costa Rica, ou da México-Estados Unidos. Mais recentemente um certo grau de tal migração tem tido lugar através das fronteiras peruano-chilenas.

A migração obedece também a razões político-militares —de domínio interno—, como é o caso do deslocamento forçado, que ocorre atualmente na Colômbia, como conseqüência da intensificação do conflito armado. Entre 1985-1999, foram obrigadas a deslocar-se 1 600 000 pessoas, das quais mais de um milhão (cerca de 70%) são menores de idade. Na Colômbia, a cada hora são deslocados 20 menores de 18 anos. Os deslocados em sua grande maioria não encontram estabilidade social, econômica nem cultural. Isto tem feito com que as crianças deslocadas sejam mais propensas à exploração laboral e a toda classe de atividades da economia informal urbana, incluindo a violência já descrita.

Na Espanha, muitos imigrantes —do norte da África em sua maioria— vivem em zonas urbanas que se caracterizam pela falta ou insuficiência de serviços públicos. Têm acesso restringido à educação, à atenção

sanitária, ao emprego e na maioria das vezes vivem em uma situação que equivale a uma violação de seus direitos sociais e econômicos.

Ademais costumam ser marginalizados do mercado de trabalho e muitas vezes se concentram em setores nos que a atividade econômica carece de proteção jurídica, sanitária e de previdência. As mulheres e crianças enfrentam dificuldades particularmente graves, cada vez com mais casos de prostituição e pornografia.

Quanto aos menores, na maioria dos casos são abandonados pelos denominados agentes em países de trânsito ou no país receptor, após o pagamento de grandes somas de dinheiro por parte das famílias. Apesar de serem vítimas, são detidas, expulsadas ou deportadas. A violação durante a custódia e outras formas de violência sexual contra meninas e mulheres indocumentadas, assim como a falta de denúncia dessas violências, são freqüentes. As crianças se vêm afetadas pelo círculo da clandestinidade ou da irregularidade, umas vezes por desinformação e outras pelo excessivo atraso da administração. Se o Estado receptor obriga os pais a abandonar o país, se nega à criança o direito a desenvolver-se como nacional do Estado em que nasceu, apesar de que esse Estado reconheça tal direito a todos os demais nascidos em seu território.

17. O direito a uma verdadeira justiça penal juvenil

Como com toda a cidadania, a justiça especializada na infância e na adolescência deve atender dois planos: o das vítimas e o dos agressores.

No primeiro, se trata de estabelecer legalmente o direito das crianças e adolescentes de ter acesso à justiça e aos mecanismos correspondentes para assegurar o cumprimento das garantias processuais, tanto para a adoção de medidas de proteção dos direitos violados ou ameaçados como para demandar judicialmente a restituição dos direitos desrespeitados. Este direito inclui o acesso a uma administração de justiça especializada na

infância e na adolescência na qual se possa reclamar, perseguir e sancionar as violações ou omissões de seus direitos humanos, desde jurisdições de família, penais, laborais, até os mais altos tribunais.

No segundo, no plano dos agressores, se trata de estabelecer uma justiça penal especializada e independente da justiça penal de adultos em sua fase processual e de execução. A justiça penal juvenil reconhece tanto a responsabilidade dos e das adolescentes por seus supostos atos criminais como suas garantias constitucionais, pois incorpora os direitos fundamentais

Quadro III.7
CRIANÇAS IMIGRANTES NA ESPANHA

A ausência de dados exatos sobre o número de menores imigrantes que atualmente se encontram na Espanha é o primeiro problema que se enfrenta na hora de conhecer sua situação e delinear políticas tendentes a que se respeitem seus direitos. Estes se reconhecem claramente na lei 1/96, de proteção jurídica do menor, que estabelece claramente em seu artigo 1 que as disposições nela contidas regem para “todos os menores de dezoito anos que se encontram em território espanhol” e são aplicáveis, portanto, a todos os menores estrangeiros que se encontrem no território, tanto se sua situação no mesmo é legal como se entraram ao país de forma irregular.

Não obstante essa ausência de informação fidedigna, as associações e organismos que trabalham com estes menores coincidem em assinalar que existe um coletivo importante de crianças estrangeiras que compartilham as seguintes características:

- são originários do Magreb (região setentrional da África), geralmente de nacionalidade marroquina;
- são de sexo masculino;
- em seu país viviam em condições precárias;
- deixaram seu país para encontrar um trabalho que lhes permita enviar dinheiro à casa;
- moraram durante um tempo numa cidade, normalmente marroquina, esperando o momento oportuno para viajar à Espanha;

- chegaram à Espanha de forma irregular (como clandestinos ou em barcos ilegais);
- pode ser a primeira vez que se encontram na Espanha, ou podem haver retornado depois de devolvidos a seu país pelos serviços de proteção de menores competentes.

Ainda que este perfil não possa ser aplicado a todas as crianças estrangeiras residentes na Espanha, começa a ser significativo o número delas que coincide com esta descrição.

A análise da regulamentação jurídica aplicável à infância estrangeira que se encontra na Espanha, demonstra a insuficiência de normas dedicadas a este coletivo. A garantia dos direitos que são reconhecidos a estes menores pela legislação imperante no âmbito nacional e internacional, fica prejudicada pela ausência de uma regulamentação detalhada e efetiva de procedimentos adequados para o exercício dos mesmos. As referências normativas relacionadas com este assunto, além de ser escassas e demasiado genéricas, se encontram dispersas em distintos códigos e corpos legislativos e estabelecem claras discriminações de acordo com o país de origem do imigrante. Com efeito, tanto para os adultos como para os menores, existem dois tipos de permissão de residência para estrangeiros: a permissão de residência sob regime comunitário que se outorga principalmente àqueles provenientes de países da União Européia, e cujos possuidores não estão obrigados a solicitar

permissão de trabalho; e a permissão sob regime geral, que pode ser solicitado por aqueles que não reúnem as condições para obter o anterior. Para os que possuem este último, não existe segurança jurídica tão clara como a que oferecem as permissões de caráter comunitário. As crianças provenientes de países africanos, do leste europeu e dois terços dos sul-americanos, se incluíam entre os que ostentam este último tipo de permissão.

No entanto, à margem das crianças estrangeiras com permissão de residência (de qualquer tipo), se encontra um grupo cada vez mais numeroso de menores imigrantes em situação irregular, os denominados “sem papéis”, cuja cifra se desconhece até o momento. O não cumprimento dos direitos destas crianças —que se expressa em falta de assistência sanitária, acesso à educação, proteção em caso de desamparo, entre outros—, unida à preocupação pela chegada de um maior número de menores estrangeiros à Espanha (barcos ilegais, clandestinos), torna urgente a intervenção da administração pública neste âmbito, promovendo iniciativas, projetos e programas de atendimento integral a menores imigrantes e, por outra parte, apoiando material e economicamente à órgãos, associações, ONG e outros órgãos que estejam trabalhando diretamente com esta minoria altamente vulnerável.

que em matéria penal se reconhecem aos adultos e aqueles outros especiais derivados da condição de pessoas em processo de formação.

Ao longo desta década, todos os países ibero-americanos ratificaram a Convenção sobre os Direitos da Criança. Não obstante, a maior parte dos países não adaptaram totalmente suas leis penais à Convenção sobre os Direitos da Criança, e vários dos que o fizeram suspenderam sua entrada em vigor (Guatemala e Panamá), ou estão implantando com algumas dificuldades o sistema público de execução de sanções (Bolívia, Nicarágua, República Dominicana), ou, ainda, estão tentando criar jurisdições especializadas. Nesta matéria, as legislações do Brasil, Costa Rica, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Venezuela e, dentro de pouco tempo, do Chile, constituem algumas das peças jurídicas mais avançadas e completas do mundo. O desafio, agora, está na efetiva aplicação destas normas, o que requer a transformação profunda das instituições vigentes e a formulação de políticas públicas que façam realidade esses direitos que estão reconhecidos nas leis.

Em alguns dos países nos que mais se avançou nesta concepção da justiça penal juvenil, se começam a notar alguns efeitos positivos. Na Costa Rica, por exemplo, depois de um ano de haver entrado em vigência a Lei de Justiça Penal Juvenil, um balanço realizado com o auspício da UNICEF, do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e o Tratamento do Delinqüente (ILANUD) e da Escola Judicial da Corte Suprema de Justiça, mostrou que se havia produzido uma rápida e drástica redução do número de menores de 18 anos privados de liberdade. De uma média de 140 menores que em anos anteriores viviam nessa situação, a um ano de funcionamento da Lei se passou a ter só 30 menores privados de liberdade. As situações, no entanto, são muito diversas e em todos os casos persiste uma discussão aberta na que se confronta a preocupação pela criminalidade e a segurança da cidadania com a preocupação pelos direitos dos jovens em conflito com a lei e por sua adequada reintegração à sociedade.

Quadro III.7
DELIMITAÇÕES DA RESPONSABILIDADE PENAL DOS JOVENS

País	
Argentina	Não é punível o menor de 16 anos. Os menores de 18 anos não são puníveis com relação a delitos cuja pena de privação de liberdade não exceda a 2 anos com multa ou inabilitação
Bolívia	A lei estabelece a responsabilidade penal para os maiores de 16 anos; o projeto de Lei do Código do Menor a amplia a 18 anos
Brasil	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor, de acordo com sua legislação específica
Chile	Os menores de 16 anos são absolutamente impunes; entre 16 e 18 anos, a impunidade depende do discernimento
Colômbia	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor
Costa Rica	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor
Equador	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor
Guatemala	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor
Honduras	Os menores de 12 anos são impunes. Entre 12 e 18 anos, têm foro especial da lei de jurisdição de menores
Peru	As crianças e adolescentes de 12 a 18 anos são responsáveis ante o sistema judicial do menor
Uruguai	Os menores de 18 anos são impunes e se aplicam as medidas de proteção do Código da Criança

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com base em documentos dos países.

Quadro III.8

NECESSIDADE DE CRIAR UM OBSERVATÓRIO IBERO-AMERICANO PARA O DESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

Devido a sua especificidade temática, a Organização Ibero-Americana da Juventude (OIJ) pôde reunir e sistematizar uma importante quantidade de informação sobre a realidade da juventude ibero-americana. Tal informação se refere tanto à situação dos jovens como às políticas públicas que atuam na realidade juvenil (ofertas programáticas, marcos normativos, institucionalidade estatal). A OIJ dispõe de um panorama do desenvolvimento das políticas públicas de juventude da região, derivado da recente avaliação do Programa Regional de Ações para o Desenvolvimento da Juventude da América Latina, PRADJAL, aplicado durante o período 1995-2000.

Graças a esse esforço, a OIJ detectou deficiências na informação sobre a adolescência: a maior parte dela descontínua ou incompleta, evidencia níveis díspares de qualidade segundo a fonte ou o país de procedência, apresenta poucos indicadores comparáveis e mostra imperfeições na circulação e oportunidade de sua publicação, dentre outras. Igualmente se observa que a informação sobre a população adolescente se encontra incluída nos informes de infância (0 a 13 anos) ou bem nos informes sobre juventude (15 a 29 anos), omitindo o desenvolvimento explícito da categoria "adolescência", que em estrito rigor define àqueles que têm entre 14 e 18 anos de idade.

Não obstante sua importância demográfica, a realidade na qual se encontram os adolescentes de ambos sexos está marcada pelas complexidades próprias de seu período vital, assim como pela exclusão social, a pobreza ou as violações aos direitos humanos que muitos deles padecem. Esta situação convida a intensificar os esforços para fortalecer o papel dos organismos institucionais e das redes de apoio

para a adolescência que existem a nível internacional, regional, nacional e local, para o que se requer tanto de recursos financeiros como de um "capital de informação de qualidade", e que atualmente não está disponível. Uma forma de alcançar esse objetivo é mediante a criação de um observatório ibero-americano para o desenvolvimento da infância, da adolescência e da juventude, que permitiria que as instâncias internacionais, nacionais e locais, encarregadas de impulsar iniciativas a favor destes três grupos sociais, pudessem contar com informação oportuna, confiável, verificável, comparável e intercambiável com o fim de planejar, desenhar, gestionar, executar e avaliar de maneira efetiva as ações, na perspectiva de obter os resultados e o impacto que requer a magnitude dos desafios atuais. Este Observatório deveria basear-se em um esquema de ação centrado no concerto interinstitucional, com um plano geral que permita o trabalho em rede, principalmente entre organismos internacionais dedicados à situação destes grupos sociais, para levar a cabo linhas de ação como as seguintes:

- Desenvolvimento de um sistema ibero-americano de indicadores comparáveis e específicos sobre infância, adolescência e juventude.
- Diagnóstico periódico da situação da infância, adolescência e juventude.
- Acompanhamento, análise e formulação de iniciativas em políticas públicas para a infância, a adolescência e a juventude.
- Informação e comunicação sobre a situação da infância, adolescência e juventude na Ibero-América, e os avanços, debilidades e inovações em matéria de política pública.

- Incremento da capacidade de atuação institucional para a criação, uso e comunicação de informação ligada ao sistema ibero-americano de indicadores sobre infância, adolescência e juventude.

Alguns produtos esperados do "observatório" são os seguintes:

- Informe periódico sobre a situação da infância, da adolescência e da juventude de Ibero-América.
- Informe periódico sobre o cumprimento de metas e iniciativas derivadas de acordos e tratados internacionais relativos à infância, à adolescência e à juventude da Ibero-América.
- Informe periódico sobre os avanços em políticas públicas dirigidas à infância, adolescência e juventude da Ibero-América.
- Apoio a organismos oficiais e não oficiais relacionados com o cumprimento de compromissos internacionais derivados dos acordos e tratados internacionais vigentes no âmbito ibero-americano (capacitação, fortalecimento institucional, desenvolvimento de sistemas de informação e comunicação pública).

O "observatório" pode prover antecedentes para o desenho de políticas públicas de maior qualidade e impacto, contribuindo substancialmente a melhorar as condições para a superação do déficit de cidadania que afeta especialmente a região latino-americana, avançando à realização progressiva da condição de cidadania integral de todos os ibero-americanos desde as menores idade e sem exclusões.

Seção IV

O contexto socioeconômico e seu impacto nas condições de vida da infância e da adolescência ¹

1. A insuficiência do crescimento econômico

Nesta se resenham as características mais relevantes do ambiente socioeconômico que têm condicionado o desenvolvimento dos países ibero-americanos e sua repercussão no nível de vida das crianças e dos adolescentes da região e se destacam os limites derivados da falta de dinamismo econômico e da elevada desigualdade social que caracteriza estes países. Esses fatores dificultam ou impedem dar pleno cumprimento aos direitos da infância pois se traduzem na incapacidade de amplos estratos da população de satisfazer suas necessidades básicas com a renda gerada pelo domicílio e em escassez de recursos públicos para investimento social. Faz-se referência também à insuficiência do desenvolvimento econômico e sua crescente volatilidade, à elevada e persistente desigualdade na distribuição de renda, e aos canais de reprodução intergeracional da pobreza e das desigualdades.

Durante a década passada a trajetória do crescimento econômico na região revelou importantes insuficiências. As taxas de crescimento do PIB foram moderadas ou

baixas e como média só alcançaram a 3.2% ao ano, entre 1990 e 1999.² Este ritmo de expansão é menor que o desempenho histórico da América Latina (5.5% ao ano

¹ Esta seção se apóia significativamente em CEPAL, 1998; CEPAL, 1999 e CEPAL, 2000b.

² Esta cifra corresponde a uma média simples das taxas anuais de crescimento dos 21 países ibero-americanos. A média ponderada foi de 2.9%.

entre 1945 e 1980) e muito inferior ao nível de 6% ao ano que a CEPAL estima necessário para abordar os atrasos tecnológicos e sociais e reduzir a pobreza. A maior parte dos países continuou se desenvolvendo em um contexto de vulnerabilidade devido a que a estabilidade macroeconômica tem dependido cada vez mais de elevados déficits em conta corrente, com frequência financiados com capitais voláteis, o que se manifesta em ciclos curtos de expansão e ajuste, refletindo o comportamento desses capitais.³ A isso se soma a fragilidade dos sistemas produtivos e financeiros, e as diversas crises internacionais que repercutem negativamente nas economias, com altos custos para as finanças públicas. A insuficiência do crescimento tem sido causa, e também consequência, dos baixos coeficientes de poupança e investimento. Em muitos países esses coeficientes ainda hoje não recuperam os níveis anteriores à crise da dívida dos anos oitenta.

A intensidade do processo de reestruturação econômica, por outro lado, tem exacerbado a heterogeneidade estrutural, característica dos sistemas produtivos da região. Se ampliaram as diferenças de produtividade entre as grandes empresas, líderes dos processos de modernização, e o amplo e variado espectro de segmentos retardatários, que concentram a maioria dos empregos.

Com isto, os principais fatores que geram as desigualdades de renda tenderam a consolidar-se, ao aumentar as brechas internas de produtividade e de rendimentos do trabalho dentro e entre os setores. Estas tendências afetam a própria capacidade de crescimento econômico, uma vez que limitam o enlace entre os diversos setores produtivos e a difusão do progresso técnico, assim como o dinamismo das exportações.

Estas características do desenvolvimento recente da maioria dos países da região se uniram ao importante acúmulo histórico de atrasos sociais com consequências negativas em três âmbitos inter-relacionados: o emprego, a pobreza e a exclusão social. A falta de dinamismo do crescimento econômico e a incapacidade de manter-se no tempo vem-se traduzindo em um tênue efeito sobre o mercado de trabalho. Tem havido escassa ou nula geração de empregos produtivos, um lento ritmo de aumento da

produtividade laboral e baixos salários. No decênio de 1990, a maior parte dos empregos foi gerado no setor informal: segundo estimativas da CEPAL, 69 de cada 100 novos empregos criados entre 1990 e 1997 corresponderam a este setor, ao que pertencem 47% dos ocupados nas zonas urbanas dos países. Este fato explica o atual estancamento dos níveis de produtividade, os baixos níveis de renda e a desproteção social que afeta grande parte dos ocupados.

No que se refere aos rendimentos laborais, as tendências têm sido díspares. Em alguns países os níveis salariais médios continuam sendo inferiores aos de 1980, enquanto que em outros cresceram, porém a um ritmo inferior ao do produto por habitante. No final dos anos noventa o salário mínimo real em 13 de 18 países latino-americanos era inferior ao de 1980. Os trabalhadores informais recebem em média rendimentos correspondentes à metade dos que obtêm os operários e empregados de estabelecimentos do setor formal e, como regra geral, aqueles cresceram a um ritmo menor, o que tem acentuado a desigualdade dos rendimentos do trabalho. A essa maior desigualdade também tem contribuído o apreciável aumento da diferenciação salarial entre os ocupados de alta e baixa qualificação.⁴ Estes são os principais fatores que explicam a persistente desigualdade distributiva de renda a nível pessoal e familiar, a mais elevada de todas as regiões do mundo, que tem tendido a manter-se em níveis altos na última década, inclusive nos países que lograram elevadas taxas de crescimento econômico.

As expectativas no sentido de que a recuperação dos níveis de produção ou o início de um novo período de crescimento permitirá contrapor-se à deterioração da distribuição de renda que se produziu nos anos oitenta não foram confirmadas pelos acontecimentos. A rigidez às mudanças e o pioramento da distribuição de renda nos períodos de crise tem sido característica mais notória desde fins da década de 1970. Na realidade, as tendências distributivas registradas nos anos noventa, ao menos até antes da crise asiática, estiveram marcadas pela capacidade que mostrou o decil mais rico para participar nos incrementos de renda. Em 8 de 13 países aumentou a participação deste grupo na renda urbana, e em 3 diminuiu a participação dos 40% mais pobres. Em consequência,

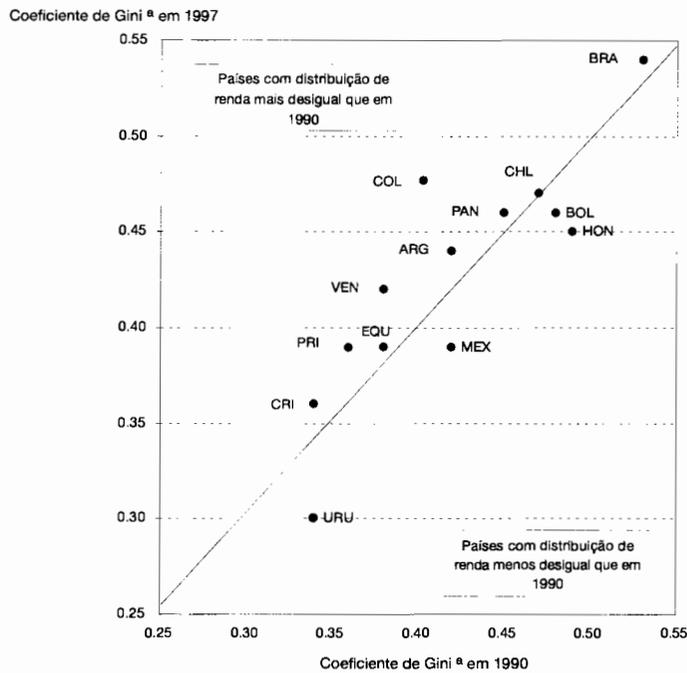
3 Uma indicação da crescente volatilidade do crescimento econômico na região surge da comparação dos coeficientes de variabilidade das taxas anuais de crescimento do PIB: este coeficiente foi de 0.71 no período 1990-1997 e de 1.1 entre 1990 e 1999.

4 A distância entre os rendimentos de profissionais e técnicos e os de assalariados em setores de baixa produtividade das zonas urbanas aumentou em 28% em média entre 1990 e 1997 (CEPAL, 2000b).

as disparidades entre a renda média domiciliar de ambos grupos aumentaram, o que redundou numa perda de participação dos estratos médios e baixos, que captaram uma parte muito menor do incremento da renda nacional

que os domicílios dos 10% mais ricos. Assim, o baixo nível de renda de amplos estratos da população junto à desigualdade distributiva são os fatores que explicam os elevados níveis de pobreza absoluta da região.

Gráfico IV.1
CÂMBIOS NA DESIGUALDADE DA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA URBANA, 1990-1997



Fonte: CEPAL, com base em tabulações das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

ª Calculado a partir da distribuição dos domicílios ordenados segundo a renda per capita, por grupos de decís.

O moderado descenso da porcentagem de domicílios em pobreza junto ao aumento do número absoluto de pessoas nessa situação durante a década passada, unidos à deterioração ou congelamento da distribuição de renda, coincidiram na região com a rápida expansão do acesso às comunicações, e que tende a elevar e homogeneizar as aspirações de consumo. Sobretudo os jovens urbanos

se encontram expostos à informação e estímulos de novos e variados bens e serviços que constituem símbolos de mobilidade social, aos que maioritariamente carecem de acesso. Neste contexto se vêm consolidando cenários de «pobreza dura» que afetam especialmente as crianças e adolescentes.

2. Magnitude e evolução recente da pobreza entre crianças e adolescentes

A pobreza absoluta e, ainda mais, sua condição extrema (a indigência), refletem a insuficiência de recursos dos domicílios, o que lhes impede satisfazer as necessidades mais básicas de todos os seus membros. A evolução de sua magnitude e severidade³ permitem efetuar um balanço das mudanças nas condições de vida da infância e adolescência nos anos noventa –e, portanto, no grau de cumprimento de seus direitos– e dar um panorama de sua situação atual na região. Ainda mais pelo fato de que os câmbios na pobreza não só são resultado da evolução socioeconômica dos países, mas também porque a pobreza que prevalece neles determina em grande medida as oportunidades de vida e de acesso ao bem-estar das crianças e adolescentes durante sua vida adulta.

No transcurso da década (entre 1990 e 1999) se logrou um certo avanço em termos de pobreza no conjunto da região, que se traduziu numa diminuição de sua incidência e severidade. As cifras correspondentes a 19 países latino-americanos indicam que a porcentagem de domicílios em pobreza reduziu-se de 41% em 1990 a 35% em 1999. Esta última cifra é similar a que se havia alcançado em 1980, de modo que as melhorias em pobreza só foram suficientes para reduzi-la a seu nível prévio à crise da dívida. No mesmo período, também diminuiu a pobreza a nível das pessoas,⁴ de 48% em 1990 a 44% em 1999. Estes avanços estiveram associados ao crescimento econômico de alguns países, ao aumento do emprego maioritariamente no setor informal –que beneficiou relativamente mais aos estratos de menores rendas–, à redução da inflação, sobretudo nos países que lograram

conter a hiperinflação, e ao maior gasto social que possibilitou a expansão das receitas públicas. Estes fatores tiveram um efeito maior na renda e na pobreza nas áreas urbanas do que nas rurais. Assim, nas primeiras a porcentagem de pessoas na pobreza reduziu-se em quatro pontos percentuais (de 41% em 1990 a 37% em 1999), enquanto que nas segundas –que reúnem cerca de 30% da população regional–, a queda foi de só um ponto percentual, de 65% a 64%.

A pobreza se reduziu muito menos entre os domicílios com presença de crianças e adolescentes e sua evolução não foi suficiente para conter o aumento do número de crianças e adolescentes que vivem nessa condição. Do total de 211.4 milhões de pessoas em pobreza no ano 1999,⁷ 114.2 milhões tinham menos de 20 anos de idade. Destes, cerca de 36 milhões integravam o grupo mais vulnerável: crianças menores de 6 anos. Deste modo, ao iniciar-se o século XXI mais da metade das crianças e adolescentes da região são pobres e mais da metade do total de pobres da região são crianças e adolescentes.

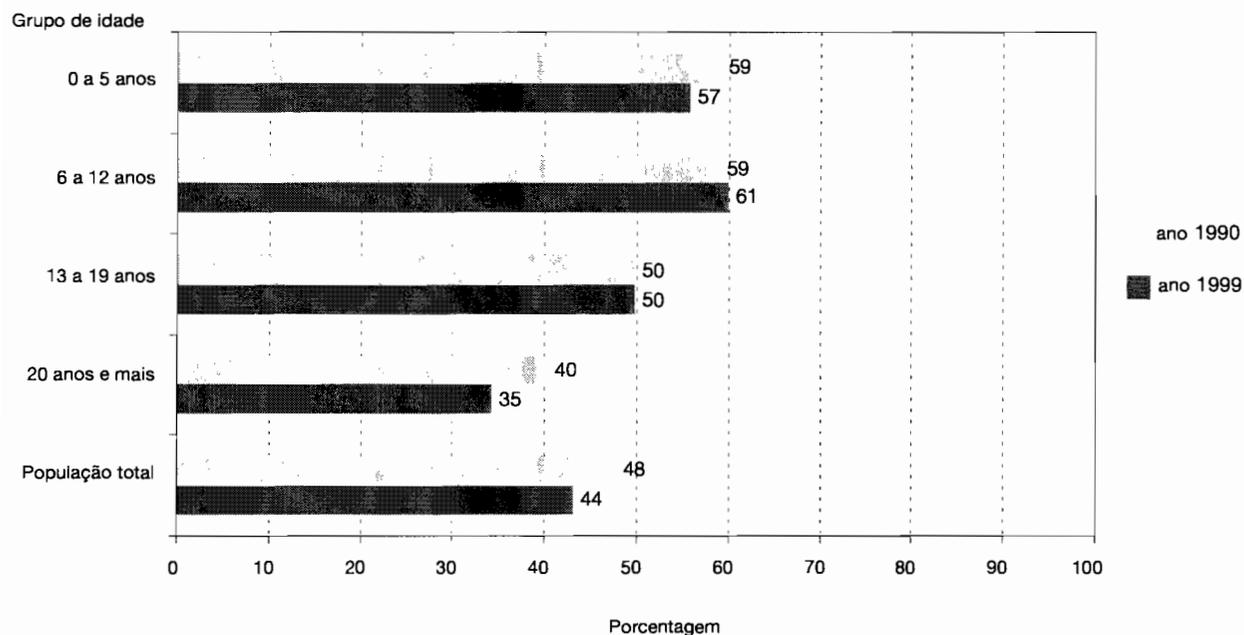
Com exceção do Paraguai, em todos os países latino-americanos analisados, a diminuição da pobreza urbana entre as crianças menores de seis anos experimentou uma queda significativamente inferior à do conjunto da população. E ainda, naqueles países em que a pobreza a nível global se manteve ou aumentou, a situação das famílias com presença de crianças experimentou maior deterioração.

3 A magnitude ou incidência da pobreza se refere à fração do total da população que vive em domicílios com renda inferior ao valor da linha de pobreza; sua severidade faz referência à medida em que a renda dos domicílios pobres é inferior ao umbral mínimo de consumo determinado por essa linha.

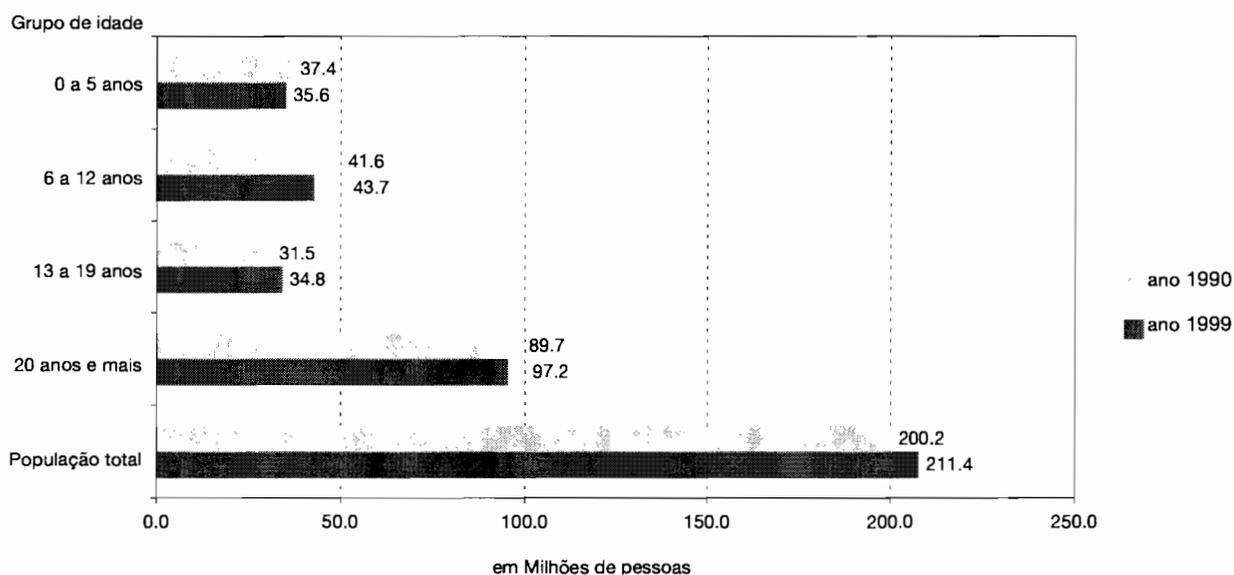
4 As medições de pobreza absoluta que realiza a CEPAL se efetuam pelo método de renda. Este se baseia na quantificação dos recursos monetários e não-monetários dos domicílios, os que se contrastam com o valor de uma cesta de bens e serviços indispensáveis para satisfazer as necessidades básicas de seus membros. O grau em que se satisfazem essas necessidades depende, dentre otros fatores, da forma como se distribuem os recursos familiares entre os integrantes do domicílio. Por isso, a condição de pobreza é, em rigor, uma característica própria do domicílio e não necessariamente de cada uma das pessoas que nele residem. Afirmar que uma pessoa é pobre significa simplesmente que essa pessoa vive em um domicílio em situação de pobreza. Naturalmente, quanto maior é o hiato entre a renda domiciliar e o valor da linha de pobreza, mais provável é que todos os que o integram estejam afetados por tal situação.

5 Não se dispõem de estimativas da magnitude da pobreza absoluta na Espanha e em Portugal.

Gráfico IV.2
AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): INCIDÊNCIA DA POBREZA ^a
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE 1990 – 1999
(Em porcentagens)



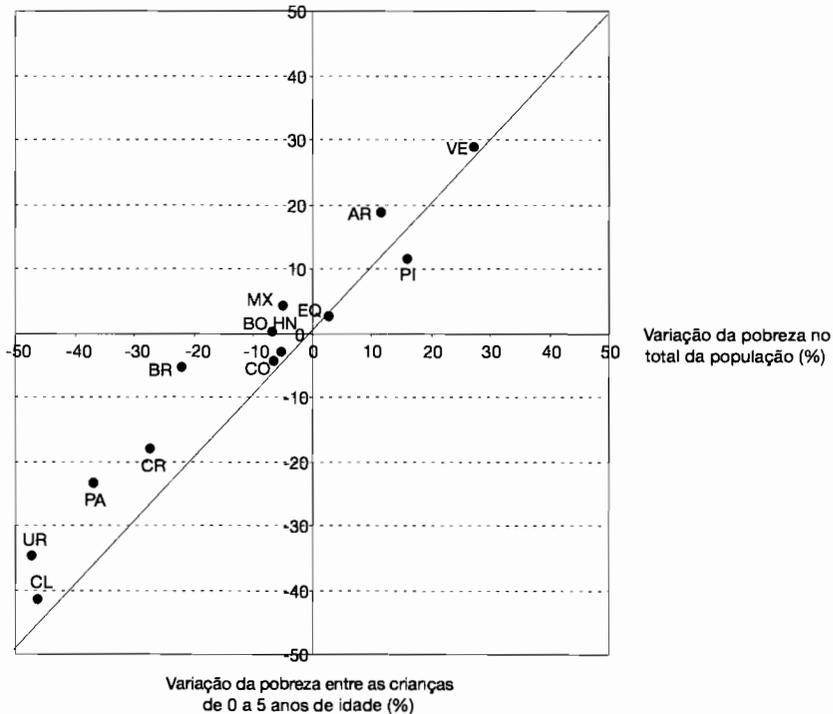
AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): NÚMERO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE 1990 – 1999
(Em milhões)



Fonte: CEPAL, estimativas com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a Porcentagem de pessoas que residem em domicílios com renda inferior à linha de pobreza. Inclui pessoas indigentes ou em extrema pobreza

Gráfico IV.3
**VARIAÇÃO PERCENTUAL DA POBREZA NA POPULAÇÃO TOTAL
 E ENTRE OS MENORES DE 6 ANOS DE IDADE**
Zonas urbanas, 1990-1999



Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países

Esta constatação põe em destaque, em primeiro lugar, que a população infantil e adolescente continua sendo a mais afetada pela pobreza e pela indigência. Em segundo lugar que, na ausência de políticas públicas dirigidas a elevar a renda das famílias mais vulneráveis e com presença de crianças, o aumento da renda por habitante e os demais fatores que acompanham o crescimento econômico beneficiam menos a esses domicílios, especialmente àqueles com menores de seis anos, os mais afetados nas situações de contração ou de crise.

Por sua vez, as crianças em idade escolar (entre 6 e 12 anos de idade) não viram melhorano suas condições de vida: a incidência de pobreza nesta faixa etária aumentou de 59% a 61% entre 1990 e 1999 e o número delas em pobreza cresceu de 41.6 milhões a 43.7 milhões no total de 19 países latino-americanos incluídos na estimativa. A pobreza entre adolescentes de 13 a 19 anos de idade praticamente se manteve, em 50%, e sua elevada participação na população regional fez com que o número deles em pobreza aumentasse de 31.5 milhões em 1990 a 34.8 milhões em 1997.

3. A transmissão intergeracional da pobreza e das oportunidades de bem-estar

A desigualdade distributiva e os atuais níveis de pobreza registrados na região coexistem com uma marcada concentração do capital educativo e do patrimônio fixo e financeiro. Junto com outros fatores de caráter demográfico e socioeconômico eles determinam diferenças marcantes nos níveis de bem-estar das famílias de baixa e alta renda, fatores caracterizados por sua alta transmissibilidade intergeracional, um dos nós centrais da elevada e persistente pobreza e desigualdade socioeconômica e do incumprimento dos direitos. Os fatores mencionados se reforçam entre si para manter as crianças e adolescentes das famílias de baixa renda em uma situação desvantajosa quando chegam à idade adulta, e outorgam aos que provêm de famílias de rendas superiores uma alta probabilidade de manter essa posição na distribuição de renda. Isso é o que imprime um caráter hereditário à posição relativa das pessoas na futura distribuição de renda.

O exame dos componentes da renda domiciliar e das características dos distintos decís da distribuição indicam que os rendimentos do trabalho representam cerca de 80% do total da renda domiciliar total, que depende principalmente da quantidade de membros ocupados em cada domicílio e de seu nível educacional.

Como se depreende do quadro IV.1, o nível dos rendimentos do trabalho guarda estreita relação com a média de anos de estudo dos ocupados: a maior nível educacional, maior probabilidade de obter ocupações melhor remuneradas. Por outro lado, as desigualdades de renda que prevaleceram antes da aposentadoria tendem a prolongar-se à etapa de inatividade, dado que as possibilidades de obter essas aposentadorias (receitas por transferências), assim como o montante que alcançam, dependem em grande medida do tipo de ocupação que o beneficiado teve durante sua vida ativa, baseada em seu nível de educação. Por último, as receitas patrimoniais que recebem as famílias por conceito de dividendos,

participação de lucros, juros e aluguéis associados à propriedade de ativos fixos e financeiros, são significativamente maiores na cúspide da pirâmide distributiva, e algumas dessas partidas se concentram quase completamente nos 20% mais ricos. Ainda que não resultem tão significativos em comparação com os rendimentos do trabalho, são significativos com relação à sua participação nos mecanismos de transmissão intergeracional de desigualdades, pela própria hereditariedade do patrimônio. A situação patrimonial reforça as possibilidades de uma boa inserção ocupacional dos de maior e melhor educação, com o que se cria uma força com alta inércia que garante aos filhos das famílias de mais altas rendas uma posição similar a de seus pais na pirâmide distributiva.

De todos modos, é o capital educacional das pessoas: quantidade de anos de estudo cursados e qualidade e pertinência da educação recebida, o principal fator que incide em suas oportunidades de bem-estar, tanto materiais como não materiais, e que determina o leque de oportunidades presentes e futuras e, portanto, a posição relativa que corresponderá a cada pessoa e à sua família na distribuição de renda. O perfil de inserções ocupacionais ao que mais freqüentemente têm acesso os jovens com diferenças de capital educacional, como mostra o quadro IV.2, reflete em que grau estão pré-determinadas suas possibilidades de bem-estar em função da situação educacional e socioeconômica da família de origem.⁸

A hereditariedade da educação é a principal condição sobre a qual repousa a transmissão das oportunidades de bem-estar em sociedades nas quais o acervo educacional é, além do patrimônio –que se concentra nos estratos de alta renda– o principal ativo da população. Ela se expressa em que a quantidade e qualidade da educação que logram acumular os jovens dependem em grande parte de fatores que não podem modificar: o nível educacional dos pais e os recursos econômicos do domicílio de origem.

⁸ No entanto, também se transmitem desigualdades na qualidade da educação, o que influi na posição hierárquica das pessoas dentro de uma mesma ocupação. Isto se deve a que o estrato social determina também os contatos familiares e a rede social à qual se tem acesso. Isso se reflete nas diferenças de rendimentos que obtêm os jovens de diferentes origens sociais dentro de um mesmo grupo ocupacional, o que, por sua vez, acrescenta as diferenças nas possibilidades de acesso ao bem-estar.

O vínculo entre capital educacional, ocupação e renda, não é a única via através da qual se transmitem de uma geração a outra oportunidades e posições relativas na distribuição de renda. A insuficiência de recursos econômicos dos domicílios ativa outros fenômenos que debilitam ou reduzem as possibilidades educacionais dos jovens e as oportunidades conexas. A escassez de recursos e o incipiente clima educacional da família de origem estimulam o trabalho infantil e aumentam a probabilidade de maternidade na adolescência. Ambos fenômenos limitam as possibilidades educacionais das crianças e adolescentes, e se traduzem em inserções ocupacionais de menor rendimento durante a vida ativa.

Apesar da expansão da educação registrada na região, nas últimas décadas se mantiveram as desigualdades

educacionais entre os jovens de diferentes estratos sociais. Atualmente, só cerca de 20% dos jovens cujos pais não completaram a educação primária logram terminar o ciclo secundário,⁹ no entanto, essa porcentagem supera os 60% entre os filhos de pais com pelo menos 10 anos de estudo. A começos dos anos oitenta, essas proporções, ainda que menores, apresentavam diferenças similares (ver quadro IV.2). Por isso, as oportunidades de bem-estar dos jovens da geração atual dependem em grande parte das desigualdades na distribuição da educação que prevaleciam na geração anterior. E isto se traduz num alto grau de rigidez da estrutura social, dado que o escasso nível educacional obtido bloqueia para muitos seu principal e, na maioria das vezes, único canal de mobilidade.

9 A transmissão das desigualdades educacionais de pais a filhos assume especial relevância quando se centra nas possibilidades de terminar o ciclo secundário. Este constitui o capital educacional que outorga uma probabilidade alta de escapar da pobreza. Alcançar esse umbral educativo se traduz na possibilidade de obter rendimentos que permitem situar-se fora da condição de pobreza durante a vida ativa, com uma probabilidade superior a 80%. A renda aumenta aceleradamente quando anos adicionais de estudo cursados se somam a esse umbral; porém não o faz de igual maneira quando este não foi alcançado.

Quadro IV.1
AS FAMÍLIAS MAIS VULNERÁVEIS CONCENTRAM MAIOR
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS

Tanto nas áreas urbanas como nas rurais, as famílias de menor renda concentram uma alta proporção do total de crianças. Em seis países da região que registram diferentes níveis de pobreza e se encontram em diferentes etapas da transição demográfica, pelo menos 25% do total das crianças menores de seis anos vivem em famílias pertencentes ao quintil mais pobre da população, frente a uma participação que bordeia os 15% no quintil de mais alta renda. Ainda que pouco inferiores, estas

diferenças também se dão com as crianças de 6 a 12 anos (ver quadro adjunto). É interessante destacar que os países com menor nível de pobreza, que se encontram na etapa mais avançada de transição demográfica e nos quais as crianças representam uma fração menor da população total (Uruguai, por exemplo), são aqueles nos quais a pobreza afeta mais, em termos relativos, à população infantil. No entanto, os países que se encontram

numa etapa menos avançada da transição (Bolívia e Honduras) são os que apresentam os níveis mais elevados de pobreza e neles a população infantil se concentra em menor proporção nos estratos mais baixos da pirâmide de distribuição de renda. Nestes dois países, a pobreza entre as crianças menores de seis anos de idade supera em 1.23 e 1.13 vezes a do conjunto da população, respectivamente. No Uruguai, essa cifra se eleva a 2.3 vezes.

DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE CRIANÇAS E CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS URBANOS
SEGUNDO ESTRATOS DE RENDA
Países selecionados, 1997

Estratos de Renda ^a		Média de crianças até 5 anos ^b	Média de crianças entre 6 e 12 anos de idade ^b	Tamanho médio do domicílio	Média de pessoas ativas	Relação entre o número de menores de 13 anos e o número de ativos
Bolívia	Quintil inferior	1.3 (26.7)	1.6 (25.4)	5.9	1.7	2.0
	Quintil superior	0.7 (14.2)	1.0 (16.3)	4.9	2.2	0.9
	<i>Média</i>	1.0	1.3	5.3	2.0	1.4
Brasil	Quintil inferior	1.2 (28.4)	1.3 (26.3)	5.7	1.8	1.7
	Quintil superior	0.6 (14.6)	0.9 (17.1)	4.3	2.0	0.9
	<i>Média</i>	0.8	1.0	4.9	2.0	1.1
Chile	Quintil inferior	1.0 (24.7)	1.1 (23.4)	5.0	1.3	1.8
	Quintil superior	0.7 (17.9)	0.9 (18.1)	4.3	2.0	0.9
	<i>Média</i>	0.8	0.9	4.7	1.7	1.2
Colômbia	Quintil inferior	1.0 (25.4)	1.3 (25.9)	5.4	1.7	1.6
	Quintil superior	0.7 (16.4)	0.8 (16.0)	4.3	2.2	0.8
	<i>Média</i>	0.8	1.0	4.9	2.0	1.1
Honduras	Quintil inferior	1.3 (25.3)	1.7 (26.8)	6.1	1.8	2.0
	Quintil superior	0.8 (15.0)	1.0 (15.5)	4.8	2.2	1.0
	<i>Média</i>	1.0	1.2	5.5	2.1	1.4
Uruguai	Quintil inferior	1.2 (30.9)	1.3 (25.8)	5.6	1.8	1.6
	Quintil superior	0.6 (15.6)	0.9 (17.6)	4.0	2.0	0.9
	<i>Média</i>	0.8	1.0	4.7	2.0	1.1

Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Corresponde ao 20% de domicílios de mais baixas rendas e ao 20% dos domicílios das mais altas rendas.

^b Entre parênteses se indica a porcentagem de crianças em cada quintil sobre o total de crianças do grupo de idade.

Quadro IV.1
**AMÉRICA LATINA^a: COMPONENTES DA RENDA DOMICILIAR E CARACTERÍSTICAS
 RELEVANTES EM SUA GERAÇÃO**
 Zonas Urbanas

Decis ^b	Nível e composição percentual da renda per capita do domicílio						Média de anos de estudo dos ocupados	Média dos rendimentos do trabalho por ocupado (em L.P. ^c)	Média de ocupados nos domicílios		
	Renda per capita do domicílio		Rendimentos do trabalho per capita		Rendas de capital per capita					Rendas por transferências per capita	
	Em L.C. ^c	Em porcentagem	Em L.C. ^c	Em porcentagem	Em L.C. ^c	Em porcentagem				Em L.C. ^c	Em porcentagem
Decil 1	0.43	100.0	0.35	81.6	0.02	5.8	0.05	12.6	6.1	1.5	1.4
Decil 2	0.79	100.0	0.65	82.4	0.05	5.9	0.09	11.6	7.0	2.2	1.5
Decil 3	1.05	100.0	0.87	82.8	0.06	5.8	0.12	11.4	7.6	2.6	1.6
Decil 4	1.34	100.0	1.11	83.4	0.08	6.0	0.14	10.6	8.0	3.0	1.7
Decil 5	1.66	100.0	1.39	83.4	0.10	5.9	0.18	10.7	8.5	3.4	1.8
Decil 6	2.06	100.0	1.71	82.9	0.13	6.2	0.22	10.8	9.2	3.8	1.9
Decil 7	2.57	100.0	2.12	82.6	0.17	6.5	0.28	11.0	9.6	4.5	1.9
Decil 8	3.40	100.0	2.80	82.3	0.23	6.9	0.37	10.8	10.6	5.6	1.9
Decil 9	4.80	100.0	3.91	81.3	0.38	7.9	0.52	10.8	11.7	7.5	1.8
Decil 10	11.76	100.0	9.16	77.9	1.54	13.1	1.06	9.0	13.5	16.3	1.8
Total	2.55	100.0	2.06	80.8	0.22	8.8	0.26	10.3	9.3	5.1	1.7

Fonte: CEPAL, com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a Média simples de 12 países em 1997: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Honduras, México, Panamá, Uruguai e Venezuela.

^b Decis da distribuição de renda per capita dos domicílios.

^c Em múltiplos das linhas de pobreza (L.P.) dos respectivos países.

Quadro IV.2
**INSERÇÃO OCUPACIONAL E RENDAS MÉDIAS ^a DOS JOVENS ^b SEGUNDO O NÍVEL EDUCACIONAL
 AMÉRICA LATINA**

Número de anos de estudo cursados	Total		Inserção ocupacional					
			Profissionais, técnicos e gerentes		Empregados administrativos, vendedores, atendentes e trabalhadores agrícolas		Operários, empregados domésticos, vigilantes e ocupações afins	
	Porcentagem	Renda média ^a	Porcentagem	Renda média ^a	Porcentagem	Renda média ^a	Porcentagem	Renda média ^a
Áreas urbanas								
Total	100.0	(3.4)	15.4	(5.6)	32.1	(3.3)	52.4	(2.6)
0 - 8	100.0	(2.5)	2.0	...	15.6	(2.6)	82.4	(2.4)
9 - 11	100.0	(3.4)	11.5	...	44.7	(3.2)	43.9	(2.9)
12 e mais	100.0	(5.2)	48.8	(6.4)	40.9	(4.3)	10.3	...
Áreas rurais								
Total	100.0	(3.2)	7.1	(6.2)	9.8	(3.6)	83.1	(2.7)
0 - 8	100.0	(2.8)	1.8	...	4.9	(3.1)	93.2	(2.6)
9 - 11	100.0	(3.9)	15.8	...	24.5	(4.9)	59.7	(3.6)
12 e mais	100.0	(7.5)	53.6	(8.2)	28.9	(7.5)	17.5	...

Fonte: CEPAL, com base nos quadros IV.3.1 e IV.3.2 do *Panorama Social de América Latina, edição 1997*, cap.IV.

^a Expressados em múltiplos da linha de pobreza per capita. As cifras se apresentam entre parênteses.

^b Inclui os jovens de 20 a 29 anos de idade que trabalham 20 ou mais horas semanais.

Seção V

O investimento social e o custo das oportunidades perdidas

1. A insuficiência do gasto social na Ibero-América

O aumento do número de crianças e adolescentes em condições de pobreza nos países ibero-americanos não pôde ser contido pelo crescimento econômico experimentado durante a maior parte da década passada, ainda quando o crescimento em vários deles tenha tido um efeito positivo na redução relativa da pobreza. Ao iniciar-se o século XXI, mais da metade das crianças e adolescentes da Ibero-América são pobres, e mais da metade do total de pobres da região são crianças e adolescentes. Esta pobreza é ainda maior se se considera que as disparidades no acesso aos serviços sociais básicos afetam principalmente os estratos mais pobres da população que, mesmo tendo maiores carências e necessidades, recebem menos serviços e, quando os recebem, são de menor qualidade. Como no caso dos indicadores de pobreza e dos diversos indicadores de qualidade de vida, também os relativos ao gasto social apresentam uma enorme variação entre os países ibero-americanos, como se aprecia no gráfico V.1.

Tanto as limitações como as possibilidades deste variado gasto social se apreciam claramente a partir dos resultados de uma pesquisa recente sobre o tema em um

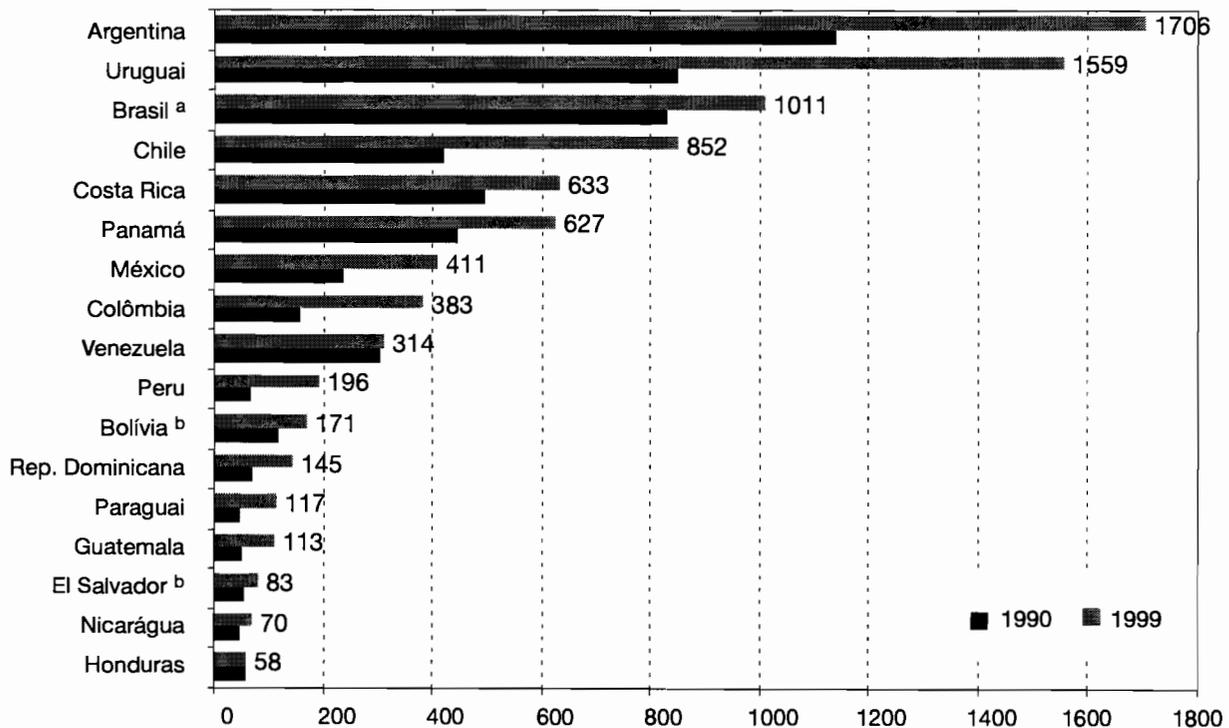
conjunto representativo de países ibero-americanos, realizada por vários órgãos do sistema das Nações Unidas¹. Para os anos 1994-1996, este grupo de países

1 Ganuza, León e Sauma (1999). O estudo se refere aos casos de : Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Peru e República Dominicana (além de Belize e Jamaica), e se analisa tanto o gasto social —ou, mais exatamente, o investimento social— como os recursos que se dedicam ao gasto em educação, saúde (incluindo programas de controle de natalidade, saúde reprodutiva e de alimentação e nutrição), água potável (e saneamento básico), moradia (programas de subsídio habitacional e programas públicos de apoio ao setor), assistência social e previdência social.

apresentava um gasto público social médio per capita de 233 dólares por ano (em dólares de 1996), mas com diferenças significativas entre países, pois enquanto muitos não alcançavam os 100 dólares, uns poucos superavam os 500 dólares. Mesmo assim, como se pode apreciar no quadro V.1, ainda que na década de 1980 se tenha produzido uma queda significativa no gasto público

social, durante os anos noventa houve uma melhoria, tanto em termos per capita como em suas prioridades, isto é, em termos de proporção do PIB e do gasto público total. De fato, em 8 dos 13 países incluídos neste estudo, o gasto social médio per capita de 1994-1996 é o mais alto de todo o período considerado (Ganuza, León e Sauma, 1999, p. 30).

Gráfico V.1
GASTO PÚBLICO SOCIAL (GPS) POR HABITANTE,
1990 e 1999
(Em dólares de 1997)



Fonte: CEPAL, División de Desarrollo Social, base de datos sobre gasto social.

^a A cifra final corresponde a 1998.

^b A cifra inicial corresponde, no caso da Bolívia, a 1995 e, no caso de El Salvador, a 1994.

Quadro V.1
GASTO PÚBLICO SOCIAL EM DÓLARES PER CAPITA E COMO PORCENTAGEM DO PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)
(Dólares de 1996)

	Gasto social em dólares per capita			Gasto social como porcentagem do PIB		
	1980-1981	1990-1991	1994-1996	1980-1981	1990-1991	1994-1996
Média	204	173	233	9.2	8.0	9.6
Bolívia	52	52	91	6.0	6.0	9.8
Brasil	445	428	547	9.7	9.4	11.2
Chile	540	477	651	16.9	13.8	14.4
Colômbia	131	149	284	7.6	7.9	13.3
Costa Rica	454	426	521	18.6	17.7	19.6
Equador	174	126	119	11.2	8.3	7.8
El Salvador	111	44	60	6.5	4.1	3.6
Guatemala	47	47	61	3.3	3.3	3.9
Nicarágua	89	56	61	12.3	11.5	13.4
Peru	130	51	88	3.8	2.2	3.3
Rep. Dominicana	71	52	85	4.9	3.7	5.4

Fonte: Enrique Ganuza, Arturo León e Pablo Sauma (comps.), *Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1933)*, Santiago do Chile, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPEL), 1999, p. 31.

A prioridade do gasto social nestes países nos anos oitenta caiu, em média, de 9.2% a 8% em relação ao PIB, e logo se recuperou subindo a 9.6%, mas com grandes diferenças entre países, já que em alguns continuou sendo inferior ao esforço inicial. Quando se relaciona o gasto público social com o índice de pobreza humana, aparecem claramente dois grupos de países: os de menor gasto social, que apresentam também elevados níveis de pobreza, e os de maior gasto social e menor pobreza. Também há uma relação direta entre o gasto social per capita e o índice de desenvolvimento humano (IDH). O mesmo ocorre quando se relaciona o gasto em serviços sociais básicos com a pobreza: o grupo de países com maior gasto per capita em serviços sociais básicos é o com menores níveis de pobreza, e vice-versa².

Com relação à progressividade do gasto durante os anos noventa, o setor mais progressivo correspondeu a saúde, seguido de educação. Os gastos destinados à

previdência foram os mais regressivos (CEPAL, 1999). Em todo caso, ainda uma estrutura levemente regressiva do gasto tem um importante efeito redistributivo, na medida em que a distribuição de renda é, por regra geral, mais regressiva que a do gasto. Cabe recordar que, independentemente do seu grau de progressividade, o efeito dos programas sociais sobre a renda total dos domicílios mais pobres é significativo. Por isso o adequado manejo do gasto social oferece amplas possibilidades de melhorar a situação dos grupos mais pobres e a distribuição de renda. O progresso na eficácia e eficiência do gasto social dependem não só do seu montante, mas também de sua distribuição setorial e intrasetorial. Estes aspectos estão diretamente relacionados com a gestão, utilização, monitoramento e avaliação do gasto³.

A insuficiência do esforço realizado pelos países ibero-americanos em termos de gasto social se aprecia com

2 No caso do Brasil, se requereria uma maior desagregação para este tipo de afirmações.

3 Neste sentido a Iniciativa 20/20 e as margens de relocação que se poderiam liberar para o financiamento dos programas sociais básicos, do ponto de vista da pobreza e da equidade são especialmente importantes.

claridade nas comparações internacionais. Enquanto estes países dedicam, em média, 3.9% do PIB e 2.9% do PIB ao investimento em educação e saúde, respectivamente, os países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE) dedicaram durante os anos noventa 5.1% do seu PIB ao investimento educativo e 6.4% à saúde. O esforço relativo do investimento social que se realiza na Ibero-América é

menor que o dos países mais adiantados; e também se realiza a partir de um nível muito mais baixo do produto, o que gera diferenças ainda mais acentuadas em termos de investimento social por habitante. Em educação, por exemplo, estimativas aproximadas indicam que os países de maiores rendas estariam investindo cerca de 1 400 dólares anuais por habitante, comparado com 140 dólares no caso dos países da região.⁴

Quadro V.1

OS PEQUENOS INVESTIMENTOS QUE SALVAM A VIDA DAS CRIANÇAS

De cada quatro mortes de menores de um ano, três são ocasionadas pela desidratação causada por diarreia ou por infecção respiratória aguda. Quase todas as mortes por desidratação diarreica poderiam ser evitadas mediante o uso oportuno de

sais de reidratação oral, cujo custo é de oito centavos de dólar por pacote. A maior parte das mortes por causas respiratórias não teriam ocorrido em ausência de desnutrição e com acesso a atendimento médico básico. O atendimento pré-natal e do parto

—que também é de baixo custo— completa um primeiro quadro de medidas de baixo custo, que reduziria notavelmente essas mortes preveníveis.

Custo (em dólares)

Exemplos de investimentos de baixo custo

0.08	Um pacote de sal de reidratação oral para combater a desidratação por diarreia aguda
0.07	Três cápsulas de vitamina A, suficientes para proteger uma criança durante um ano contra a cegueira e outros problemas de saúde devidos à carência dessa vitamina
1.23	Um estetoscópio fetal que permite fazer o controle básico da gestação
5	Uma latrina plástica hermética e um tubo de descarga que proporciona saneamento básico para uma família
15	Custo médio de vacinas, seringas e agulhas, equipamento de refrigeração, treinamento e salários do pessoal de saúde necessários para imunizar uma criança contra seis doenças infantis
15.5	Um recipiente com isolamento térmico para preservar 500 doses de vacinas
150	Uma bomba manual, encanamento e acessórios para um poço capaz de abastecer de água a 50 famílias

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), "Hechos y cifras", Boletín Informativo, 1997.

4 Para calcular a diferença líquida efetiva se deveria explicitar tanto as diferenças de custos como as diferenças de qualidade, mas mesmo sem fazê-lo a magnitude da diferença é enorme (Banco Mundial, 2001, tabelas 1-6).

Inclusive em termos dos serviços sociais básicos, e apesar dos esforços da última década, o investimento que se vem realizando na maioria dos países ibero-americanos resulta insuficiente para alcançar os níveis de cobertura e qualidade necessários para romper o círculo da reprodução intergeracional da pobreza. Estes serviços sociais básicos contemplam o que corresponde à educação básica e atendimento primário de saúde, incluídos saúde reprodutiva, programas de nutrição, água potável e saneamento, assim como a respectiva capacidade institucional. Se estima que esse grupo de países ibero-americanos teria dedicado aos serviços sociais básicos um valor aproximado de 59 dólares anuais por habitante, dos quais 38 dólares em educação primária e 21 dólares em saúde básica e saneamento.⁵

Os recursos necessários para garantir a cobertura universal dos serviços sociais básicos nos países da Ibero-América são em média de quase 30 dólares per capita por ano. Satisfazer estas necessidades implicaria um aumento do gasto nesses serviços equivalente, em média, a 8% do gasto total, o que representa 2.5% do PIB destes países. Ainda que se trate de um desafio não desprezível, tampouco envolve magnitudes que estejam fora do alcance das sociedades ibero-americanas. Logicamente, supõe um maior esforço naqueles países onde as disparidades são maiores e o investimento social têm sido historicamente menor. Isto se aprecia em que o incremento médio de 30 dólares por habitante apresenta variações que vão desde 6 dólares na Costa Rica até 49 na Nicarágua.

2. Para a recuperação das oportunidades perdidas

O fato, por si mesmo dramático, de que a pobreza afeta em maior proporção e com maior intensidade à população infantil e juvenil ibero-americana, e que seja essa mesma população a que sofre as maiores carências no acesso aos serviços sociais básicos, é ainda mais grave quando compreendemos que estas condições de vida das crianças e dos jovens são precisamente o principal canal mediante o qual se reproduz intergeracionalmente a pobreza. É evidente que o futuro das sociedades latino-americanas não poderá ser melhor que o presente de suas crianças, pelo que deveria ser igualmente óbvio que a incapacidade de atender no presente às necessidades básicas destas crianças e jovens não é mais que uma forma segura de hipotecar seu futuro e o de suas sociedades.

É claro — e a experiência internacional confirma — que o crescimento econômico *pode* ser um elemento vital para a redução da pobreza, pois proporciona uma dotação maior de bens e serviços com os quais, dados os canais de distribuição de renda e de integração social seria possível elevar as condições de vida dos membros mais desfavorecidos da sociedade e, em particular, das crianças que vivem em condições de pobreza e suas famílias. No

entanto, a evidência deixa igualmente claro que o crescimento não basta. Tanto ou mais importante que a intensidade ou o ritmo de crescimento econômico, é a *qualidade* desse crescimento e sua capacidade de gerar aumentos sistemáticos na produtividade e vincular estes aumentos com melhorias igualmente sistemáticas nas rendas e condições de vida de toda a população, com particular ênfase na redução das disparidades existentes.

Só uma transformação produtiva sustentada em uma deliberada e sistemática incorporação do progresso técnico, permite — e requer — uma utilização cada vez mais produtiva e melhor remunerada da força de trabalho, o que constitui, por sua vez, o principal mecanismo mediante o qual as grandes maiorias podem contribuir ao desenvolvimento e participar de seus frutos. Nas atuais condições em que a Ibero-América enfrenta os desafios da globalização, o ambiente para uma estratégia competitiva sustentável deve fixar as regras do jogo e os incentivos necessários para que as melhorias sejam contínuas e acumulativas, e se integrem ao processo permanente de elevação da produtividade.

5 Ganuza, León e Sauma, p. 37 (se excluem do cálculo Belize e Jamaica).

Para isso não basta uma política econômica que propicie a estabilidade macroeconômica e o crescimento. Se requer, também, de uma política distributiva consistente com os objetivos buscados de redução da pobreza e uma política social que garanta o acesso de toda a população aos serviços de educação, saúde, moradia e saneamento ambiental, já que estes formam a base fundamental, tanto da qualidade de vida dos trabalhadores e de suas famílias, como de sua capacidade produtiva. Por um lado, isto significa que o investimento social dirigido a enfrentar a pobreza infantil e juvenil não só se justifica por razões éticas e sociais, mas também por razões de estrita eficiência econômica: é a forma mais eficiente de freiar a pobreza e o investimento mais rentável do ponto de vista da produtividade e do crescimento. Por outro lado, deve significar que o investimento social não se justifica só por razões de eficiência, mas também por razões éticas fundamentais, já que, nas condições de inequidades vigentes, desse investimento depende o efetivo cumprimento dos direitos das crianças.

Esta correspondência dos critérios da eficiência e dos critérios dos direitos e da equidade foi reconhecida de forma clara em uma publicação recente do Banco Mundial, intitulada precisamente *La calidad del crecimiento (A qualidade do crescimento)*. Reconhecendo que o crescimento por si mesmo não resolve flagelos sociais como o da pobreza persistente, ou os crescentes problemas ambientais que afligem o planeta, este documento sustenta que não só se necessita uma política econômica sensata e instituições que promovam o crescimento, mas também oportunidades melhores e mais equitativas em educação e trabalho, melhor saúde e nutrição, um ambiente natural mais limpo e sustentável, um sistema legal e judicial imparcial, maiores liberdades civis e políticas, instituições confiáveis e transparentes, e liberdade para acessar uma vida cultural rica e diversa. E isto —se diz— é importante não só por razões econômicas, senão éticas: “o acesso equitativo aos serviços de educação e saúde está entre os direitos humanos básicos aos que todo o mundo tem direito” (Thomas e outros, 2000).

No entanto, as possibilidades de avançar sistemática e rapidamente nessa direção não são propícias, tal e como se depreende das carências prevalecentes na região, analisadas ao longo deste documento. A magnitude de recursos que demanda o investimento social requerido supera amplamente o que tradicionalmente se considera *razoável* gastar nos programas sociais na maioria dos países ibero-americanos, e mesmo que os recursos dedicados ao gasto ou investimento social tenham vindo

aumentando paulatinamente nos últimos 10 anos, ainda se mostram insuficientes quando comparados com os níveis de investimento social de países que assumiram o desafio de desenvolver plenamente tanto o potencial social como produtivo de seus habitantes.

Justamente o reconhecimento destas insuficiências constituiu o tema central da III Reunião Ibero-Americana de Ministros de Economia e Fazenda, celebrada no Panamá nos dias 7 e 8 de setembro do ano 2000, na qual se identificou o insuficiente investimento social como um dos principais gargalos para o desenvolvimento dos países ibero-americanos.

Os níveis de gasto social, apesar de representarem montantes importantes, continuam sendo insuficientes para satisfazer as demandas e necessidades da população, e ainda mais para constituir-se em um verdadeiro investimento social dirigido a gerar o capital humano necessário para o tipo de crescimento e desenvolvimento econômico ao que aspiramos. A postergação de políticas de investimento social que ampliam e potenciam o capital humano já não é só uma falta à ética, senão um erro econômico que priva a sociedade de seu principal recurso para adaptar-se à veloz incorporação de progresso técnico nos processos produtivos. O investimento social de hoje é um elemento-chave na construção da sociedade que queremos amanhã.

De acordo com os ministros de economia e fazenda, este problema é particularmente grave no contexto social, em que os países ibero-americanos enfrentam tanto os desafios derivados da globalização e da competitividade como os resultantes do próprio imperativo de alcançar um desenvolvimento humano sustentável. De acordo com os ministros, o investimento social está chamado a desempenhar um papel essencial no desenvolvimento do capital humano e social necessário para alcançar uma competitividade genuína, centrada no uso mais produtivo e adequadamente remunerado dos recursos humanos destes países:

Isto é especialmente importante no que diz respeito à nossas crianças e adolescentes, que constituem a base fundamental desse capital humano, e que são a primeira geração que viverá em um mundo globalizado, no qual o conhecimento e a aprendizagem durante toda a vida passaram a primeiro plano como condição de competitividade.

A partir destas considerações, os ministros assinalam como um desafio prioritário a necessidade de identificar a rentabilidade social das opções de investimento. Para lograr o predomínio efetivo das prioridades na distribuição do gasto, os governos e as sociedades ibero-americanas precisam dispor de informação adequada e oportuna com relação aos verdadeiros custos e benefícios sociais de longo prazo que envolvem as diversas opções de alocação dos recursos públicos, de modo que, no momento de tomar as decisões orçamentárias relativas ao investimento social, se possa ter em conta o verdadeiro custo de oportunidade que estes representam. É preciso saber com clareza a que os países estão realmente renunciando quando não alocam os fundos necessários para a construção do capital humano e do capital social dos quais depende o desenvolvimento ao que aspiram. Não só faz falta conhecer o efeito esperado —o valor presente— dos gastos e dos investimentos que se estão realizando mas, sobretudo, conhecer o impacto que se poderia esperar daqueles investimentos aos que se está renunciando e que estão sendo postergados.

De fato, uma das principais razões de que os países ibero-americanos mostrem acentuados déficits e carências em serviços sociais básicos radica na falta de informação adequada, oportuna e confiável a respeito do verdadeiro impacto que estas carências têm sobre o bem-estar e o crescimento econômico. Em ausência desta informação, se tende a subestimar a urgência e a

prioridade de tais investimentos, frente àqueles gastos para os quais se tem uma melhor estimativa de sua importância, e uma quantificação mais clara de sua rentabilidade econômica.

Só mediante uma adequada e rigorosa identificação da rentabilidade econômica e social das diversas opções de investimento, se poderá —como pretende a Declaração— priorizar de maneira efetiva os recursos que as sociedades ibero-americanas alocam ao investimento público, e, em particular, ao investimento social. Esta seria uma ferramenta valiosa para lograr que o gasto social efetivamente se transforme em um verdadeiro investimento social, que não só contribua a melhorar a qualidade de vida dos habitantes da comunidade ibero-americana —que seria um fim em si mesmo meritório— senão também para garantir a sustentabilidade deste desenvolvimento humano ao brindar sustento real a um tipo de crescimento econômico cuja competitividade radique —como dito— não na pobreza, mas na crescente produtividade e remuneração dos recursos humanos destes países.

Ante a carência de estudos sistemáticos que permitam dispor, neste momento, desse tipo de avaliação, o que se pode fazer é utilizar a literatura e os estudos parciais existentes para ilustrar tanto o sentido como a provável ordem de magnitude deste problema, e ter uma idéia mais clara do significado, tanto social como político como econômico, do investimento social.

3. A importância do desenvolvimento precoce

Os investimentos que promovem o desenvolvimento precoce das crianças se justificam, em primeiro lugar, desde a ótica dos direitos, já que é evidente que tolerar o desenvolvimento truncado de uma criança, quando este se poderia evitar, viola um direito humano fundamental. Também cabe um argumento de equidade e justiça social, já que os impactos negativos de um ambiente difícil são acumulativos, e as crianças que vivem nesses ambientes ficam rápida e progressivamente atrasadas em seu desenvolvimento. Porém se esse tipo de raciocínio não fosse suficiente para que os países compreendam o verdadeiro custo das oportunidades perdidas, cabe desenvolver um argumento econômico para justificar tais investimentos. Se demonstrou que os programas

preventivos podem poupar recursos ao reduzir a necessidade de um custoso atendimento médico curativo, melhorar a eficácia dos sistemas educativos, diminuir as taxas de evasão e repetência escolar e diminuir a incidência da delinquência juvenil, o abuso de drogas e de álcool, e outras formas daninas de conduta social. (Landers, 1991, p. 2).

Sabe-se que durante o período crítico de rápido crescimento cerebral, que se estende desde meados da gestação até os primeiros anos pré-escolares, o cérebro humano é especialmente vulnerável a déficits estruturais. Quando este processo ocorre em gestantes ou crianças com carências nutricionais, as habilidades bio-sintéticas,

que caracterizam a evolução do cérebro nestas etapas, são afetadas, com o que se provoca um dano irreversível pois, após este período, não se geram novos neurônios. Estas carências derivam em diversas distorções do desenvolvimento cerebral e do sistema nervoso, que deterioram a capacidade cognitiva, a conduta e magnificam os efeitos adversos das privações socioeconômicas no desenvolvimento infantil.

Por isso, os impactos da desnutrição no desenvolvimento de crianças pode ser dramático. Em estudos de crianças pequenas, a deficiência de ferro —ainda sem déficit em energia proteica— se associa com menor rendimento nas provas de desenvolvimento mental e motor. Esta carência se associa também com uma acentuada timidez e temor, maior distração ou falta de atenção e menor capacidade de resposta social. O mais grave é que estes déficits podem persistir ainda depois que a deficiência de ferro tenha sido tratada. Por outro lado, se sabe que inclusive antes de que ocorram déficits detectáveis por medidas antropométricas, a desnutrição proteica reduz a atividade das crianças para explorar e até mesmo para brincar, assim como a motivação e a excitação típicas da idade, aumentando a apatia e a irritabilidade. Isto, que é grave em si mesmo, o é ainda mais como um elo em um circuito perverso, já que contrariamente ao que ocorre com crianças saudáveis, que têm suficiente energia para demandar atenção, as desnutridas são incapazes de provocar respostas adequadas de seus cuidadores que, ademais enfrentam todo tipo de problemas agregados. Assim, se montou a cena para que se reproduza o ciclo da pobreza (Landers, 1991, p. 4).

A experiência dos países ibero-americanos demonstra que as conseqüências negativas da pobreza no desenvolvimento infantil são altas. As crianças sofrem as privações da pobreza com maior amplitude e intensidade, e com efeitos irreversíveis sobre seu desenvolvimento. As crianças pobres estão expostas com maior freqüência a uma complexa combinação de fatores de risco: doença, desnutrição, *stress* familiar, pouca ou má educação, inadequados serviços sociais, ambiente perigoso e de alta vulnerabilidade e ambiente social pouco estimulante e ameaçador. Porém os efeitos não só afligem às crianças. Do ponto de vista da sociedade, os custos podem ser

medidos em termos de perda de vidas ou de uma pesada carga de enfermidades, de evasão e repetência escolar, de desemprego e emprego de baixa produtividade, de delinqüência e outras condutas anti-sociais, e da reprodução intergeracional da pobreza e uma débil coesão social.

Isto levou a que, por muito tempo, se pusesse ênfase na análise das deficiências no desenvolvimento infantil resultantes da pobreza. No entanto, pesquisas mais recentes encontraram que, ainda no contexto da pobreza, as crianças têm oportunidades para seu desenvolvimento, se adquirem *sentido de identidade* e têm auto-estima, manejo e controle. Estas, por sua vez, incitam respostas mais positivas de seu ambiente, que as estimula e as apóia mais que àquelas que não lograram desenvolver sua auto-estima, ou sentido de identidade. A partir disso se torna evidente que a intervenção nutricional é necessária mas insuficiente para tratar a desnutrição precoce. O mesmo vale para as intervenções médicas. A recuperação dos efeitos da desnutrição precoce demanda intervenções que combinam elementos nutricionais e médicos com elementos de desenvolvimento infantil que estimulem suas habilidades intelectuais e sociais, sua criatividade e sua iniciativa.

A partir de uma análise detalhada dos programas de desenvolvimento infantil precoce, Jacques van der Gaag e Jee-Peng Tan mostram que estes programas têm uma rentabilidade muito superior aos investimentos *duros* que normalmente financiam os governos e os organismos financeiros. Em particular, estudando o Programa Integral de Desenvolvimento Infantil (PIDI) da Bolívia se encontra que, só com base nos benefícios resultantes dos aumentos na produtividade futura, a razão benefício/custo futuro deste programa se localiza entre 1.38 e 2.07. Se a isto se agrega o valor da entrega de serviços e o valor imputado ao efeito da redução de fertilidade, a razão benefício/custo se translada para valores entre 2.38 e 3.06. Isto se compara muito favoravelmente com projetos de infra-estrutura que costumam ser impulsados nos países em desenvolvimento, e que em geral mostram razões benefício/custo que oscilam ao redor de 1.5 (Van der Gaas e Tan, 2001).

4. A importância dos investimentos educativos

Já no *Panorama Social de América Latina, 1994* a CEPAL havia identificado a importância que podia ter o investimento social e, em particular, o investimento em educação, para enfrentar os problemas de pobreza que afetam a região. A partir do estudo dos assalariados que se encontram no período dos 20 anos mais importantes da carreira laboral (entre os 35 e os 54 anos de idade), se observava que —já ao início dos anos noventa— eram necessários 10 ou mais anos de educação para contar com possibilidades aceitáveis de acessar o bem-estar e alcançar importante imunidade frente ao risco da pobreza. Para as crianças que hoje se encontram na etapa educativa, isto implica que manter boas possibilidades de acessar o bem-estar futuro exige, como mínimo, completar o ciclo secundário (CEPAL, 1994, p. 101).

A importância de que os jovens de hoje possam alcançar maiores níveis de educação para acessar níveis de renda futura que lhes permita manter suas famílias fora da pobreza, se aprecia melhor ao analisar a rentabilidade desse investimento educativo em termos dessas rendas futuras. Uma pesquisa realizada pela CEPAL, para o *Panorama social, 1995* mostra que, na Ibero-América, o custo de proporcionar três anos a mais de educação primária ou secundária a um estudante equivale, em média, ao custo de adquirir um crédito cujo pagamento a 10 anos implica uma prestação que varia entre 3 e 19 dólares mensais. De acordo com este estudo, para os assalariados urbanos da região, de 35 a 54 anos de idade, três anos a mais de educação primária representam entre 24 e 72 dólares extras em sua renda mensal; e três anos a mais de educação secundária, entre 42 e 132 dólares a mais por mês. Isto significa que as novas rendas geradas por esses três anos adicionais de educação primária ou secundária sextuplicam e até octuplicam os custos correspondentes. Ao analisar a rentabilidade de obter uma educação média completa, os resultados são ainda mais impactantes pois, em comparação com os adultos que só têm nove anos de educação, aqueles com segundo grau completo recebem salários entre 78 e 132 dólares mais altos, quantias que quase decuplica o montante das mensalidades que teriam sido necessárias para pagar em 10 anos o custo do investimento educacional correspondente.

Mas não só é importante que o investimento educativo seja suficiente, também deve ser oportuno. Passada a

oportunidade de educar a população nas idades adequadas, o custo de recuperar este atraso mediante programas educativos compensatórios é muito mais alto do que teria sido o custo de evitá-lo. Os programas compensatórios de educação para adultos alcançam custos que vão desde 1.5 até 5 vezes os correspondentes a quatro anos de educação secundária.

A irracionalidade econômica de não assumir o custo presente destes investimentos educativos se aprecia também ao analisar o impacto do trabalho infantil no acesso às oportunidades educativas, e o custo econômico deste impacto. Se estima que, entre os 13 e os 17 anos de idade, os meninos e jovens que trabalham nos países da Ibero-América têm 1 a 2 anos a menos de educação que os que não trabalham, enquanto que entre as meninas e adolescentes estas diferenças são de 0.5 a 1.5 anos de estudo. Estes adolescentes acumularão um déficit educacional superior a 2 anos em relação a aqueles jovens que se incorporam ao mundo laboral entre os 18 e os 24 anos. De acordo com esta pesquisa, esses dois anos a menos de educação resultarão, em média, em 20% menos de renda mensal durante a vida ativa. A falta de sentido desta situação não pode ser mais evidente: a perda de renda que isto representará durante a etapa adulta para as crianças e adolescentes que se incorporam precocemente ao trabalho equivale a entre quatro e seis vezes a renda que haveriam deixado de receber se, ao invés de trabalhar, houvessem se dedicado em forma exclusiva a adquirir dois anos mais de educação (CEPAL, 1995, pp. 49-51).

As pesquisas mais recentes demonstram sem dúvida nenhuma que a educação joga um papel fundamental no processo de aumento da produtividade. Para o caso dos Estados Unidos, se estima que “as mudanças na educação da força de trabalho durante os últimos cinquenta anos dá conta de uma proporção significativa do crescimento total da produtividade, talvez tanto como um terço” (Griliches, 2000, p. 41). Porém inclusive estas medições são insuficientes, já que não logram identificar nem medir o efeito indireto da educação na produtividade (externalidades) mediante a acumulação de conhecimento, a pesquisa e o desenvolvimento, e os processos de aprendizagem no trabalho e na vida.

Resultados similares se obtiveram para os países da OCDE (Temple, Jonathan, 2000) nos que se evidenciaram

importantes ganhos para aqueles trabalhadores com nível de educação superior ao básico, e que nesses países significa ter algo mais que educação secundária. Os trabalhadores que não chegam a concluir o segundo grau tendem a ganhar entre 10% e 40% menos que os que o completaram. Em geral, os homens sem educação sofrem uma desvantagem ligeiramente menor que as mulheres. No entanto, para ambos sexos, a educação universitária agrega uma significativa vantagem: a brecha de rendimentos entre os que têm educação terciária e os que só completaram o segundo grau é maior que a brecha existente entre aqueles com educação secundária e os que dela carecem. Para as mulheres entre 30 e 44 anos de idade, o ganho por ter educação universitária varia entre 20% na Itália e 110% no Reino Unido; para os homens, o ganho varia entre 32% na Suíça e 80% na França (Centre for International Research and Innovation, 1999). De fato, as estimativas globais do efeito do conhecimento em termos de produtividade realizadas para os países da OCDE tendem a coincidir com as apreciações já mencionadas para os Estados Unidos: “tipicamente, entre um quinto e um terço das variações de renda podem ser atribuídas ao efeito combinado da educação, do alfabetismo (em sentido amplo) e da experiência adquirida no mercado laboral” (Centre for International Research and Innovation).

Porém se o nível educativo é fundamental, tanto ou mais importante resulta ser o acesso efetivo de toda a população a essa educação. Não só é importante que aumente a educação média, senão que é vital melhorar a equidade do investimento educativo já que, como mostrado pelas pesquisas existentes, a dispersão ou inequidade educativa tem um claro impacto negativo na renda per capita, e quanto maior seja a dispersão educativa, maior será esse efeito negativo (López, Thomas e Wang, 1998). De novo, os direitos e a eficiência parecem operar na mesma direção, já que “se as habilidades das pessoas estão normalmente distribuídas, então uma distribuição desigual das oportunidades educativas representa grandes perdas de bem-estar (López, Thomas e Wang, p. 3).

Ao analisar o índice de desigualdade de Gini para a educação em uma amostra de 85 países ao longo do período 1960-1990, e corrigir o crescimento do PIB per capita para levar em consideração as diferenças no poder de compra, encontramos que a inequidade do investimento educativo se associa negativamente com incrementos se associa negativamente com incrementos no PIB per capita, e o logro educativo medido em anos de educação se associa positivamente com esses incrementos (levando em consideração os níveis iniciais de renda). Ademais, esta pesquisa estabelece que há uma relação negativa entre o coeficiente de Gini educativo e a média de anos de educação, o que implica que existe uma importante retroalimentação entre a quantidade e a distribuição da educação: países com maior logro educativo têm maior probabilidade de mostrar uma melhor equidade educativa, e vice-versa. Lamentavelmente, ainda que as desigualdades no logro educativo venham se reduzindo ao longo dessas três décadas na maioria dos países estudados, quase sempre foram os países ibero-americanos da amostra os que pioraram em termos destas disparidades, como se assinala nos casos de Colômbia, Costa Rica, Peru e Venezuela.

Os resultados destas pesquisas tendem a confirmar que a rentabilidade econômica da educação se compara favoravelmente com todos os demais tipos de investimento. No entanto, estas comparações só refletem uma parte —e provavelmente a menor— da importância da educação e do conhecimento para o bem-estar e o desenvolvimento das sociedades, já que não contemplam os efeitos sociais ou externalidades derivadas de maiores níveis de educação e conhecimento, entre os que se destacam os relativos ao nível da saúde pública, índices de violência e criminalidade, qualidade ambiental, relações familiares e paternidade, participação política e coesão social, que por sua vez incidem de maneira significativa no bem-estar econômico e na produtividade.

5. A importância econômica da saúde

Não há dúvida que a saúde joga um papel central no desenvolvimento econômico. Ainda que sejam muito limitados e recentes os estudos que tentam quantificar esta relação que é, ademais, de mão dupla, sabe-se que

as taxas de sobrevivência ou a esperança de vida podem prever com muita segurança os níveis de renda ou as subseqüentes taxas de crescimento. Para o caso ibero-americano, se detectou uma forte relação entre a esperança

de vida e a taxa de crescimento do PIB, de modo que por um ano a mais de esperança de vida, haveria um aumento de 1% no PIB 15 anos depois (OMS, 2000, p. 9).

Esta repercussão dos investimentos em saúde sobre o crescimento econômico parece ser particularmente importante para os países mais pobres. Isto não significa, logicamente, que a saúde não seja importante em países com maior nível de renda, nos que o bom nível de saúde alcançado —mais que as eventuais melhoras— é fundamental para manter uma oferta adequada de trabalho qualificado, um elemento-chave na produção. Porém significa que as melhorias em saúde são ainda mais importantes para os países mais pobres.

Para o caso do Peru, há estudos que confirmam o efeito positivo e significativo da saúde no nível da produtividade e, portanto, o investimento público e privado em saúde deve ser considerado como um mecanismo para lograr um incremento da renda dos domicílios, principalmente na área rural, onde as taxas de retorno relativas da saúde são ainda maiores. Se estima que um dia a menos de enfermidade em um mês, aumenta a taxa de salários da população feminina urbana em 3.4% e na zona rural em 6.4%. No caso dos homens, o aumento representa 4.7% e 10.4%, respectivamente (Cortez, 1999).

Na Colômbia se observou uma clara relação positiva entre os indicadores de saúde e os níveis de renda. Quando se controla por idade, educação, setor de emprego, gênero e localização geográfica, um aumento de 50% no número médio de dias que um indivíduo esteve doente e incapacitado para realizar suas atividades usuais durante o mês anterior, implicaria reduções de 11% na renda laboral de homens urbanos, de 8% para mulheres urbanas, de 13% para homens rurais e de 7% para mulheres rurais (Ribero, 1999).

Finalmente, cabe fazer referência a essas oportunidades perdidas que se associam com o custo de lidar com as conseqüências sociais da exclusão e da pobreza. Em particular, as sociedades ibero-americanas enfrentam um sério problema em termos do custo que representam fenômenos como a violência doméstica e

social para o crescimento econômico. De acordo com uma pesquisa recente (Buvinic, Morrison e Shifter, 1999), o abuso e maltrato infantil afeta o desempenho das crianças na escola e no colégio, com o correspondente impacto em sua produtividade futura e no rendimento do investimento educativo. Por outro lado, as mulheres que sofrem violência doméstica são menos produtivas em seus postos de trabalho, o que representa uma perda direta para a produção nacional, e também uma perda indireta, já que as mulheres menos produtivas tendem a obter rendas mais baixas e isto, por sua vez, implica um menor gasto de consumo e um conseqüente nível inferior de demanda agregada. A violência tem, ademais, um grande custo em termos de erosão do capital social.

Ainda que não existam pesquisas sistemáticas para a região, um estudo recente no México, D.F., constatou que a violência doméstica foi a terceira maior causa de Anos de Vida Saudáveis Perdidos (AVISA) para as mulheres, depois da diabete e das afecções perinatais. A violência por parte do companheiro e outras formas de abuso contra a mulher constituíram uma fonte de AVISA ainda maior que os acidentes de trânsito, as anomalias congênitas, a artrite reumatóide, a osteoporose, as doenças cardiovasculares, as doenças cérebro-vasculares e a pneumonia. Também existe evidência de que as mulheres que sofrem violência doméstica recebem remunerações significativamente menores que as que não padecem dessa violência: um estudo realizado em Manágua mostrou que as mulheres que sofrem violência severa ganham só 57% do que ganham as que não sofrem de abuso, e as perdas por este critério equivalem a 1.6% do PIB; e de acordo com um estudo realizado em Santiago do Chile, essa porcentagem é de apenas 39% e as perdas equivalem a 2% do PIB. Com relação ao impacto do abuso infantil, um estudo realizado no Chile assinalou que às crianças que indicaram haver sofrido abuso sério lhes foi consideravelmente pior no colégio que a aquelas que não foram vítimas de abuso; ademais, as crianças abusadas mostraram relações interpessoais insatisfatórias não só com seus pais, mas também com outras crianças. Veja Quadro V.2, onde se apresenta uma tipologia dos custos socioeconômicos da violência.

Quadro V.2
OS CUSTOS SOCIOECONÔMICOS DA VIOLÊNCIA: TIPOLOGIA

Custos Diretos:

Valor de bens e serviços usados no tratamento e na prevenção da violência

- Sistema de saúde
- Polícia
- Sistema de justiça criminal
- Moradia
- Serviços sociais

Custos não-monetários:

A dor e o sofrimento resultantes da violência

- Maior morbidade
- Maior mortalidade por homicídio e suicídios
- Abuso de álcool e drogas
- Desordens depressivas

Efeitos multiplicadores econômicos:

Impactos macroeconômicos no mercado laboral e na produtividade intergeracional

- Menor participação laboral da mulher
- Menor produtividade no trabalho
- Menores rendas
- Maior ausentismo
- Impacto intergeracional na produtividade: desempenho educativo
- Menor capacidade de poupança e investimento
- Fuga de capital

Efeitos multiplicadores sociais:

Impactos nas relações interpessoais e na qualidade de vida

- Transmissão intergeracional da violência
- Qualidade de vida reduzida
- Erosão do capital social
- Menor participação no processo democrático

Fonte: M. Buvinic, A. Morrison e M. Shifer, *La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción*, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 1999.

6. Quando a ética e a eficiência coincidem

Todas as evidências tendem a confirmar que, como expressaram os ministros de economia e fazenda em sua recente Reunião Ibero-Americana, os recursos que os países da Ibero-América não destinem hoje a satisfazer as demandas e necessidades de capital humano necessário são recursos que se estão subtraindo à construção da sociedade que estes países desejam ser amanhã.

Na medida em que existam disparidades significativas no acesso aos serviços sociais básicos; e enquanto persistam as atuais inequidades no acesso às oportunidades de desenvolvimento do capital humano de distintos segmentos da população, nessa mesma medida não só se estarão reproduzindo situações eticamente questionáveis, senão que se estará gerando um padrão

claramente ineficiente de distribuição, alocação e utilização dos recursos com que contam estas sociedades para promover seu bem-estar e seu desenvolvimento.

Isto é particularmente correto no que se refere às oportunidades das que se priva a maioria das crianças e adolescentes. Como visto, mais da metade das crianças que vivem nestes países o fazem em condições de pobreza e, ainda pior, elas constituem mais da metade dos pobres da região. As rendas e as condições de vida de suas famílias resultam insuficientes para lhes garantir as oportunidades básicas para seu crescimento e desenvolvimento, e os recursos materiais e institucionais que as sociedades ibero-americanas dedicam a estas crianças continuam sendo insuficientes e inadequados para fazer efetivo seu acesso às oportunidades, de modo que se possa romper a reprodução intergeracional da pobreza.

Não realizar esses investimentos que viriam reverter este círculo vicioso da pobreza é inaceitável do ponto de vista ético, perigoso do ponto de vista político e absurdo desde a perspectiva de eficiência econômica. Isso deveria resultar ainda mais evidente no contexto de um mundo crescentemente globalizado, em que o acesso ao conhecimento é, cada vez mais, a condição básica de competitividade e êxito econômico. Estas carências e insuficiências que limitam o presente de mais da metade das crianças e adolescentes ibero-americanos são insuficiências que atentam também contra o próprio desenvolvimento dessas sociedades. Neste contexto, a satisfação dos direitos das crianças e adolescentes deveria ser entendido também como o melhor caminho a um tipo de crescimento que não dependa mais da pobreza dos recursos humanos da região, senão de sua produtividade crescente e sua adequada remuneração.

Seção VI

Conclusões e principais áreas de ação

1. Conclusões gerais

Nesta seção se apresenta uma síntese com as principais conclusões que se depreendem do estudo, e se destacam as principais áreas de ação nas que se deveriam concentrar os esforços dos governos ibero-americanos a fim de progredir decididamente para o cumprimento cabal dos direitos da infância e da adolescência na região.

O exame dos progressos a favor da infância realizados na Ibero-América mostra que se nos últimos anos foi possível avançar para o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, este pode ser alcançado plenamente num prazo razoável, menor que o resultante da mera extrapolação das tendências registradas nas décadas passadas.

Isto supõe reafirmar o compromisso de cumprir em forma cabal tais direitos, enfrentando os atrasos que se traduzem em morte e morbidade desnecessárias de crianças e adolescentes, educação insuficiente e inadequada, e condições de vida inaceitáveis, que lhes impedem incorporar-se adequadamente à vida ativa e como cidadãos plenos, com o que transmitem à geração seguinte as desigualdades e a pobreza.

Para assegurar estes avanços é preciso reduzir as disparidades entre os países da região, assim como as

persistentes desigualdades socioeconômicas, territoriais, étnicas e de gênero que em maior ou menor medida estão presentes em todos eles. Este último objetivo só pode ser alcançado se os problemas se atacam desde a menor idade e ao longo de todo o ciclo de vida.

O anterior exige aumentar em forma significativa os recursos que os governos e a ajuda internacional destinam ao investimento social na infância na adolescência e melhorar a qualidade das políticas e programas, melhorando o desempenho da gestão pública na perspectiva de lograr maiores graus de intersetorialidade

Por último é necessário estabelecer para o próximo decênio metas a favor da infância e da adolescência bem calibradas, que tomem em consideração a situação atual dos países e incorporem explicitamente o objetivo de reduzir os atrasos e desigualdades mencionados.

Estas conclusões se sustentam nas seguintes considerações:

1. A satisfação dos direitos das crianças e adolescentes é o melhor e mais seguro caminho para um crescimento sem pobreza, que dependa principalmente de sua crescente produtividade e de sua adequada remuneração. A pobreza, que afeta em maior proporção e intensidade à população infantil ibero-americana, é o principal canal pelo qual esta se reproduz de uma geração à seguinte. Desativar os mecanismos de reprodução da pobreza requer políticas de investimento social que ampliem e potenciem o capital humano.
2. É necessário dispor de informação adequada e oportuna para identificar a rentabilidade social das opções de investimento dos governos e das sociedades ibero-americanas. Os novos recursos anuais requeridos por este investimento, que deve garantir a cobertura universal dos serviços sociais básicos, ascendem a cerca de 30 dólares per capita, o que equivale a um aumento do gasto da ordem de 8% do orçamento público total, ou seja, cerca de 2.5% do PIB. Esta magnitude não é desprezível, mas tampouco está fora do alcance das sociedades ibero-americanas.
3. Os países ibero-americanos que garantem mais plenamente o direito à vida não são necessariamente os com maior riqueza acumulada ou os que alcançaram uma renda por habitante mais elevada, mas os que assumiram coletivamente a decisão de proteger a vida.
4. O desenvolvimento de uma ordem judicial de acordo com a CDC é um processo em marcha, cuja institucionalização se encontra ainda distante de oferecer a cobertura e a qualidade requeridas para a proteção da infância e da adolescência. Para isso é necessário fortalecer os mecanismos jurídicos e as organizações nacionais e internacionais para sua aplicação e fiscalização.
5. Dado a que o acervo educacional é o principal ativo da maioria da população, e este, por sua vez, condiciona a transmissão das oportunidades de bem-estar entre as gerações, os investimentos em educação deveriam continuar tendo alta prioridade nas agendas dos governos.
6. Isto porque os recursos destinados a dar acesso oportuno a uma educação pertinente e de qualidade, constituem um investimento altamente rentável, tanto do ponto de vista econômico como social. Este investimento realça o desenvolvimento cultural e social das crianças e adolescentes e complementa os realizados em outros âmbitos, como a educação em saúde e a educação sexual, e contribui por sua vez a melhorar o clima educacional das famílias e sua capacidade de socialização.
7. Ainda que a educação básica não alcance uma cobertura universal nos estratos de menores rendas, deve-se enfatizar os aspectos de qualidade e equidade, outorgando maiores oportunidades educativas às crianças e adolescentes dos estratos baixos e médios. Isto implica dar continuidade ao processo educativo, melhorar a eficiência interna do sistema —reduzindo a entrada tardia e a repetência—, e levar a cabo políticas tendentes a aumentar a educação secundária e a reduzir a evasão escolar nesse ciclo.
8. A possibilidade de que os jovens completem a educação secundária ou ciclo médio superior eleva a competitividade sistêmica do conjunto da sociedade, ou seja, sua capacidade para centrar o valor agregado na incorporação de progresso técnico e no uso intensivo da informação e do conhecimento.
9. A participação infantil e adolescente é um dos direitos fundamentais reconhecidos na CDC, pois constitui uma fonte de formação valórica e de estruturação das relações sociais, incluídas as de gênero. É necessário brindar às crianças e adolescentes espaços sociais e institucionais, e constituir a família e a escola como cenários privilegiados de aprendizagem democrática, de participação e respeito. Até agora, as necessidades e direitos dos adolescentes não lograram suficiente visibilidade nas políticas públicas e nas agendas dos governos.

2. Principais áreas de ação

A. Necessidade de combinar o enfoque de direitos com o estabelecimento de metas e caminhos críticos que permitam a necessária prestação de contas e contribuam ao cumprimento efetivo dos direitos da infância e da adolescência.

A adoção da CDC como referente central para abordar a satisfação das necessidades das crianças, significa aplicar um enfoque no qual explicitamente elas são reconhecidas como sujeitos de direito, titulares de um conjunto de liberdades e garantias necessárias para assegurar sua proteção integral assim como sua participação plena na sociedade.

Esta concepção transcende o enfoque próprio das políticas setoriais tradicionais de bem-estar infantil, consistentes na consideração da criança como objeto de proteção, receptor passivo de medidas arbitrárias, nas que geralmente se têm confundido os enfoques característicos do assistencialismo, a caridade, a filantropia e o controle social.

A posta em prática deste enfoque de direitos exige reformas legislativas para harmonizar as leis nacionais com os preceitos da Convenção; a formulação de políticas públicas que abarquem a integridade das necessidades de desenvolvimento infanto-juvenil; e as reformas institucionais necessárias para superar as inequidades entre os não integrados aos serviços oferecidos no mercado, de modo que aqueles excluídos sejam objeto de medidas assistenciais e de investimento social. Neste sentido, o enfoque dos direitos da criança se insere nos esforços encaminhados a integrar o desenvolvimento, a equidade e a cidadania.

Os países devem avançar decididamente para o cumprimento pleno dos direitos de acordo com suas próprias especificidades. Neste esforço contam com o apoio de certos mecanismos internacionais, dentro dos quais o estabelecimento de metas serve como um instrumento operativo de grande importância. Para isso é necessário dispor de indicadores apropriados para medir e calibrar os avanços, estancamentos ou retrocessos registrados nos diversos direitos que contempla a CDC, e que se agrupam nas seguintes áreas: sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação. A partir da experiência obtida durante a década passada no

acompanhamento decenal do cumprimento das metas contidas no Plano de Ação do Encontro Mundial de Cúpula pela Infância de 1990, os países ibero-americanos deverão continuar aperfeiçoando o conjunto de indicadores mais adequados para determinar com maior precisão o progresso em direção ao cumprimento pleno dos direitos das crianças.

O estabelecimento de metas a serem cumpridas quanto aos diversos Direitos da Criança, e dos respectivos estabelecimento de metas a serem cumpridas quanto aos diversos Direitos da Criança, e dos respectivos caminhos críticos para seu logro, permite sistematizar a formulação e financiamento dos programas requeridos para avançar em sua aplicação. As metas facilitam o desenvolvimento de uma governabilidade responsável e democrática, na medida em que indicam o rumo cujo grau de cumprimento serve para estabelecer uma efetiva prestação de contas e avaliar a gestão das políticas públicas. Por outro lado, o estabelecimento de metas regionais permite efetuar análises comparativas entre os países ibero-americanos, elemento fundamental para orientar a cooperação internacional às nações que apresentam déficits agudos em áreas específicas.

B. Necessidade de dar prioridade ao objetivo de reduzir drasticamente as desigualdades socioeconômicas, geográficas, de gênero e étnicas ao interior dos países, por constituírem um traço essencial e transversal aos fenômenos que afetam as crianças e adolescentes, assim como o mecanismo principal de transmissão intergeracional dessas desigualdades.

Os órgãos do sistema das Nações Unidas, particularmente a UNICEF, têm apoiado intensamente os governos da região no acompanhamento e avaliação das metas a favor da infância aprovadas no Encontro. O exame dos avanços no seu cumprimento na Ibero-América, realizado na seção I, ainda que com diferentes graus de progresso nas distintas áreas e entre os países, mostrou logros significativos. Não obstante, a avaliação global efetuada na seção II põe em destaque menores logros em matéria de diminuição das desigualdades entre e intra países numa região que continua apresentando os mais altos graus de desigualdade entre as regiões do mundo.

Essas inequidades se expressam em que, como regra geral, o nível da média que alcançam os indicadores associados às diversas metas e direitos conjuga uma situação de um grupo relativamente reduzido da população de cada país que as superou amplamente, alcançando valores próprios de um país desenvolvido, com a de outros grupos, correspondentes a parte numerosa da população, que estão distantes de alcançá-las e cuja situação se assemelha mais à dos países menos desenvolvidos.

Não obstante as dificuldades que impõem a falta de informação para examinar os fenômenos que afetam a infância desde a perspectiva das desigualdades dentro dos países, os antecedentes disponíveis indicam que estas se manifestam em todos os âmbitos (geográfico, socioeconômico, de gênero e étnico), continuam sendo muito elevadas e suas causas persistem no tempo. E mais ainda, dado que tais desigualdades se manifestam em todas as etapas do ciclo de vida, desde as condições que rodeiam o nascimento até a maturidade, constituem o principal veículo de transmissão da inequidade social de uma geração à seguinte.

Por isso, a redução da desigualdade deve ser uma prioridade não só por um imperativo ético, sem dúvida importante *per se*. A eficiência do investimento social e o rendimento deste ao longo do ciclo de vida dependem principalmente de que essas desigualdades se reduzam em forma permanente e não se manifestem reiteradamente nas distintas etapas de vida da criança e do adolescente. Assim, por exemplo, a universalização do acesso à educação primária sem melhorar a qualidade da educação que recebem as crianças de todos os estratos socioeconômicos, se traduz em desigualdades que logo se manifestam durante o ciclo secundário e cujo cumprimento constitui atualmente um requisito básico para a incorporação ao mercado laboral.

A inclusão do objetivo de reduzir as desigualdades no logro das metas, junto com a melhoria das médias, requer não só de políticas e programas que concentrem os recursos em função da magnitude das carências atuais, fato que em muitos casos tampouco foi logrado, mas que supõe, ademais, projetar as carências futuras e tomar ações a respeito.

No que diz respeito especialmente às desigualdades socioeconômicas, provenientes das carências do domicílio de origem da criança, a consideração explícita do objetivo de maior equidade implica que as políticas devem ser integrais e não circunscrever-se ao âmbito estrito em que

estas se expressam. Por exemplo, não se pode avançar suficientemente na diminuição das desigualdades de logro educacional das crianças provenientes de diferentes estratos sociais com políticas circunscritas ao âmbito do estabelecimento educacional. Essas políticas devem estar dirigidas também aos fatores que limitam as oportunidades das crianças em seu próprio domicílio.

O anterior se sustenta nos seguintes argumentos:

- i) as causas das desigualdades são um fato permanente para um indivíduo em particular, formam parte de sua origem;
- ii) as desigualdades se manifestam em todos os fenômenos devido a que as causas permanecem —constituem um fenômeno estrutural;
- iii) atacar suas manifestações atuais não elimina as causas para um indivíduo em particular, mas —eventualmente— para as gerações futuras.
- iv) enquanto não desapareçam as causas, suas manifestações podem ser consideradas semi-independentes entre si: a eliminação de uma manifestação não ajuda substancialmente à eliminação de outra;
- v) ao longo do ciclo de vida, os efeitos ou conseqüências das desigualdades tendem a ser acumulativos e portanto sua superação tende a ser cada vez mais onerosa e difícil;
- vi) a redução das manifestações da desigualdade só em uma etapa do ciclo vital pode inclusive ser acompanhada pela amplificação das mesmas em uma etapa posterior.

C. Necessidade de que as metas a favor da infância e da adolescência que se estabeleçam para o próximo decênio considerem os problemas emergentes e incorporem de maneira explícita as pronunciadas desigualdades que persistem entre os países ibero-americanos

Não obstante se tenha logrado importantes avanços em aspectos decisivos da qualidade de vida presente e futura da infância e da adolescência, que em muitos casos se traduziram inclusive na superação das principais metas estabelecidas no Encontro, persistem grandes desigualdades entre os países ibero-americanos. Os logros que se conseguirão na Ibero-América para o ano 2010 dependem da capacidade que mostrem os países que apresentam maiores atrasos para avançar a um ritmo mais acelerado. As novas metas para o próximo decênio devem

por isso ser calibradas em consoância com o objetivo de reduzir as disparidades entre países e ir além do estabelecimento de melhorias proporcionais homogêneas. No plano internacional, isso daria sinais mais claros acerca da distribuição do esforço e dos recursos entre os países da região.

Por exemplo, com relação à mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos, é imprescindível propor diferentes metas por países, velando pelo cumprimento de logros mais ambiciosos para aqueles com mais atraso. A meta de reduzir a mortalidade infantil e de menores de cinco anos em pelo menos um terço, sugerida em *A World Fit For Children* (Nações Unidas, 2001) deveria ser examinada à luz da realidade dos países ibero-americanos nessa matéria. Os argumentos são amplamente conhecidos: além do óbvio imperativo ético, os recursos investidos na diminuição da mortalidade infantil são mais “rentáveis” quando se destinam à prevenção das causas de morte prematuras nos países onde aquela é mais elevada, dado que neles a maior proporção das mortes respondem a causas cujo custo de evitar é relativamente menor.

Este critério, válido especialmente com relação às metas principais do Encontro e para os países com maior déficit, deveria guiar também a alocação dos recursos públicos nacionais e os provenientes da ajuda internacional que se destinam a investimento social nos países que apresentam menores atrasos, mas que enfrentam dramaticamente os problemas que reemergem na região. Continuando com o exemplo da mortalidade infantil, os países com menores taxas deveriam continuar reduzindo-a; mas obviamente devido a que um maior número de mortes responde a causas cuja erradicação é mais onerosa, requerirão quantias crescentes de recursos dado que os fenômenos que persistem são cada vez mais difíceis e custosos de superar, já que respondem a áreas *duras* de intervenção. Por exemplo, dar acesso a água potável e saneamento básico à população rural ou de zonas remotas quando já se superou uma parte importante do problema nas zonas urbanas, resulta mais complexo e custoso; a própria superação, ainda que parcial, de fenômenos que afetam a infância faz com que se tornem mais visíveis e prementes outros que demandam maiores investimentos. Estes problemas reemergentes têm tantos componentes “suaves” (associados a etapas de avanço rápido com um investimento relativamente baixo) como “duros” (etapas em que os avanços são mais lentos e requerem um maior investimento). No que se refere à nutrição, por exemplo, a superação da desnutrição grave dos menores de cinco anos deu lugar ao aparecimento de problemas de má nutrição, obesidade e desequilíbrio

dietético (bulimia ou anorexia). A universalização do acesso ao primário pôs em primeiro plano problemas mais complexos de qualidade e equidade na educação básica, assim como a necessidade de reduzir a evasão escolar no ciclo médio ou secundário.

Tanto os avanços como os atrasos e as disparidades existentes, se combinam em um conjunto de problemas em áreas de maior visibilidade, para exigir tratamentos integrais e inovadores, que sob a ótica dos direitos se afastem de visões setoriais, fragmentadas e assistencialistas para dedicar-se à construção de políticas capazes de enfrentar estes problemas de maneira integral. Neste sentido, é preciso entender, que:

- i) a sobrevivência continua sendo um desafio nos países ibero-americanos, o que demanda aprofundar os logros alcançados em termos de redução das enfermidades;
- ii) existe crescente evidência sobre a importância do desenvolvimento precoce em termos da qualidade de vida presente e futura dos indivíduos, o que vai se refletir em menor incidência de problemas de saúde e terá uma repercussão significativa no que concerne à construção de capital humano e capital social para a sociedade;
- iii) no campo da saúde sexual e reprodutiva, os jovens devem encontrar um ambiente familiar e social que facilite e promova o complexo processo de maturação pelo qual atravessam, fomentando sua auto-afirmação e sentido de identidade. As mulheres adolescentes necessitam um apoio especial; porém os rapazes também necessitam assumir sua maturidade sexual e social com uma visão mais de acordo com os valores de equidade de gênero;
- iv) a qualidade do ambiente e a relação individual e social com o meio adquirem uma renovada importância, e têm um efeito crucial em termos de reduzir a vulnerabilidade das crianças e adolescentes;
- v) a importância da família para a sobrevivência, bem-estar e desenvolvimento da criança e do adolescente é fundamental, tanto em termos materiais como afetivos;
- vi) as crianças e suas famílias requerem, também de políticas e investimentos públicos capazes de criar e ampliar o acesso às oportunidades que, como visto, constituem parte da própria definição de bem-estar e garantia de que as crianças de hoje não só se beneficiarão do desenvolvimento

social, mas que poderão aportar a ele de maneira significativa;

- vii) é preciso ver além dos apoios isolados e específicos, pois só mediante um conjunto coerente de políticas econômicas e sociais se poderá reverter o processo de reprodução intergeracional da pobreza e enfrentar com êxito algumas das piores manifestações que esta pobreza provoca para a infância, como é o caso do trabalho infantil ou dos conflitos com a justiça penal;
- viii) tudo isto supõe o desenvolvimento de um marco jurídico e uma institucionalidade capazes de atender às necessidades específicas das crianças e jovens, sob a ótica de sujeitos de direito.

D. Necessidade de transformar o gasto social em um verdadeiro investimento, garantindo que os recursos destinados ao investimento social a favor da infância e da adolescência sejam suficientes e oportunos, e protegendo-os frente à volatilidade macroeconômica.

Como visto no documento, nenhum investimento parece ter um rendimento social e econômico tão alto como aquele dirigido a garantir o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes. Neste sentido, os países da Ibero-América devem realizar todos os esforços a seu alcance para evitar que, por não efetuarem estes investimentos de maneira oportuna, logo a história lhes cobre com multas os custos das oportunidades perdidas. O investimento em capital humano e social deve ser entendido como um imperativo para o logro de eficiência e competitividade para as economias nacionais, e não só como um mandato ético. O financiamento destes investimentos deve receber o tratamento prioritário que merece, e este reconhecimento deve constituir a base de um novo pacto fiscal que, mantendo a estabilidade macroeconômica e financeira, contribua também a manter a equidade social e o dinamismo da produtividade.

Neste contexto, os avanços em matéria de proteção dos direitos da criança e o melhoramento rápido das condições de vida presentes e futuras da infância e adolescência na Ibero-América, tornam imprescindível que os países estabeleçam mecanismos que garantam que os recursos e as ações destinadas à formação de capital humano e social recebam o financiamento adequado e oportuno e, em especial, evitem que sofram reduções em períodos recessivos ou de atenuação do crescimento

econômico. A volatilidade do crescimento e o desmedido impacto negativo que tem na infância e adolescência a redução dos recursos destinados ao gasto social, impõem a necessidade de que este seja efetivamente anticíclico.

São óbvias as razões pelas quais é necessário evitar o caráter pró-cíclico do gasto em investimento social. Um dólar “poupado” ou que não se gastou em material escolar durante um ano como conseqüência da redução do gasto público em educação, requerirá, para recuperar suas conseqüências, uma quantidade muito maior como custo de nivelção. Do mesmo modo, os problemas de desnutrição agravados durante um período de crise podem se traduzir não só em danos permanentes que redundarão em rendas menores para a criança afetada e para a sociedade em seu conjunto, mas em fortes gastos posteriores para sua nivelção permanente.

Portanto, os períodos de bonança devem ser aproveitados para acumular recursos que permitam que, frente à conjunturas de contração das receitas fiscais, existam mecanismos de flexibilização orçamentária que pelo menos mantenham os gastos sociais em termos reais, sobretudo os componentes que asseguram a continuidade dos programas que beneficiam a infância e a adolescência, tanto no que se refere aos componentes de gasto corrente como aos de investimento.

A experiência dos anos noventa mostrou que a volatilidade é uma característica das economias da região. Daí que iniciativas como a 20/20 deveriam ser complementadas para assegurar que não só uma fração importante dos recursos públicos e da ajuda internacional para o desenvolvimento se destinem ao investimento social básico, mas que seu montante não se reduza em termos absolutos em períodos de contração econômica, em circunstâncias que durante esses períodos deveriam ser acrescentados a fim de contrapor-se à redução de renda dos domicílios mais vulneráveis como conseqüência do aumento do desemprego.

Neste sentido, se deveria avançar tanto na modernização e sofisticação dos sistemas tributários, que dêem sustentação ao investimento, como na criação de fundos de estabilização para a manutenção dos principais programas destinados à infância e à adolescência durante os períodos de queda de crescimento, ou na adoção de seguros nacionais que permitam fazer frente às conseqüências de eventos catastróficos.

E. Necessidade de elevar a qualidade, cobertura, oportunidade e difusão da informação requerida para acompanhar as metas do próximo decênio e permitir que os países ibero-americanos melhorem sua capacidade para avaliar as políticas e programas adotados a favor da infância e da adolescência.

A experiência dos anos noventa põe em evidência que o estabelecimento de objetivos e metas e o acompanhamento das mesmas constitui um poderoso impulsor para o desenvolvimento social e, em particular, para o cumprimento dos direitos. O estabelecimento das metas a favor da infância, o exame periódico dos avanços e sua calibragem à luz da situação dos países foram um fator decisivo na motivação dos governos e dos órgãos comprometidos, e se traduziram na crescente mobilização de atores sociais nacionais e internacionais a favor dos objetivos estabelecidos. As metas quantitativas proporcionaram critérios padronizados para analisar o progresso dos países. Na próxima década serão estabelecidas novas metas e se incorporarão outras orientadas a abordar os problemas emergentes.

A informação social deve converter-se num verdadeiro acontecimento político, de forma que as sociedades ibero-americanas contem com elementos de informação e de valor necessários para dar continuidade às políticas econômicas e sociais desde uma perspectiva que privilegie não só as tradicionais variáveis financeiras, mas aquelas referidas à qualidade de vida da população e sobretudo ao bem-estar das crianças e adolescentes. O êxito deste processo de avaliação de logros e do grau de cumprimento dos Direitos da Criança depende crucialmente da qualidade e da oportunidade da informação, e de quão completa seja ela. Até o momento, e não obstante os avanços realizados no campo da informação, ainda subsistem importantes deficiências:

- i) há vazios de informação em aspectos chaves como a composição da mortalidade infantil segundo causas, informação cada vez mais necessária a medida que se reduz o número destas mortes e se deseja continuar avançando no objetivo de reduzir as mortes evitáveis neste grupo;

- ii) há também vazios de informação com relação aos novos temas e dimensões que adquirem crescente relevância (trabalho infantil e de adolescentes, qualidade da educação e de medição de suas desigualdades, entre outros). A respeito é preciso realizar esforços num duplo sentido: identificar ou definir indicadores válidos e confiáveis, e destinar recursos para a coleta de informação primária e para sistematizar a já existente;
- iii) por outro lado, muitas vezes se detectam grandes incoerências de informação quando se recorre a diferentes fontes, primárias ou secundárias. Isso ocorre inclusive com relação a um indicador tão chave como é o de mortalidade infantil. Por exemplo, se detectam discrepâncias não desprezíveis entre as taxas publicadas por diferentes organismos internacionais, e que formam parte das bases de dados que mantém, atualizam e publicam periodicamente;
- iv) com relação à medição de muitos fenômenos, os indicadores se dão a conhecer com muito atraso ou sem especificar claramente o período de referência, o que, em muitos casos, chega a impossibilitar o acompanhamento adequado da respectiva meta. Não é raro que alguns indicadores para os distintos países apresentem duas observações cujos períodos de referência se publicam como faixas que se transladam (por exemplo, 1980-1990; 1985-1995).

Todo o anterior torna imprescindível aumentar os esforços, destinar maiores recursos e coordenar as ações que já se encontram em andamento para melhorar substancialmente os sistemas de informação e a capacidade dos países para recopilar, sistematizar e avaliar sua qualidade em todos os aspectos. Estes esforços deveriam naturalmente concentrar-se nos países ibero-americanos de menor desenvolvimento relativo na região, pois são justamente os que mais requerem de um acompanhamento permanente e cuidadoso dos avanços no logro de metas a favor da infância. Um exemplo disso é a necessidade de criar um observatório ibero-americano para o desenvolvimento da infância, da adolescência e da juventude (ver quadro III.8).

Bibliografía

- Amaris, A., Carlos Flores e Jesús Mojica (1992), *Mortalidad infantil en Panamá: un análisis de sus tendencias derivadas del censo 1990*, Cidade do Panamá.
- Banco Mundial (2001), *Informe sobre desarrollo mundial 2000/2001: lucha contra la pobreza*, Washington, D.C.
- _____ (1993), *Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis*, Washington, D.C., Divisão da América Latina e Caribe.
- Belizan, J.M. e outros (2000), “Antenatal care in developing countries”, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 12, Nº 2.
- Buvinic, Mayra, Andrew Morrison e Michael Shifter (1999), *La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- Camacho, Alma Virginia (2000), *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica 1988-1998*, Washington, D.C., Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) - Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Centre for International Research and Innovation (1999), *Human Capital Investment: An International Comparison*, Paris, Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), abril.
- CEPAL (Comissão Económica para a América Latina e o Caribe) (2000a), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 1999* (LC/G.2066-P), Santiago do Chile. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.1.
- _____ (2000b), *La brecha de la equidad. Una segunda evaluación* (LC/G.2096), Santiago do Chile.
- _____ (2000c), *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.00.II.G.18.
- _____ (1999), *Panorama social de América Latina, 1998* (LC/G.2050-P), Santiago do Chile. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.99.II.G.4.
- _____ (1998), *Panorama social de América Latina, 1997* (LC/G.1982-P), Santiago do Chile. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.98.II.G.3.
- _____ (1997), *Programa de alimentación escolar de Uruguay: su impacto nutricional y educacional* (LC/R.1767), Santiago do Chile.
- _____ (1995), *Panorama social de América Latina, 1995* (LC/G.1886-P), Santiago do Chile. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.95.II.G.17.
- _____ (1994), *Panorama social de América Latina, 1994* (LC/G.1844), Santiago do Chile, novembro.
- _____ (1992), *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, série Libros de la CEPAL, Nº 32 (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago do Chile, abril. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: 92.II.G.5.

- CODHES (Advisory Office for Human Rights and Displacement) / UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2000), *This is Not Our War. Children and Forced Displacement in Colombia*, março.
- Concha, M. e outros (1997), *Metodologías de apoyo a la priorización local de problemas de salud*, Santiago do Chile, Ministerio de Salud.
- Cortez, Rafael (1999), *Salud y productividad en el Perú*, Washington, D.C., Rede de Centros de Pesquisas, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- Cowater International / BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) (1996), *Poverty Alleviation for Communities of African Ancestry*, Washington, D.C.
- Da Cunha, José Marcos Pinto (1997), “Raça: aspecto esquecido da inequidade em saúde no Brasil”, *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*, R.B. Barata e outros (comps.), Rio de Janeiro, Abrasco/FioCruz.
- FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas) (1999a), *Estado de la población mundial, 1998: las nuevas generaciones*, Nova York.
- _____ (1999b), *Etapas de transición: salud, sexualidad y derechos reproductivos de los jóvenes*, Nova York. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: S.99.III.H.2.
- Ganuzza, Enrique, Arturo León e Pablo Sauma (comps.) (1999), *Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1933)*, Santiago do Chile, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).
- Griliches, Zvi (2000), *R&D, Education and Productivity*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Hollstein, R. Dieter, Jeanette M. Vega e Yury B. Carvajal (1998), “Socioeconomic level and infant mortality in Chile in the period 1985-1995”, *Revista médica de Chile*, Nº 126, Santiago do Chile.
- Instituto Interamericano del Niño (1999), “Niños americanos: la violencia bajo la alfombra”, Brecha, Montevideú, março.
- Jones, Patricia (2001), “Are educated workers really more productive?”, *Journal of Development Economics*, vol. 64.
- Landers, Cassie (1991), *A Theoretical Basis for Investing in Early Child Development*, Nova York, Grupo consultivo sobre o cuidado e o desenvolvimento da criança na primeira infância, dezembro.
- López, R., Thomas Vinod e Y. Wang (1998), “Addressing the Education Puzzle: the Distribution of Education and Economic Reforms”, Policy Research Working Paper, Nº 2031, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Lozano, R. e outros (2000), *Health Inequality in México: Study by Socioeconomic Strata at the County and Household Level*, Fundação Rockefeller, por aparecer.
- Macro International (1996), *Demographic and Health Surveys*, Calverton, Maryland.
- Nações Unidas (1998), *World Population Prospects, the 1996 Revision (ST/ESA/SER.A/167)*, Nova York. Publicação das Nações Unidas, Nº de venda: E.98.XIII.5.
- Nações Unidas (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2001a), *A World Fit For Children*, Comitê Preparatório do período extraordinário de sessões da Assembléia Geral sobre a Infância, Segundo período de sessões substantivo (Nova York, 29 de janeiro a 2 de fevereiro), por aparecer.
- NUPENS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde) - USP (Universidade de São Paulo) (1998), *Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90*, Informe interno, Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Olinto, Maria Teresa Anselmo e outros (1993), “Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 9, Nº 1.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) / IPEC (Programa Internacional para a Abolição do Trabalho Infantil) (2000), *El trabajo infantil en América Latina*, Lima.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2000), *Informe sobre la salud en el mundo, 1999. Cambiar la situación (WHO/ WHR/99.1)*, Genebra.
- OPS (Organização Pan-Americana da Saúde) - OMS (Organização Mundial da Saúde) (2000a), “Bases para la formulación de políticas a favor de la niñez, adolescencia y la mujer. Lineamientos para las metas de salud, nutrición y desarrollo para la próxima década”, documento preparado para a Quinta Reunião Ministerial Americana sobre Infância e Política Social (Kingston, Jamaica, 9 a 13 de outubro).
- _____ (2000b), “Derechos humanos de la niñez y la adolescencia en condiciones de vulnerabilidad social y jurídica”, Documento para discussão da Quinta Reunião Ministerial Americana sobre Infância e Política Social (Kingston, Jamaica, 9 a 13 de outubro).

- _____ (2000c), “El VIH y el SIDA en América Latina y el Caribe: llamado a proteger nuestra juventud”, Documento para discussão da Quinta Reunião Ministerial Americana sobre Infância e Política Social (Kingston, Jamaica, 9 a 13 de outubro).
- _____ (2000d), *Estado de la salud de las Américas*, Washington, D.C.
- _____ (1999), *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: the Role of Social and Economic Determinants*, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano, Washington, D.C.
- _____ (1998a), “La salud en las Américas. Edição de 1998”, Publicação científica, Nº 569, Washington, D.C.
- _____ (1998b), *Health Statistics for the Americas*, Washington, D.C.
- _____ (1992), “Reunión Consultiva sobre Disposición de Excretas y Aguas Residuales en América Latina y el Caribe”, série Salud ambiental, Nº 11, Washington, D.C.
- Peña, Manuel e Jorge Bacallao (2000), *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, Washington, D.C., Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) - Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Piñeros-Petersen, Marion e Magda Ruiz-Salguero (1998), *Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia*, Salud Pública Mex.
- PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) (2000), *Informe sobre desarrollo humano, 2000*, Madrid, Mundi-Prensa Libros.
- Porter, Michael e outros (2000), *Global Competitiveness Report 2000*, Cambridge, Massachusetts, Universidade de Harvard / World Economic Forum, dezembro.
- PROMUDEH (Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano) / UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2000), *Informe Regional de las Américas sobre los Avances hacia las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y los Acuerdos Regionales, 1990-2000*, Lima.
- Ribero, Rocío (1999), “Earnings Effects of Household Investment in Health in Colombia”, Discussion Paper, Nº 810, Centro para o Desenvolvimento Econômico, Universidade de Yale, novembro.
- Rivas, Ramón (1993), *Pueblos indígenas y garífunas de Honduras: una caracterización*, Tegucigalpa, Editorial Guaymuras.
- Temple, Jonathan (2000), *Growth Effects of Education and Social Capital in OECD Countries*, Paris, Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE).
- UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) - OREALC (Oficina Regional de Educação da UNESCO para América Latina e Caribe) (2001a), *Balance de los 20 años del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe*.
- _____ (2001b), Situação educativa de América Latina y El Caribe, 1980-2000, versão preliminar.
- UNICEF (2001), *Estado mundial de la infancia 2001*, Nova York.
- _____ (2000a), *La situación de la infancia y adolescencia en Iberoamérica*, Nova York, inédito.
- _____ (2000b), *Derecho al nombre y la nacionalidad: propuesta de trabajo para América Latina y el Caribe*, Bogotá, D.C., abril.
- _____ (1999), “El derecho a la Política de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia”, *Nuestro derecho a la transparencia*, ano 3, Nº 2, San José da Costa Rica.
- _____ (1998), *Violencia e infancia*, documento para o Comitê Coordenador Interagencial para o Seguimento do Encontro de Cúpula Mundial pela Infância nas Américas, Bogotá, D.C.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) / OMS (Organização Mundial da Saúde) (1995), *Programming for Adolescent Health*, Genebra.
- Van der Gaag, Jacques e Tan, Jee-Peng (2001), “JVG paper”, Washington, D.C., Banco Mundial, inédito.
- Victoria, Cesar G. (1999), “Reducing health inequalities: can health interventions make an impact?”, documento apresentado no Nono Foro Anual de Saúde Pública, Londres, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM).
- Victoria, Cesar G. e outros (1992), “Early childhood mortality in a Brazilian cohort: the roles of birthweight and socioeconomic status”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 21, Nº 11, Oxford, outubro.
- Vinod, Thomas e outros (2000), *The Quality of Growth*, Washington, D.C., Banco Mundial, Oxford University Press, setembro.

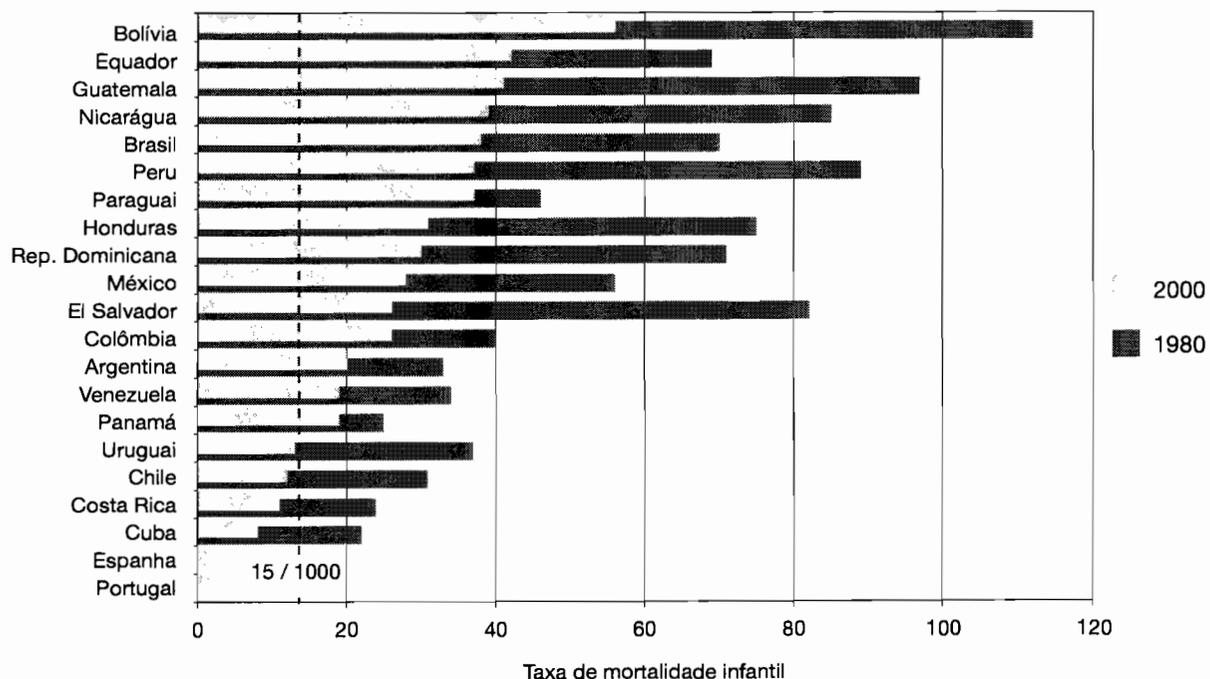
Anexo de quadros e gráficos

Nota explicativa:

Nos quadros do presente anexo estatístico são utilizados os seguintes sinais:

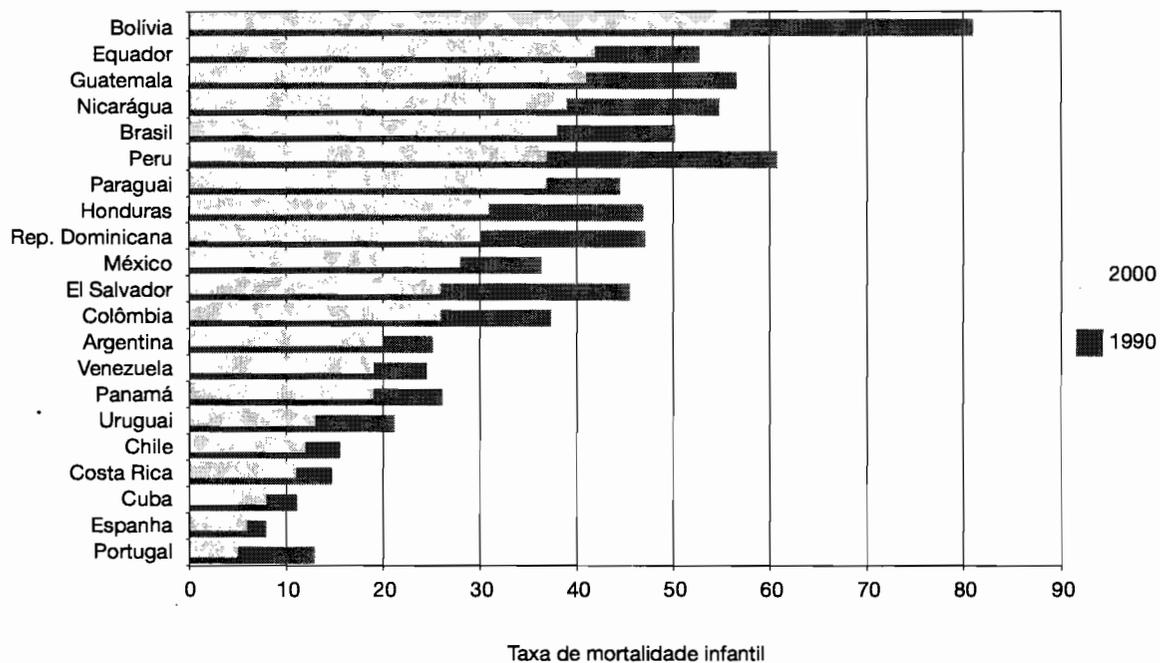
- Três pontos (...) indicam que os dados faltam, não constam por separado ou não estão disponíveis.
- O ponto entre parênteses [(.)] indica que a quantidade da unidade especificada é menor que um (1).
- Um sinal menos (-) indica déficit ou diminuição, salvo que se especifique outra coisa.
- O ponto (.) se usa para separar os decimais.
- A barra (/) posta entre cifras que expressem anos, por exemplo 1990/1992, indica que a informação corresponde a um dos anos do intervalo.
- O travessão (-) colocado entre cifras que expressem anos, por exemplo 1990-2000, indica que se efetua uma comparação entre os dados do ano inicial e do final.
- A palavra “dólares” se refere a dólares dos Estados Unidos, salvo indicação contrária.
- Devido a que às vezes as cifras estão arredondadas, os dados parciais e as porcentagens apresentadas nos quadros nem sempre somam o total correspondente.

Gráfico 1
**REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL,
 1980 – 2000**



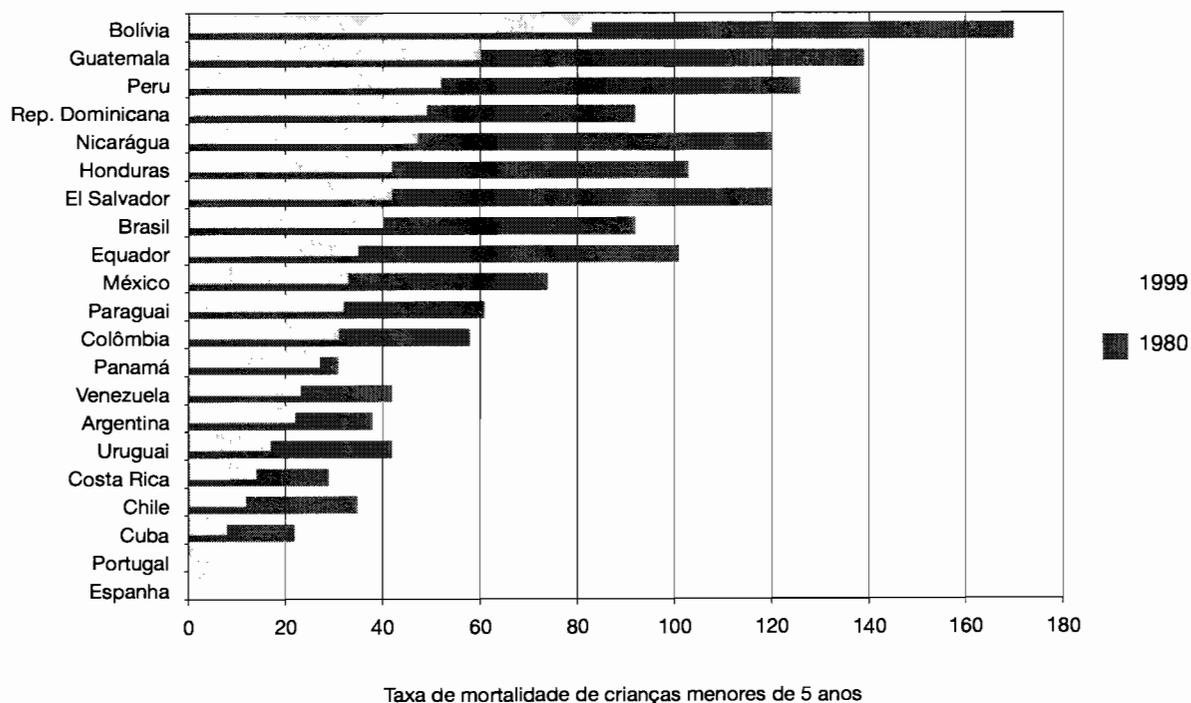
Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>) e dados de 1980: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Gráfico 2
**LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL,
 1990 - 2000**



Fonte: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), "Special Program for Health Analysis (SHA)" (<http://165.158.1.110/english/sha/>).

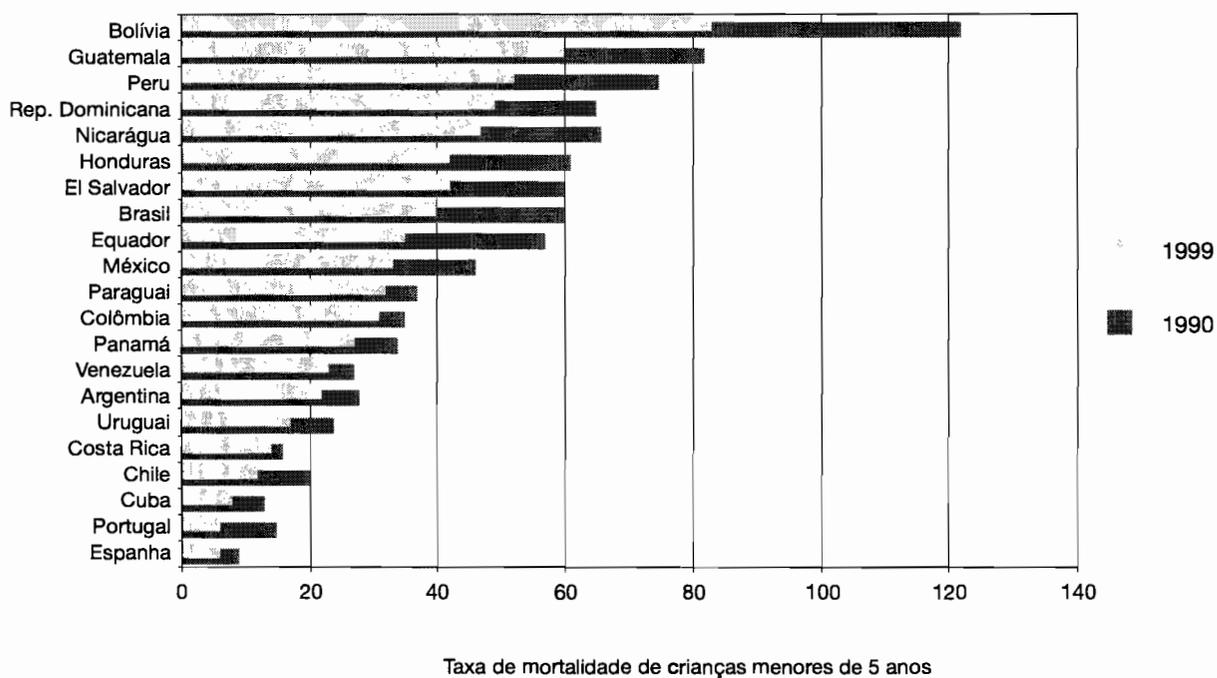
Gráfico 3
REDUÇÃO DA MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS,
1980 – 1999



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1 e dados de 1980.

Gráfico 4

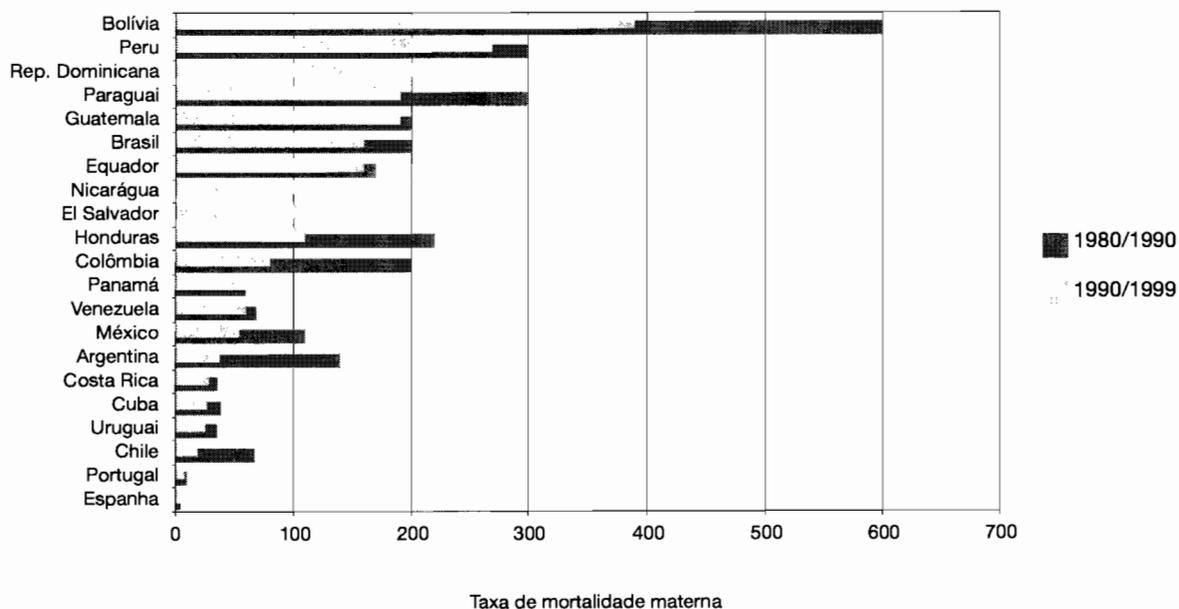
LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS, 1990 – 1999



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

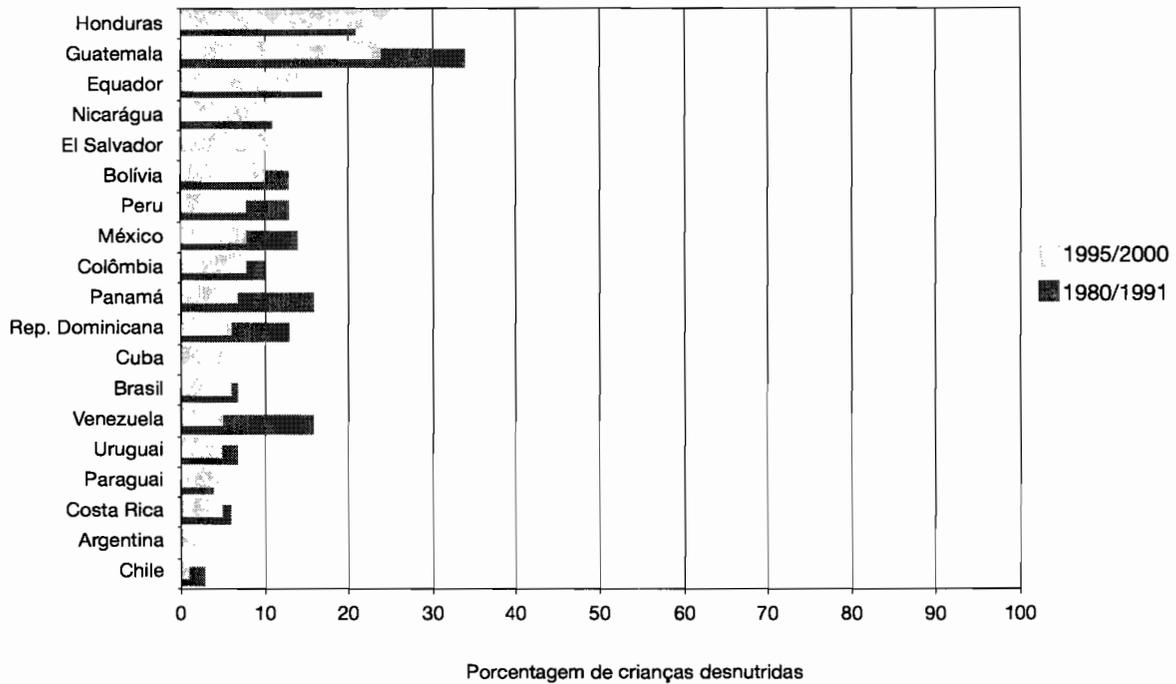
Gráfico 5

**LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA,
1980/1990 – 1990/1999**



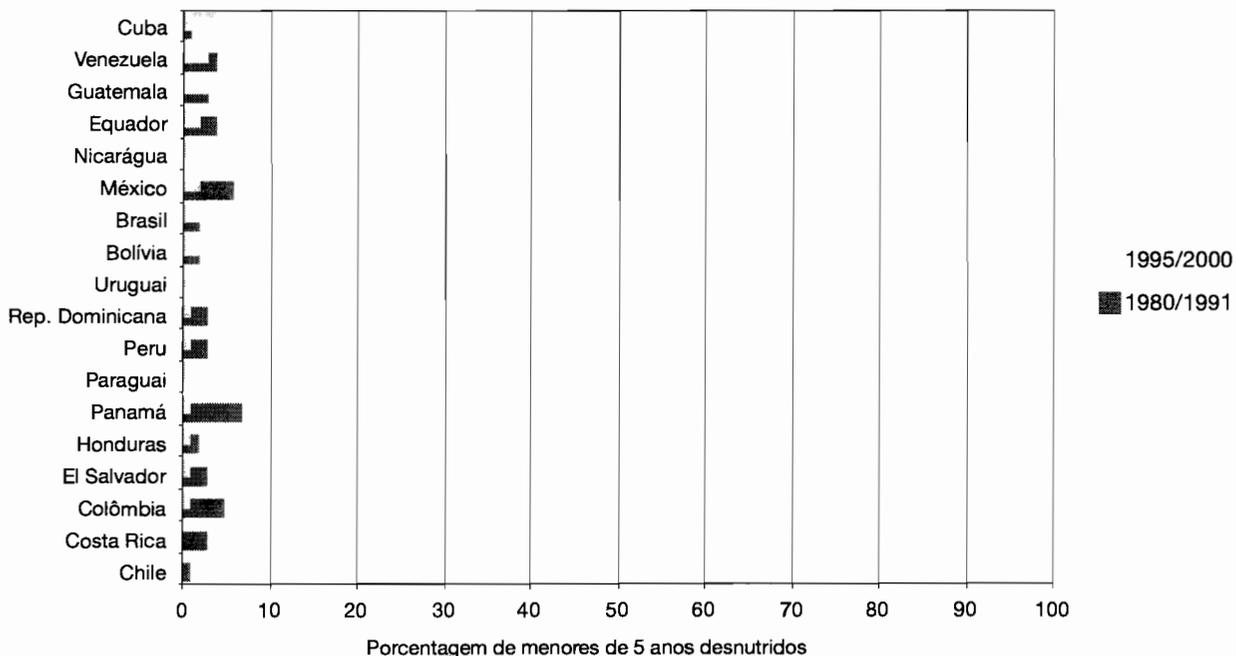
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992, e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 6
**LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DOS MENORES DE 5 ANOS,
 1980/1991 – 1995/2000**
 (Insuficiência ponderal moderada-grave)



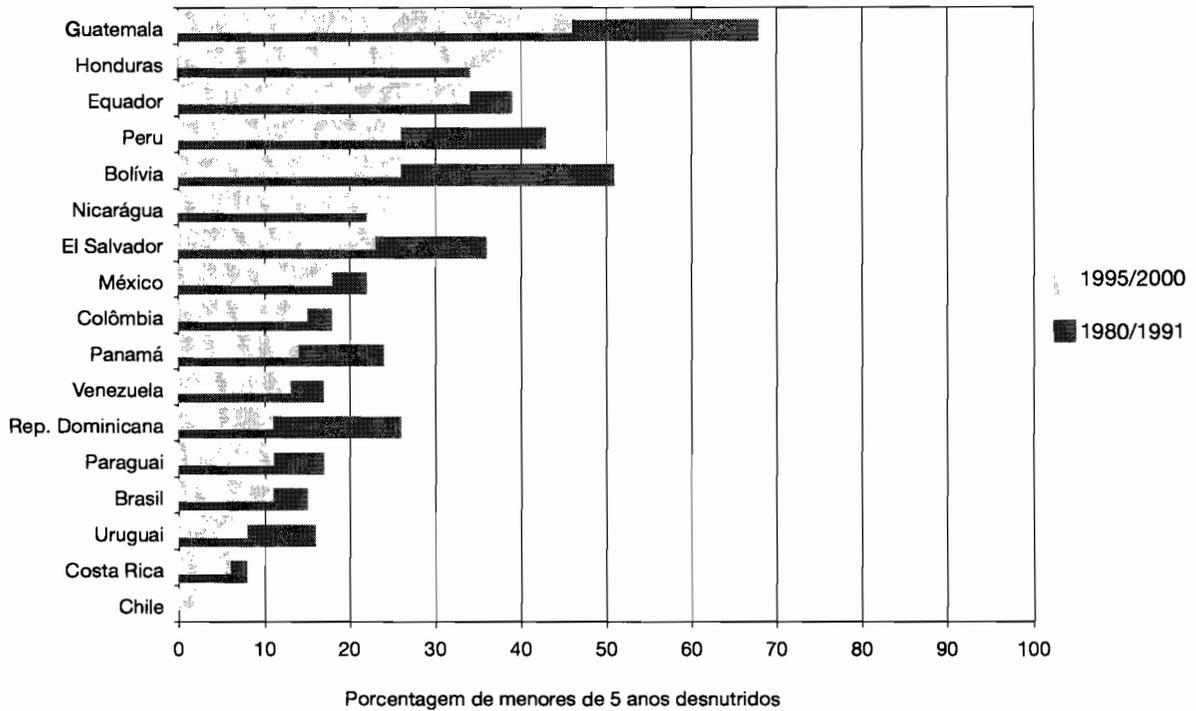
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993. *Estado Mundial de la Infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 7
LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DOS MENORES DE 5 ANOS,
1980/1991 – 1995/2000
(Emaciação moderada-grave)



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

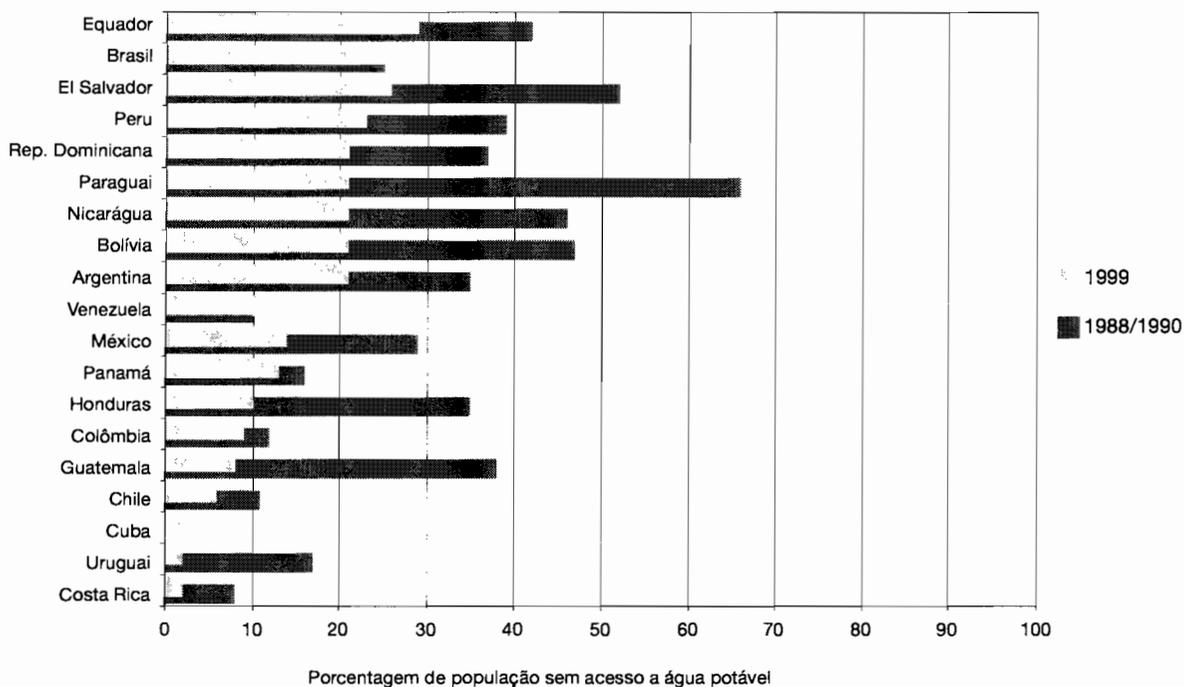
Gráfico 8
LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DOS MENORES DE 5 ANOS,
1980/1991 – 1995/2000
(Déficit de estatura moderada-grave)



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

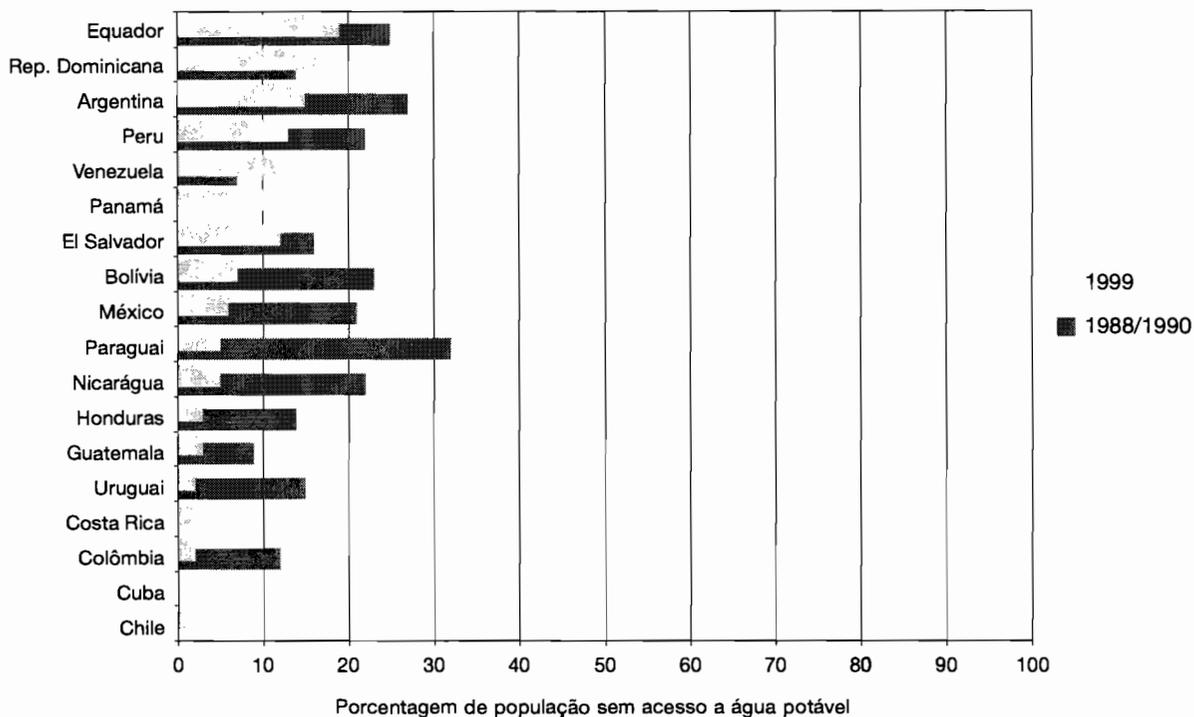
Gráfico 9

LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL, 1988/1990 – 1999
(Total nacional)



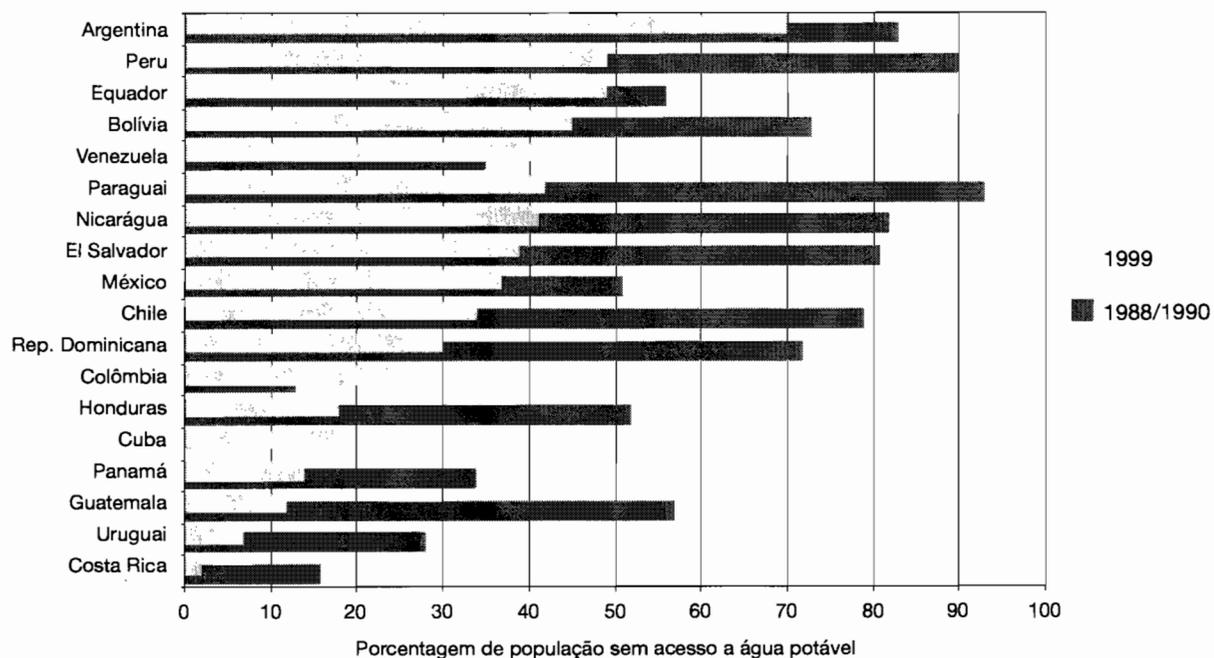
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia*, 1993, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia*, 2001. *La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 10
LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL, 1988/1990 – 1999
 (Zonas urbanas)



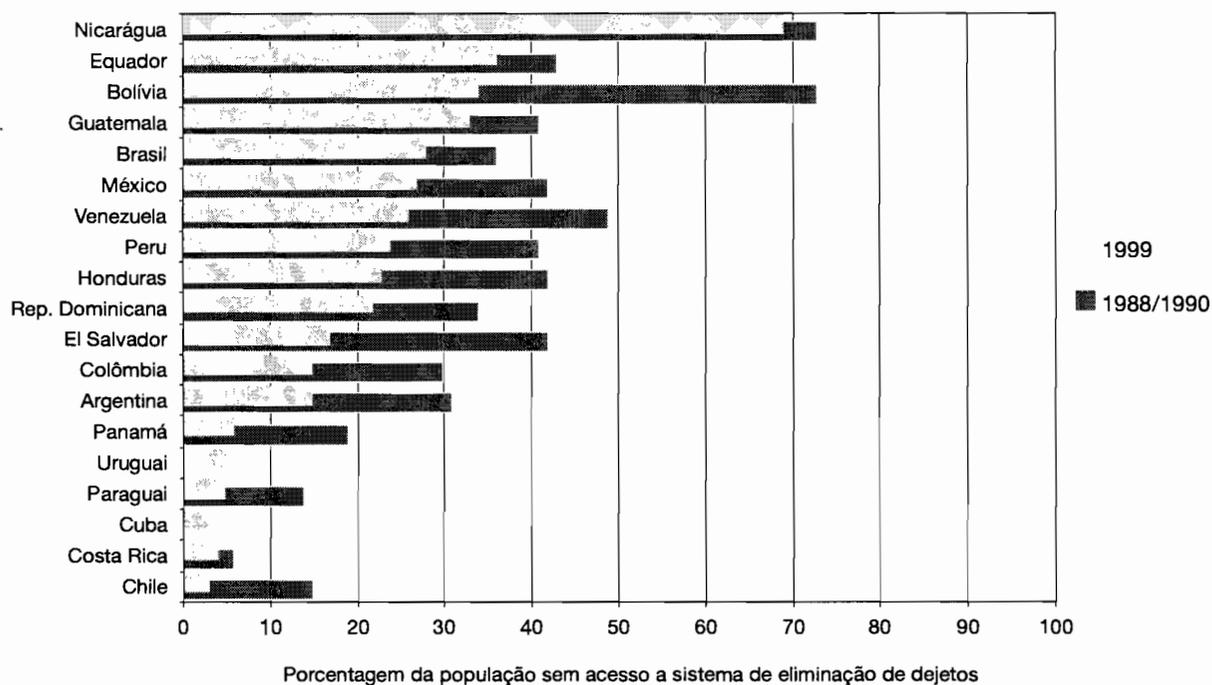
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 11
LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL
1988/1990 – 1999
(Zonas rurais)



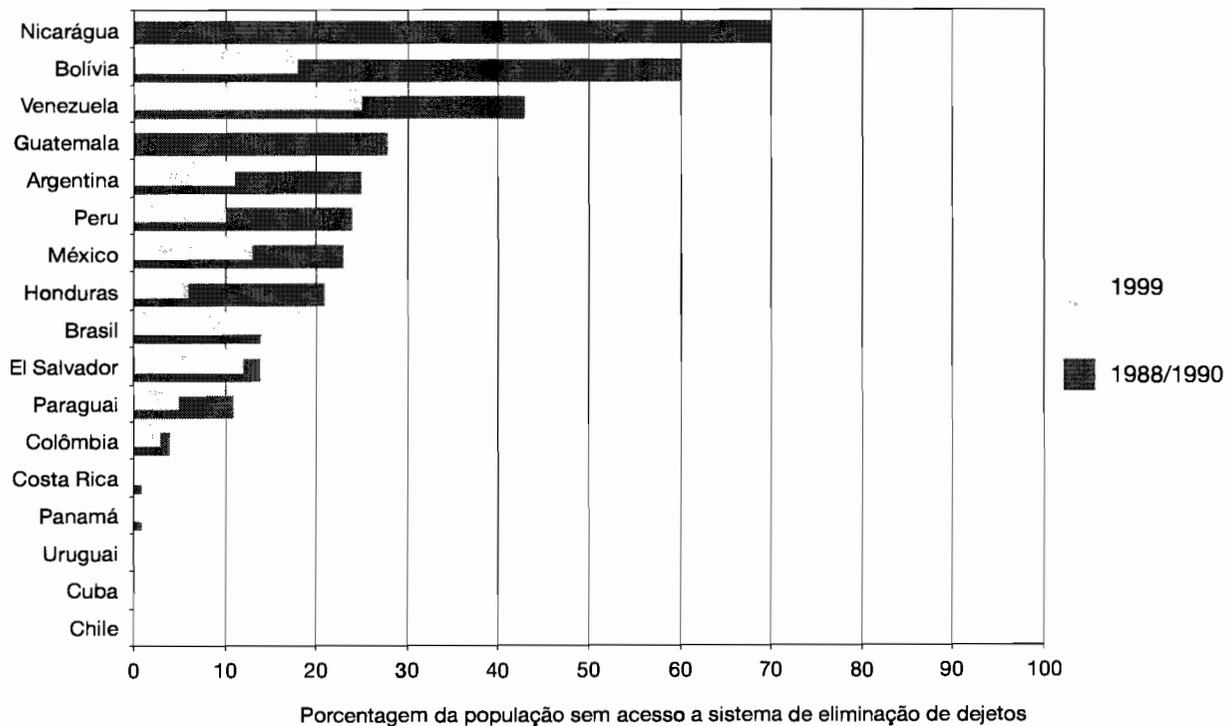
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 12
**LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A MEIOS SANITÁRIOS DE
 ELIMINAÇÃO DE DEJETOS, 1988/1990 – 1999**
 (Total nacional)



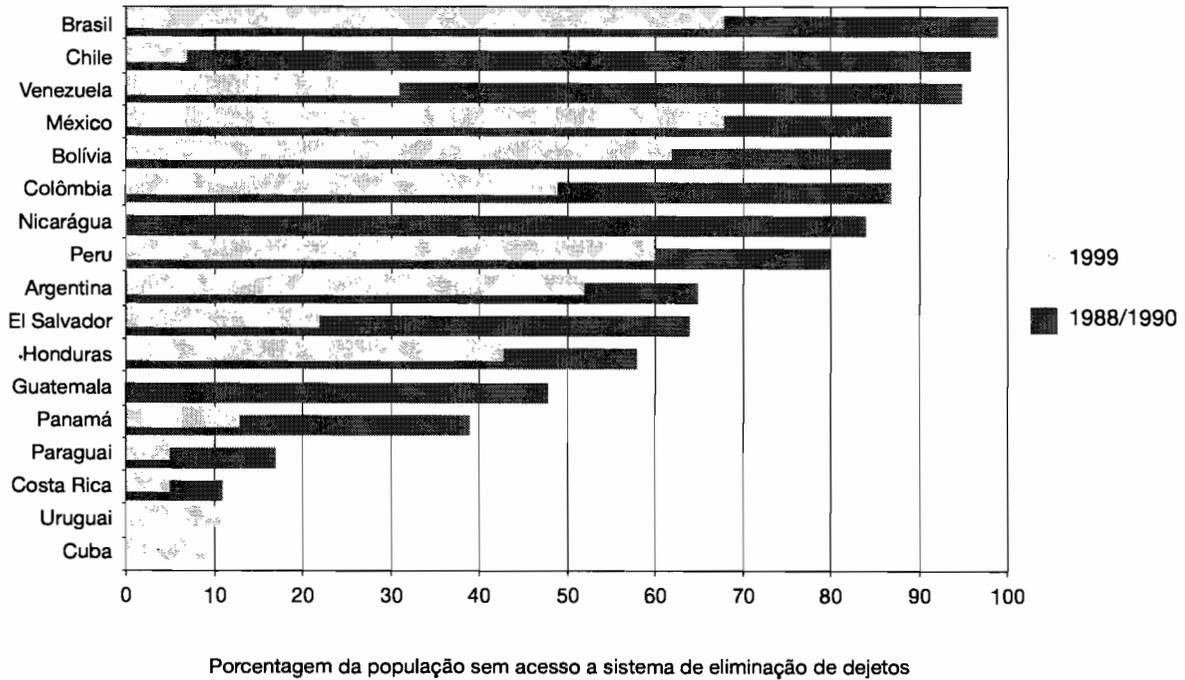
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 13
LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A MEIOS SANITÁRIOS DE
ELIMINAÇÃO DE DEJETOS, 1988/1990 – 1999
(Zonas urbanas)



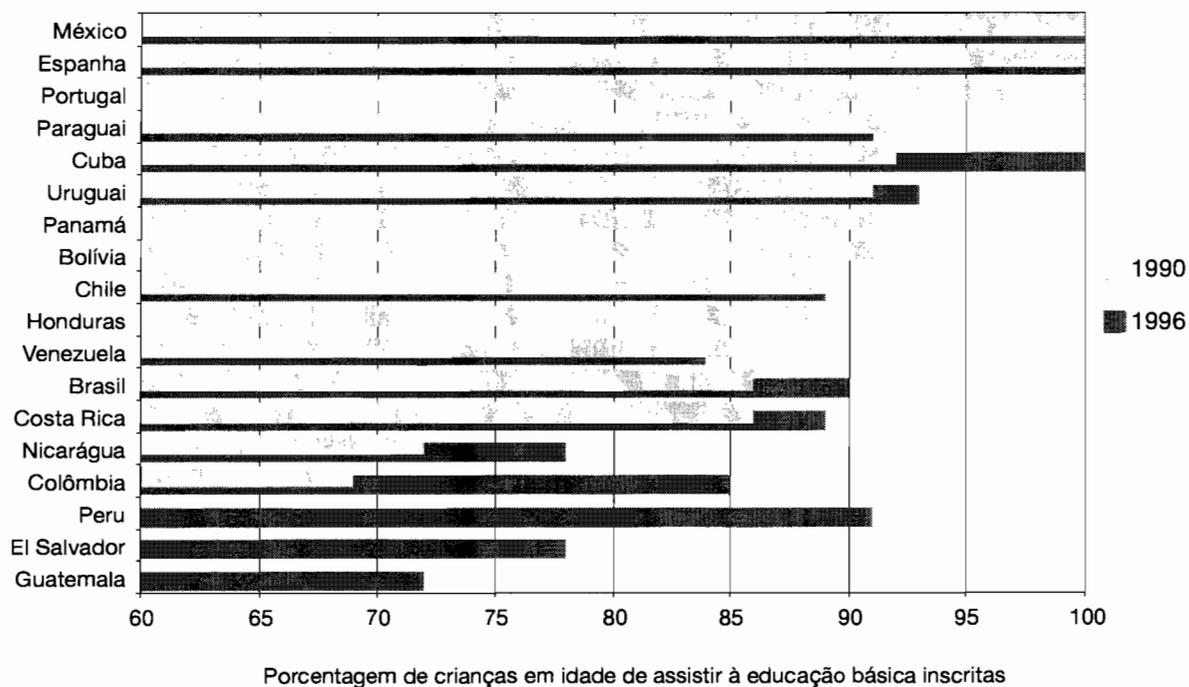
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 14
**LOGROS NO AUMENTO DA COBERTURA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A MEIOS SANITÁRIOS DE
 ELIMINAÇÃO DE DEJETOS, 1988/1990 – 1999**
 (Zonas rurais)



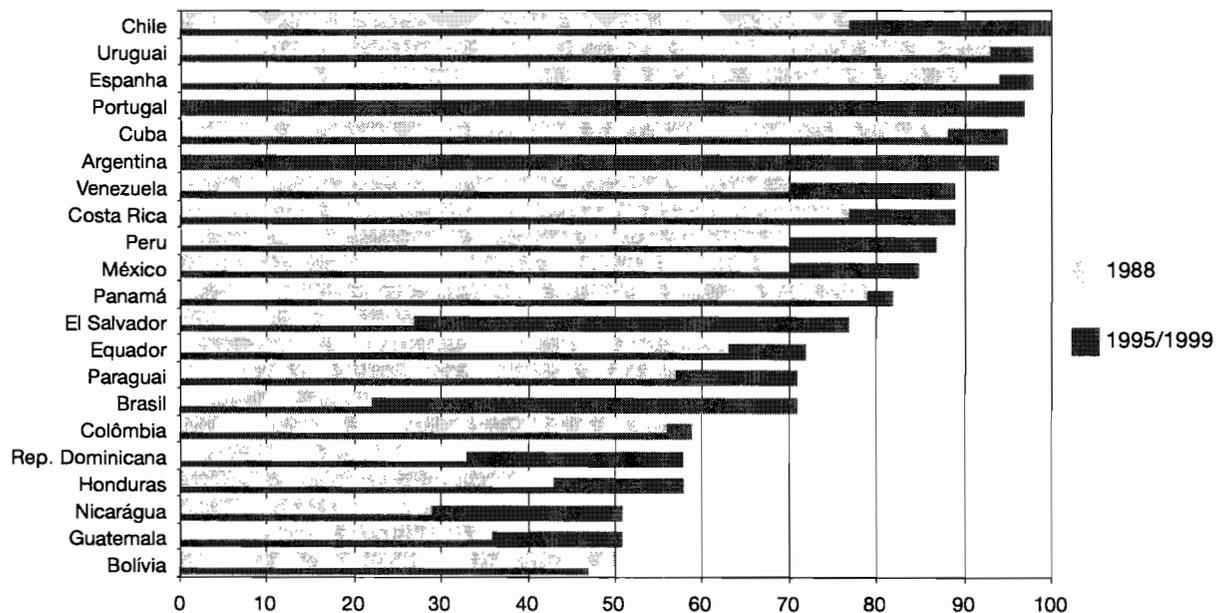
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 15
**LOGROS NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À EDUCAÇÃO BÁSICA,
 1990 – 1996**



Fonte: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), "World Education Indicators", World Education Report, 2000, Paris, 2000, apêndices 2 e 3.

Gráfico 16
**LOGROS NA CONCLUSÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA,
 1988 – 1995/1999**

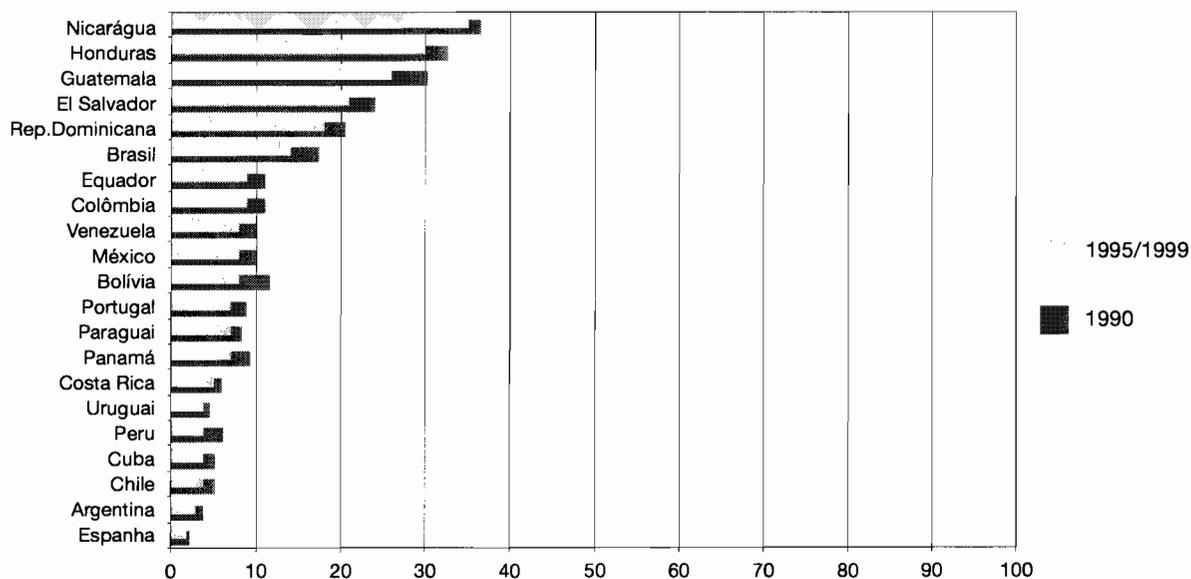


Alunos de ensino primário que completam o 5º ano

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993, *Estado mundial de la infancia, 2000*, Nova York, 2000 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 17

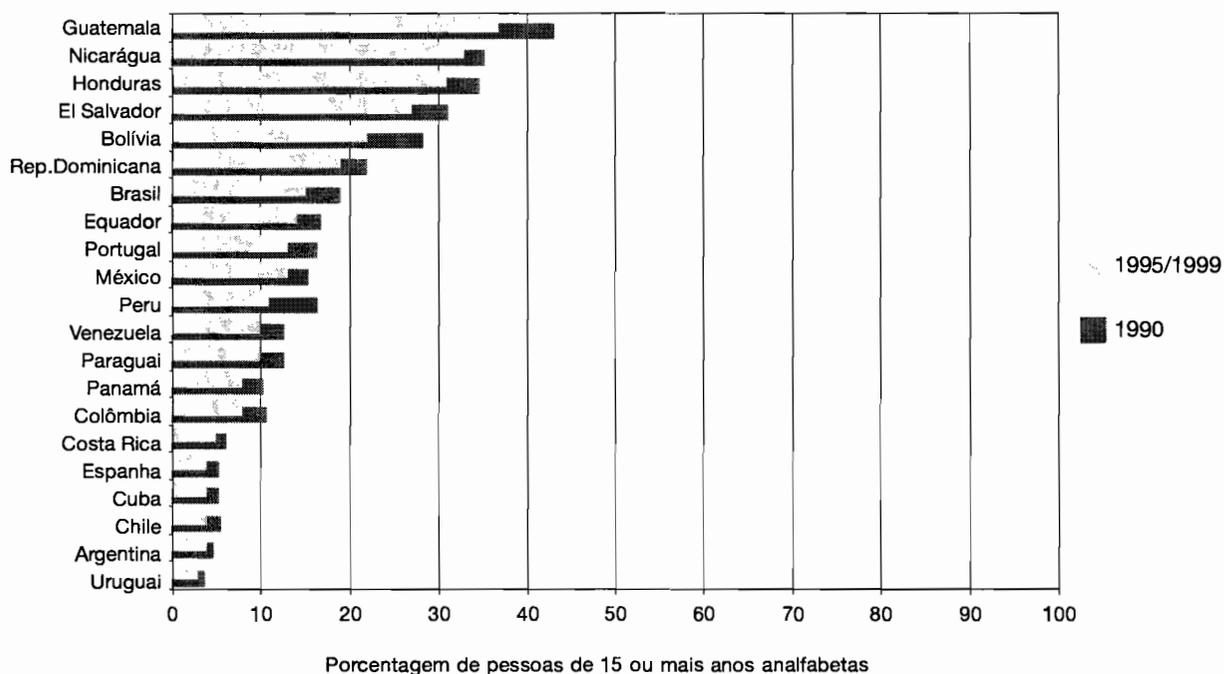
**LOGROS NA REDUÇÃO DO ANALFABETISMO ADULTO MASCULINO,
1990 – 1995/1999**



Porcentagem de pessoas de 15 ou mais anos analfabetas

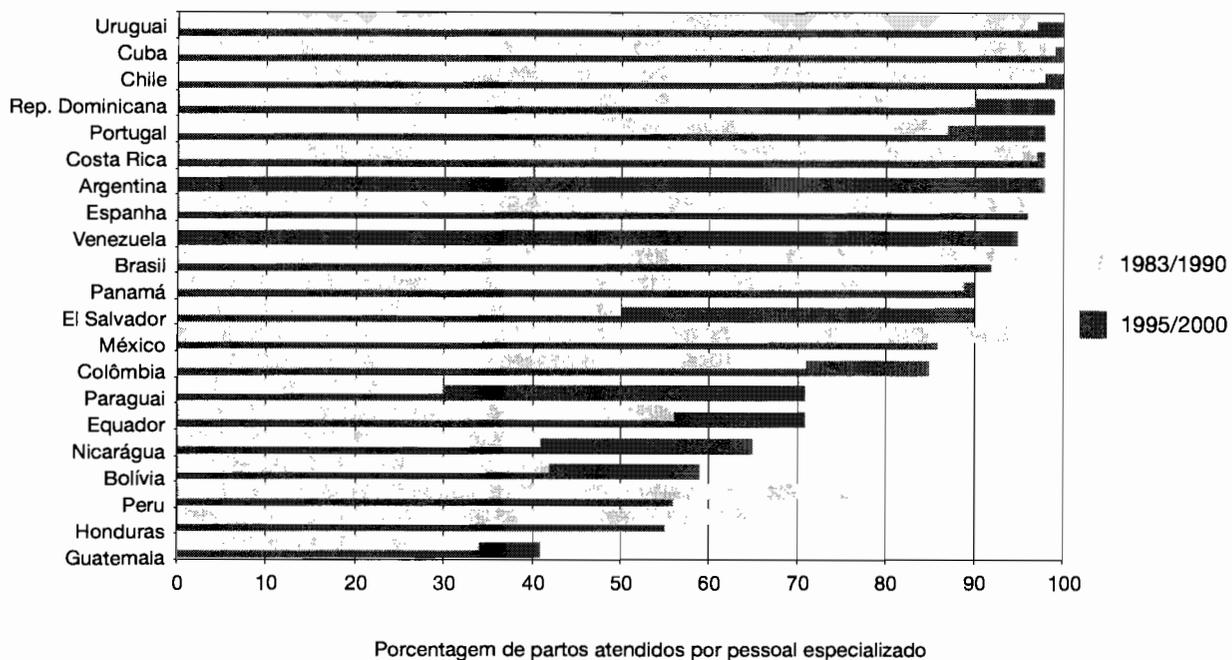
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 18
**LOGROS NA REDUÇÃO DO ANALFABETISMO ADULTO FEMININO,
 1990 – 1995/1999**



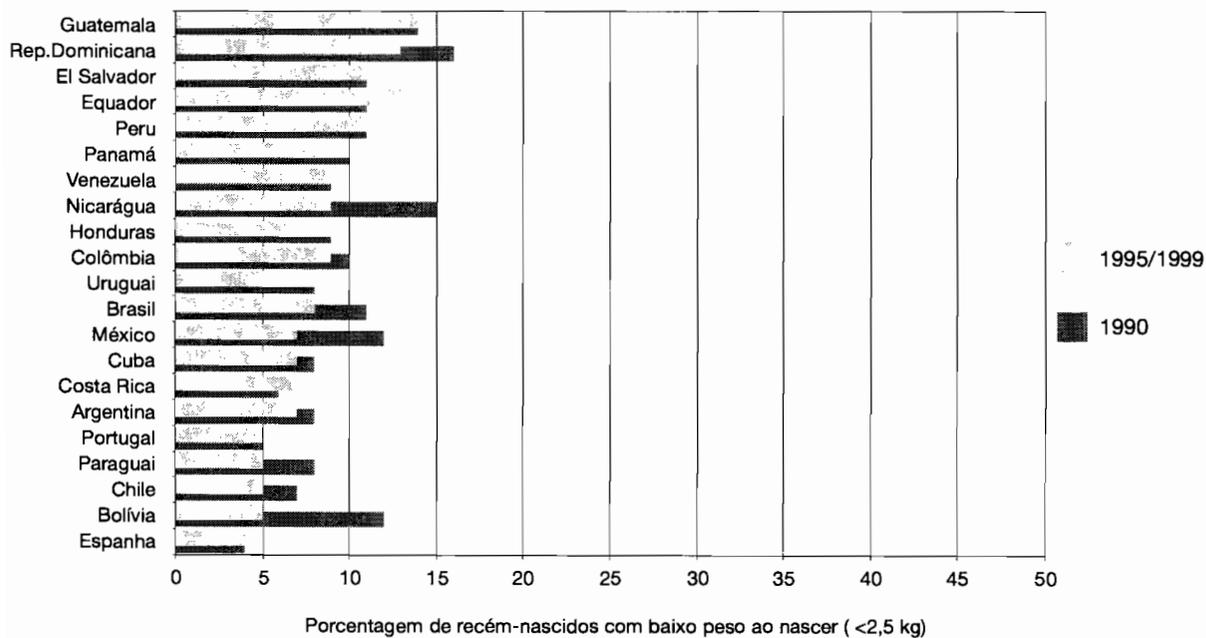
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993, Nova York, 1993 e Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nova York, 2001*. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 19
**LOGROS NO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO PARTO,
 1983/1990 – 1995/2000**



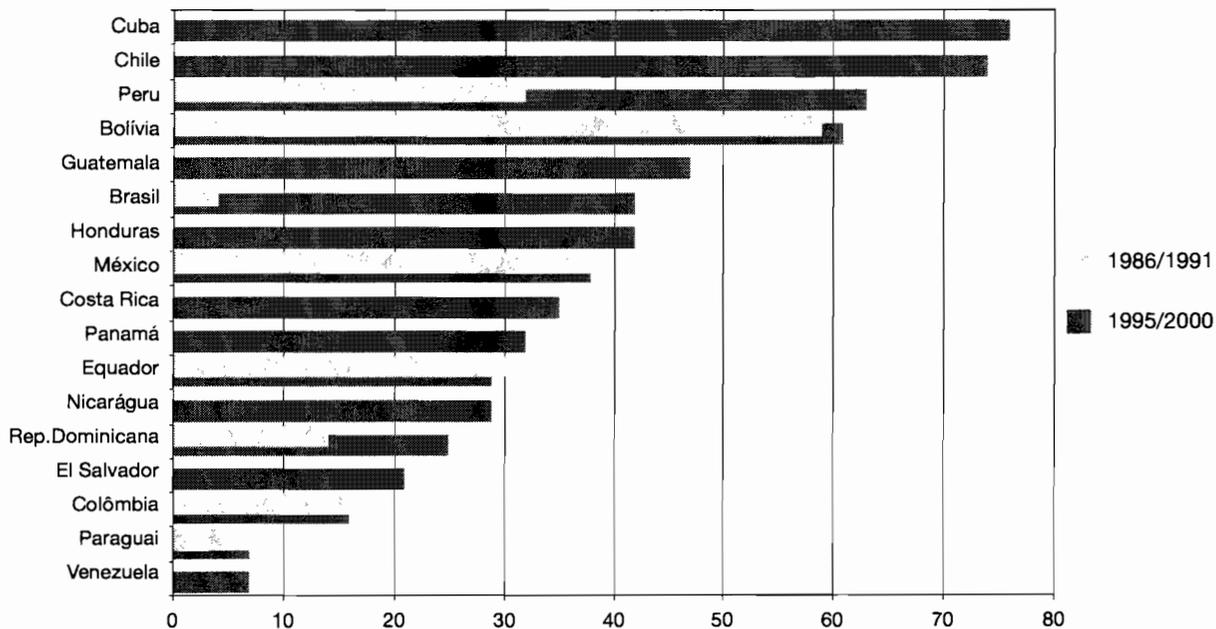
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 20
**LOGROS NA REDUÇÃO DO BAIXO PESO AO NASCER,
 1990 – 1995/1999**



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1995*, Nova York, 1995 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

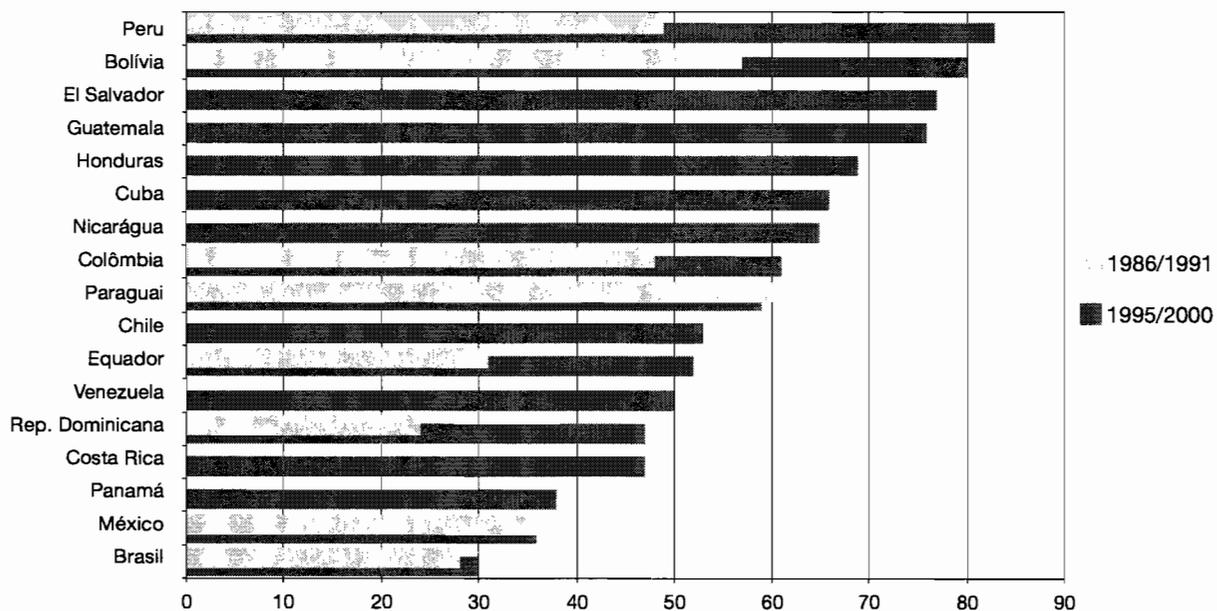
Gráfico 21
**LOGROS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO,
 1986/1991 – 1995/2000**



Porcentagem de crianças menores de quatro meses de idade que só recebem leite materno

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

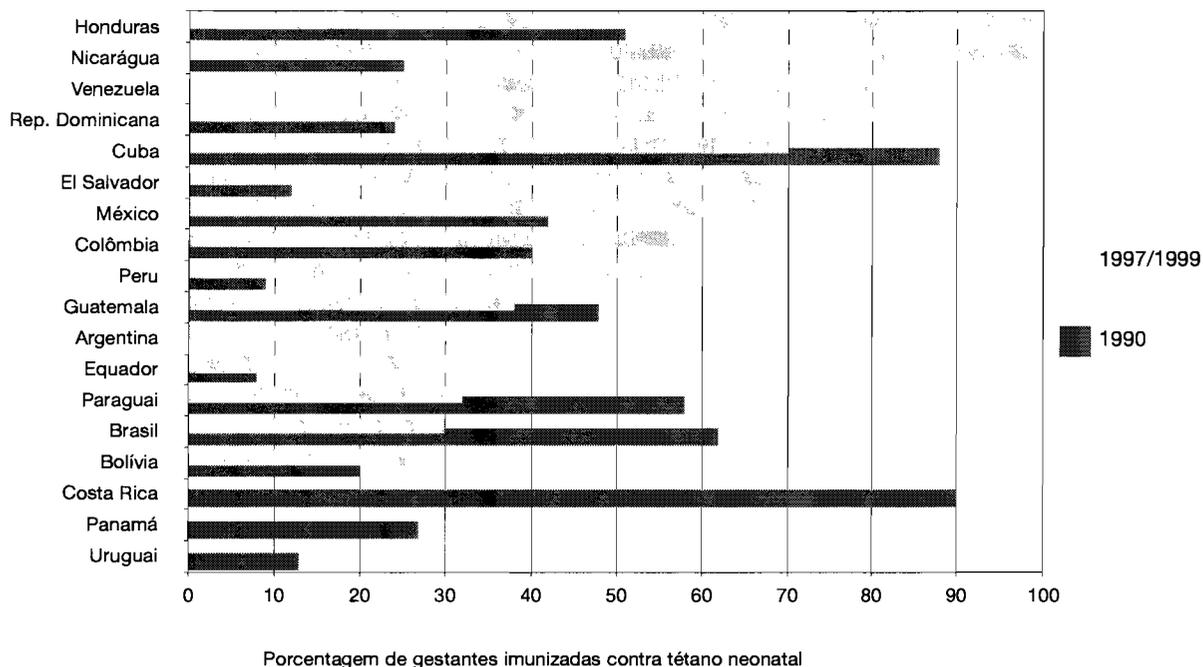
Gráfico 22
**LOGROS EM ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTAR,
 1986/1991 – 1995/2000**



Porcentagem de crianças com mais de três meses de idade que continuam recebendo leite materno

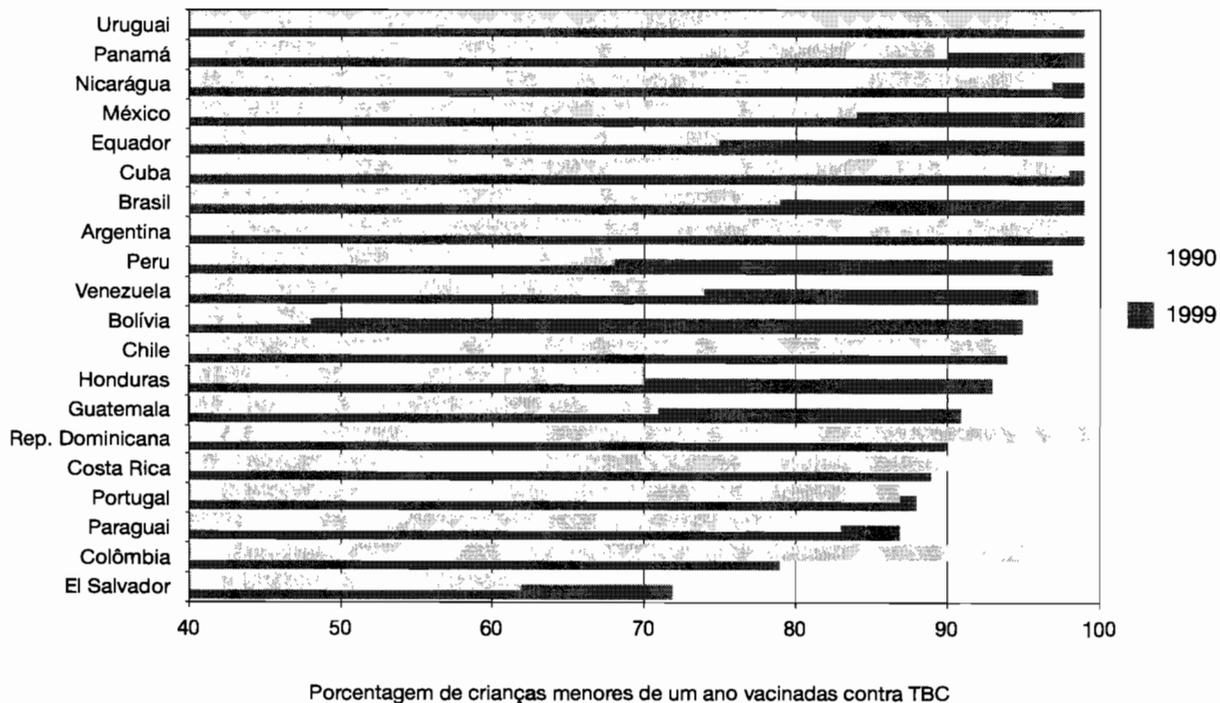
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 23
**LOGROS EM IMUNIZAÇÃO CONTRA TÉTANO NEONATAL,
 1990 – 1997/1999**



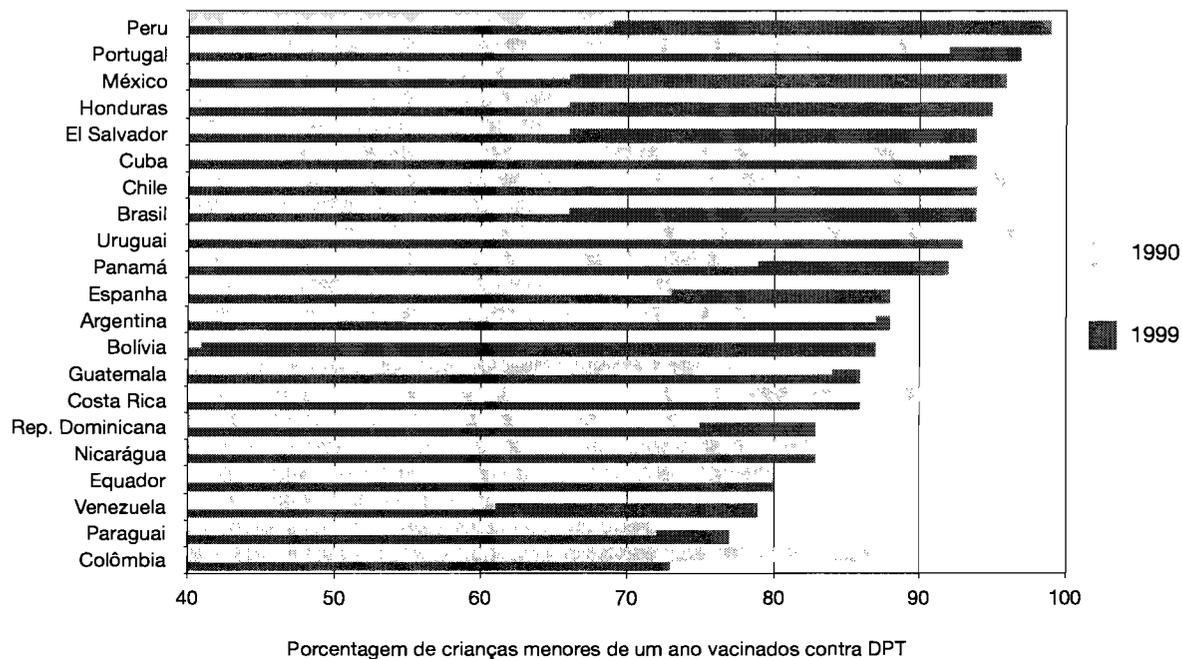
Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 24
**LOGROS EM IMUNIZAÇÃO CONTRA A TUBERCULOSE (TBC),
 1990 - 1999**



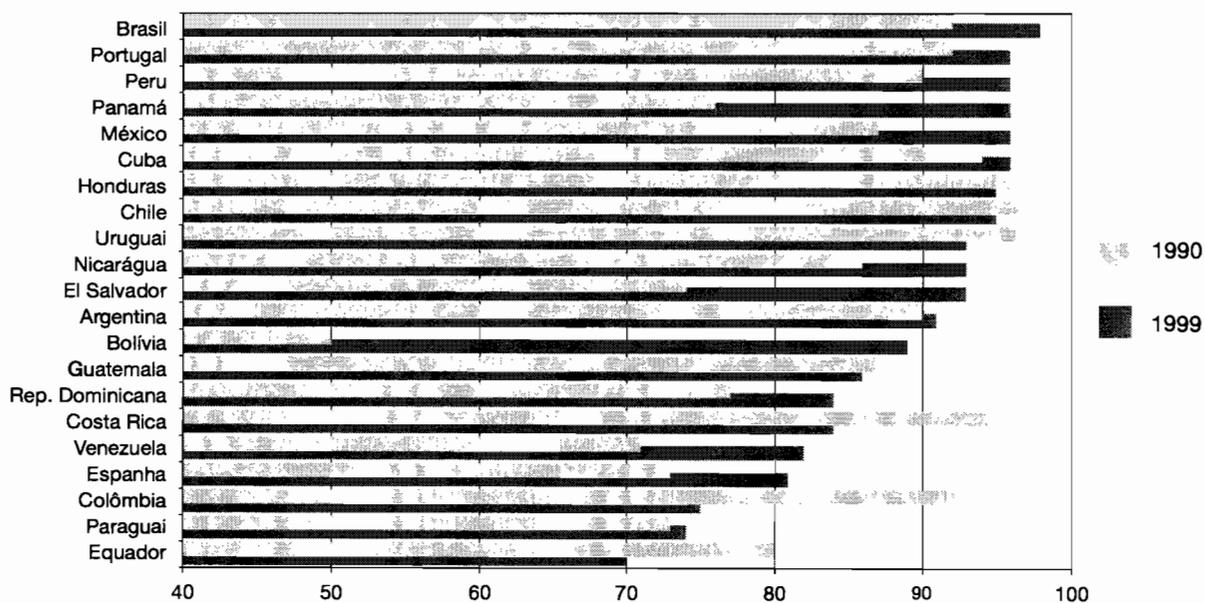
Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), com base em informes dos países e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 25
LOGROS EM IMUNIZAÇÃO CONTRA A DPT, 1990 – 1999
 (Difteria, pertuse ou coqueluche e tétano)



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), com base em informes dos países e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

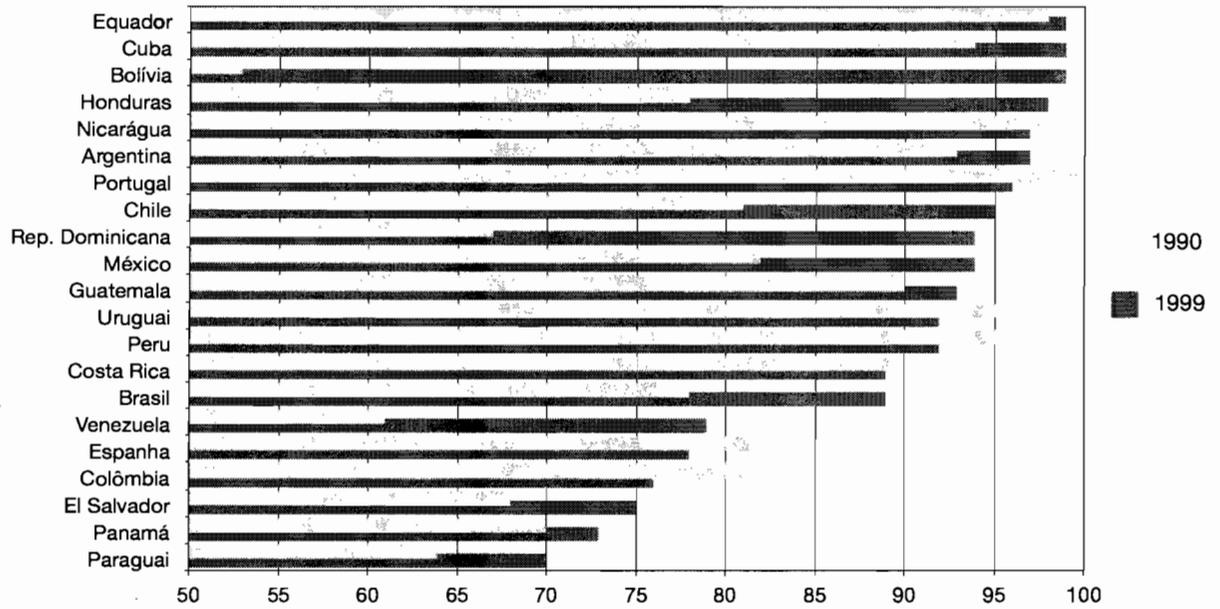
Gráfico 26
**LOGROS EM IMUNIZAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE,
 1990 - 1999**



Porcentagem de crianças menores de um ano vacinados contra a poliomielite

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), com base em informes dos países e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Gráfico 27
**LOGROS EM IMUNIZAÇÃO CONTRA O SARAMPO,
 1990 - 1999**



Porcentagem de crianças menores de um ano vacinados contra o sarampo

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), com base em informes dos países e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Quadro 1
LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL ^a

Países	Taxa de mortalidade infantil		Redução percentual 1990/2000	Meta EMCI al 2000 ^b
	1980	1990			2000
Argentina	33	25	20	17
Bolívia	112	81	56	50 *
Brasil	70	50	38	33
Chile	31	16	12	10
Colômbia	40	37	26	25
Costa Rica	24	15	11	10
Cuba	22	11	8	7
Equador	69	53	42	35
El Salvador	82	46	26	30
Espanha	...	8	6	5
Guatemala	97	57	41	37
Honduras	75	47	31	31
México	56	36	28	24
Nicarágua	85	55	39	36
Panamá	25	26	19	17
Paraguai	46	45	37	29
Peru	89	61	37	40
Portugal	...	13	5	9
Rep. Dominicana	71	47	30	31
Uruguai	37	21	13	14
Venezuela	34	25	19	16
Média simples	58	37	26	24

Fonte: Taxa de mortalidade de menores de um ano: OPS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), «Special Program for Health Analysis (SHA)» (<http://165.158.1.110/english/sha/>) e dados de 1980: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

^a Número de óbitos de crianças menores de um ano por 1 000 nascidos vivos.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Redução da mortalidade infantil em um terço ou a 50 por 1 000 nascidos vivos, a cifra que seja menor.

O asterisco (*) indica quando a meta se fixou em 50 por 1 000.

Quadro 2
LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE DOS MENORES DE 5 ANOS ^a

Países	Mortalidade de menores de 5 anos		Redução percentual 1990/1999	Mortalidade projetada ao 2000	Meta EMCI ao 2000 ^b
	Taxa de mortalidade				
	1980	1999			
Argentina	38	28	21	21	18
Bolívia	170	122	32	80	70 *
Brasil	92	60	33	38	40
Chile	35	20	40	11	13
Colômbia	58	35	11	31	23
Costa Rica	29	16	13	14	11
Cuba	22	13	38	8	9
Equador	101	57	39	33	38
El Salvador	120	60	30	40	40
Espanha	...	9	33	6	6
Guatemala	139	82	27	58	54
Honduras	103	61	31	40	40
México	74	46	28	32	30
Nicarágua	120	66	29	45	44
Panamá	31	34	21	26	22
Paraguai	61	37	14	31	24
Peru	126	75	31	50	50
Portugal	...	15	60	5	10
Rep. Dominicana	92	65	25	47	43
Uruguai	42	24	29	16	16
Venezuela	42	27	15	23	18
Média simples	79	45	28	31	30

Fonte: Taxa de mortalidade de menores de 5 anos: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia, Nova York, 2001. Publicación das Nações Unidas, No. de venda: S.01.XX.1 e dados de 1980.*

^a Número de óbitos de crianças menores de 5 anos por 1 000 nascidos vivos.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos em um terço ou a 70 por 1 000 nascidos vivos, a cifra que seja menor.

O asterisco (*) indica quando a meta se fixou em 70 por 1000.

Quadro 3
LOGROS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA ^a

Países	Taxa de mortalidade materna registrada		Redução percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1980/1990	1990/1999		
Argentina	140	38	73	70
Bolívia	600	390	35	300
Brasil	200	160	20	100
Chile	67	20	70	34
Colômbia	200	80	60	100
Costa Rica	36	29	19	18
Cuba	39	27	31	20
Equador	170 ^c	160	6	85
El Salvador	...	120	...	...
Espanha	5	6	-20	3
Guatemala	200 ^c	190	5	100
Honduras	220	110	50	110
México	110 ^c	55	50	55
Nicarágua	...	150	...	...
Panamá	60	70	-17	30
Paraguai	300	190	37	150
Peru	300	270	10	150
Portugal	10	8	20	5
Rep. Dominicana	...	230	...	...
Uruguai	36	26	28	18
Venezuela	69	60	13	35
Média simples	153	114	26	77

Fonte: Taxa de mortalidade materna: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992*, Nova York, 1992 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Número de mortes maternas por 100 000 nascidos vivos, em que a morte materna ocorre (por qualquer causa exceto acidentes) durante a gestação ou dentro dos 42 dias de terminada esta.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Redução da mortalidade materna à metade.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos diferentes aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 4.A
**LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO
 DOS MENORES DE 5 ANOS ^a**

Países	Insuficiência no peso moderada-grave (porcentagem)		Redução percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	2	...	...
Bolívia	13	10	23.1	7
Brasil	7	6	14.3	4
Chile	3	1	66.7	2
Colômbia	10	8	20.0	5
Costa Rica	6	5	16.7	3
Cuba	...	6	...	...
Equador	17	17 ^c	0	9
El Salvador	...	12	...	...
Espanha	...	...	...	...
Guatemala	34 ^c	24	29.4	17
Honduras	21	25	-19.0	11
México	14	8	42.9	7
Nicarágua	11	12	-9.1	6
Panamá	16	7	56.3	8
Paraguai	4	5	-25.0	2
Peru	13 ^c	8	38.5	7
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	13 ^c	6	53.8	7
Uruguai	7 ^c	5	28.6	4
Venezuela	16 ^c	5 ^c	68.8	8
Média simples	13	9	29.3	6

Fonte: Insuficiência ponderal: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*. Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera Infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Porcentagem de menores de 5 anos cujo peso para a idade é inferior a 2 ou mais desvios-padrão da média de uma população de referência. Aqui se utilizou o indicador de insuficiência ponderal (moderada e grave).

^b Encontro de Cúpula Mundial pela Infância (ECMI): Redução da desnutrição severa e moderada nas crianças menores de 5 anos à metade.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 4.B
**LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO
 DOS MENORES DE 5 ANOS ^a**

Países	Emaciação (12-23 meses) moderada-grave (porcentagem)		Redução percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	...
Bolívia	2	2	0	1
Brasil	2 ^c	2	0	1
Chile	1	0	100.0	1
Colômbia	5	1	80.0	3
Costa Rica	3	...	...	2
Cuba	1 ^c	4	-300.0	1
Equador	4	2 ^c	50.0	2
El Salvador	3	1	66.7	2
Espanha	...	...	...	...
Guatemala	3	3	0	2
Honduras	2 ^c	1	50.0	1
México	6 ^c	2	66.7	3
Nicaragua	0	2	...	0
Panamá	7	1	85.7	4
Paraguai	0	1	...	0
Peru	3	1	66.7	2
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	3	1	66.7	2
Uruguai	...	1	...	...
Venezuela	4	3 ^c	25.0	2
Média simples	3	2	42.9	1

Fonte: Emaciação: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Porcentagem de menores de 5 anos cujo peso para a estatura é inferior a 2 ou mais desvios-padrão da média de uma população de referência. Aqui se utilizou o indicador de emaciação (moderada e grave).

^b Encontro de Cúpula Mundial pela Infância (EMCI): Redução da desnutrição severa e moderada nas crianças menores de 5 anos à metade.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos diferentes aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 4.C
**LOGROS NA REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO
 DOS MENORES DE 5 ANOS ^a**

Países	Déficit de estatura (24-59 meses) moderada-grave		Redução percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1980/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	...
Bolívia	51 ^c	26	49.0	26
Brasil	15 ^c	11	26.7	8
Chile	10 ^c	2	80.0	5
Colômbia	18	15	16.7	9
Costa Rica	8	6	25.0	4
Cuba	...	...	...	...
Equador	39	34 ^c	12.8	20
El Salvador	36	23	36.1	18
Espanha	...	...	...	...
Guatemala	68 ^c	46	32.4	34
Honduras	34 ^c	39	-14.7	17
México	22 ^c	18	18.2	11
Nicarágua	22	25	-13.6	11
Panamá	24	14	41.7	12
Paraguai	17	11	35.3	9
Peru	43	26	39.5	22
Portugal	...	...	...	...
Rep. Dominicana	26 ^c	11	57.7	13
Uruguai	16 ^c	8	50.0	8
Venezuela	17 ^c	13 ^c	23.5	9
Média simples	29	19	32.3	14

Fonte: Déficit de estatura: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Porcentagem de menores de 5 anos cuja altura para a idade é inferior a 2 ou mais desvios-padrão da média de uma população de referência. Aqui se utilizou o indicador de déficit de estatura (moderada e grave).

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (CMFI): Redução da desnutrição severa e moderada nas crianças menores de 5 anos à metade.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 5
LOGROS NO AUMENTO DE COBERTURA DE ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL^a

Países	Porcentagem de população sem acesso a água potável			Redução percentual			População sem acesso			Meta EMCI					
	1988/1990			1988-1990/1999			projetada ao 2000			ao 2000 ^b					
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural			
Argentina	35	27	83	21	15	70	40	44	16	20	14	69	26	20	62
Bolívia	47	23	73	21	7	45	55	70	38	19	6	43	35	17	55
Brasil	25 ^c	...	...	28 ^c	...	...	-12	...	...	28	...	...	19	...	...
Chile	11	0	79	6	1	34	45	...	57	6	...	31	8	0	59
Colômbia	12	12	13	9	2	27	25	83	-108	9	2	29	9	9	10
Costa Rica	8	0	16	2	2	2	75	...	88	2	...	2	6	0	12
Cuba	...	...	...	5	1	18	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	42	25	56	29	19	49	31	24	13	28	18	48	32	19	42
El Salvador	52	16	81	26	12	39	50	25	52	24	12	36	39	12	61
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	38	9	57	8	3	12	79	67	79	7	3	10	29	7	43
Honduras	35	14	52	10	3	18	71	79	65	9	3	16	26	11	39
México	29	21	51	14	6	37	52	71	27	13	5	36	22	16	38
Nicarágua	46	22	82	21	5	41	54	77	50	19	4	38	35	17	62
Panamá	16	0	34	13	12	14	19	...	59	13	..	13	12	0	26
Paraguai	66	32	93	21	5	42	68	84	55	19	4	39	50	24	70
Peru	39	22	90	23	13	49	41	41	46	22	12	46	29	17	68
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	37	14	72	21	17	30	43	-21	58	20	17	27	28	11	54
Uruguai	17 ^c	15 ^c	28 ^c	2	2	7	88	...	...	2	...	...	13	...	...
Venezuela	10 ^c	7 ^c	35 ^c	16	12	42	-60	-71	-20	17	13	43	8	5	26
Média simples	31	15	59	16	8	32	50	50	45	15	7	30	24	11	44

Fonte: População sem acesso a água potável: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001*. *La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção da população que usa qualquer dos seguintes tipos de fontes de água potável: água por encanamento, torneira pública, poço com ou sem bomba, poço protegido/não protegido e manancial protegido.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (CMFI): acesso universal a água potável. A meta regional considera reduzir a proporção de população sem acesso em 25%.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 6
LOGROS NO AUMENTO DE COBERTURA DE ACESSO DA POPULAÇÃO A MEIOS SANITÁRIOS DE ELIMINAÇÃO DE DEJETOS ^a

Países	Porcentagem de população sem acesso a saneamento			Redução percentual			População sem acesso			Meta EMCI				
	1988/1990			1988-1990/1999			projetada ao 2000			ao 2000 ^b				
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural		
Argentina	31	25	65	15	11	52	56	20	14	10	51	26	21	54
Bolívia	73	60	87	34	18	53	70	29	31	16	60	61	50	72
Brasil	36	14	99	28	19	68	-36	31	27	20	65	30	12	82
Chile	15	0	96	3	2	7	...	93	3	...	5	12	0	80
Colômbia	30	4	87	15	3	49	50	44	14	3	46	25	3	72
Costa Rica	6	1	11	4	2	5	-100	55	4	2	5	5	1	9
Cuba	...	...	...	5	4	9	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	43 ^c	...	...	36 ^c	...	...	...	...	35	...	...	36	...	...
El Salvador	42	14	64	17	12	22	14	66	16	12	20	35	12	53
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	41	28	48	33 ^c	...	...	...	...	20	...	...	34	23	40
Honduras	42	21	58	23	6	43	71	26	45	5	42	35	17	48
México	42	23	87	27	13	68	43	22	36	12	66	35	19	72
Nicarágua	73	70	84	69 ^c	...	...	...	...	5	...	...	61	58	70
Panamá	19	1	39	6	1	13	0	67	5	1	12	16	1	32
Paraguai	14	11	17	5	5	5	55	71	5	5	4	12	9	14
Peru	41	24	80	24	10	60	58	25	23	9	58	34	20	66
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	34 ^c	...	...	22 ^c	...	...	...	...	35	...	...	28	...	...
Uruguai	...	...	...	5	4	11	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	49	43	95	26	25	31	42	67	24	24	28	41	36	79
Média simples	37	23	68	21	9	34	60	50	44	8	31	31	19	56

Fonte: População sem acesso a saneamento: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001*, *La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção da população que tem, dentro da moradia ou terreno, sanitário conectado ao sistema de esgoto, sanitário com descarga (privado ou público), latrina melhorada ou latrina tradicional.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): acesso universal aos meios sanitários de eliminação de dejetos. A meta regional considera reduzir a proporção de população sem acesso em 17%.

^c Se utilizaram as cifras reportadas por *World Development Report 2000-2001*. *Attacking Poverty*, Banco Mundial.

Quadro 7
LOGROS NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À EDUCAÇÃO BÁSICA ^a

Países	Taxa líquida de matrícula			Aumento percentual			Taxa líquida de matrícula			Meta EMCi		
	1990			1990/1996			projetada ao 2000			ao 2000 ^b		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Argentina	...	...	...	...	...	...	...	100	...	100	100	100
Bolívia	91	95	87	...	...	...	...	...	100	...	100	100
Brasil	86	...	...	5	...	...	91	...	...	100	100	100
Chile	89	90	88	0	1	0	89	91	88	100	100	100
Colômbia	69	...	...	23	...	...	88	...	...	100	100	100
Costa Rica	86	86	87	3	3	2	90	90	89	100	100	100
Cuba	92	92	92	9	9	9	100	100	100	100	100	100
Equador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
El Salvador	...	...	...	78	78	78	78	78	78	100	100	100
Espanha	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	100
Guatemala	...	...	...	72	76	69	72	76	69	100	100	100
Honduras	89	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
México	100	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Nicarágua	72	71	73	8	7	8	79	77	80	100	100	100
Panamá	91	91	92	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Paraguai	93	94	92	-2	-3	-1	91	91	91	100	100	100
Peru	...	...	...	...	...	...	91	91	90	100	100	100
Portugal	100	100	100	...	...	...	...	...	...	100	100	100
ep. Dominicana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100
Uruguai	91	91	92	2	1	1	93	92	93	100	100	100
Venezuela	88	87	89	-5	-5	-4	83	82	84	100	100	100
Média simples	89	91	90	-1	-2	-2	88	89	88	100	100	100

Fonte: Taxa líquida de matrícula no primário: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), *World Education Report, 2000. The Right to Education: Towards Education for All Throughout Life*, apêndices II e III, Paris, 2000.

^a Número de crianças em idade primária inscritas na escola primária, expresso como porcentagem da população em idade de cursar o ensino primário.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Acesso universal à educação básica. Meta regional: Lograr acesso universal com equidade desde a perspectiva de gênero, geográfica, étnica, de níveis socioeconômicos e de grupos com necessidades especiais.

Quadro 8
LOGROS NO TÉRMINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA ^a

Países	Alunos de ensino primário que chegam ao 5º ano			Aumento percentual no período 1988/1995-1999	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1988	1990/1995	1995/1999		
Argentina	...	..	94	...	80
Bolívia	50	60	47	-6	80
Brasil	22 ^c	71	71	223	80
Chile	77	100	100	30	80
Colômbia	56	73	59	5	80
Costa Rica	77	88	89	16	80
Cuba	88	100	95	8	80
Equador	63	85	72	14	80
El Salvador	27	77	77	185	80
Espanha	94	98	98 ^c	4	80
Guatemala	36	50	51	42	80
Honduras	43	60	58	35	80
México	70	84	85	21	80
Nicarágua	29	54	51	76	80
Panamá	79	82	82 ^c	4	80
Paraguai	57	71	71	25	80
Peru	70 ^c	...	87	24	80
Portugal	...	...	97	...	80
Rep. Dominicana	33	24	58 ^c	76	80
Uruguai	93	98	98	5	80
Venezuela	70	89	89	27	80
Média simples	60	76	78	30	80

Fonte: Alunos de ensino primário que chegam ao quinto ano: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993, *Estado mundial de la infancia, 2000*, Nova York, 2000 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, No de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção de crianças que ingressam no 1º ano e terminam o 5º ano do ensino primário.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Conclusão da educação primária por pelo menos 80% das crianças em idade escolar.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 9
LOGROS NA REDUÇÃO DO ANALFABETISMO ADULTO *

Países	Taxa de analfabetismo adulto						Redução percentual no período 1990/1995-1999		Meta EMCÍ ao 2000 ^b	
	1980		1990 (estimativa)		1995/1999		Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina				
Argentina	6	6	4	5	3	4	25	15	2	2
Bolívia	20	41	12	28	8	22	31	23	6	14
Brasil	24	27	17	19	14	15	20	21	9	10
Chile	8	9	5	6	4	4	25	28	3	3
Colômbia	15	16	11	11	9	8	19	25	6	5
Costa Rica	8	8	6	6	5	5	18	18	3	3
Cuba	8	8	5	5	4	4	25	25	3	3
Equador	15	22	11	17	9	14	19	17	6	8
El Salvador	29	38	24	31	21	27	12	13	12	16
Espanha	3	8	2	5	2	4	15	25	1	3
Guatemala	38	54	30	43	26	37	14	14	15	22
Honduras	37	41	33	35	30	31	8	11	16	17
México	14	20	10	16	8	13	21	16	5	8
Nicarágua	39	39	37	35	35	33	4	7	18	18
Panamá	14	15	9	10	7	8	25	23	5	5
Paraguai	11	18	8	13	7	10	17	21	4	6
Peru	12	29	6	16	4	11	36	33	3	8
Portugal	13	23	9	16	7	13	23	21	5	8
Rep. Dominicana	25	27	21	22	18	19	13	13	10	11
Uruguai	6	5	5	4	4	3	15	19	2	2
Venezuela	14	18	10	13	8	10	21	21	5	6
Média simples	17	22	13	17	11	14	16	17	7	8

Fonte: Taxa de alfabetização de adultos: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

* Proporção de pessoas de 15 anos ou mais que podem ler e escrever.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Redução da taxa de analfabetismo em adultos a pelo menos a metade, com especial atenção na alfabetização das mulheres.

Quadro 10
LOGROS NO AUMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DA GESTAÇÃO*

Países	Prevalência de anemia em mulheres (1997)		Controle pré-natal por pessoal capacitado (porcentagem)		Partos atendidos por pessoal especializado (porcentagem)		Variação no período 1983/1990 - 1995/2000
	Gestantes	Não gestantes	1995-1999	1983/1990	1995/2000		
Argentina	...	...	96	...	98	...
Bolívia	...	...	87	42	59	40.5
Brasil	...	...	50	95	92	-3.2
Chile	20	8	98	98	100	2.0	
Colômbia	40	23	83	71	85	19.7	
Costa Rica	28	19	70	97	98	1.0	
Cuba	...	...	97	99	100	1.0
Equador	...	...	81	56	71	26.8
El Salvador	...	...	69	50 ^a	90	80.0
Espanha	...	...	...	96	96 ^a	0.0
Guatemala	40	35	49	34	41	20.6	
Honduras	...	...	84	66	55	-16.7
México	21	14	...	94	86	-8.5	
Nicarágua	...	...	82	41 ^a	65	58.5
Panamá	39	29	94	89	90	1.1	
Paraguai	...	...	72	30	71	136.7
Peru	53	36	67	78 ^a	56	-28.2	
Portugal	...	...	...	87 ^a	98 ^a	12.6
Rep. Dominicana	...	...	98	90	99	10.0
Uruguai	24	8	92	97 ^a	100	3.1	
Venezuela	...	...	26	...	95	...
Média simples	33	22	7	74	83	12.0	

Fonte: Prevalência de anemia em mulheres: Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano/Fundo das Nações Unidas para a Infância (PROMUDEH/UNICEF), *Informe Regional de las Américas sobre los avances hacia las metas de la Infancia y los acuerdos regionales 1990-2000*, Lima, 2000.

Controle pré-natal: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*, 2000, Washington, D.C., 2000.

Partos atendidos por pessoal especializado: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992, Nova York, 1992 e Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

* Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 11
LOGROS NA REDUÇÃO DO BAIXO PESO AO NASCER ^a

Países	Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (porcentagem)		Redução percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1990	1995/1999		
Argentina	8	7	12.5	10
Bolívia	12	5	58.3	10
Brasil	11	8	27.3	10
Chile	7	5	28.6	10
Colômbia	10	9	10.0	10
Costa Rica	6	7	-16.7	10
Cuba	8	7	12.5	10
Equador	11	13 ^c	-18.2	10
El Salvador	11	13	-18.2	10
Espanha	4	4 ^c	0.0	10
Guatemala	14	15	-7.1	10
Honduras	9	9 ^c	0.0	10
México	12	7	41.7	10
Nicarágua	15	9	40.0	10
Panamá	10	10	0.0	10
Paraguai	8	5	37.5	10
Peru	11	11 ^c	0.0	10
Portugal	5	5 ^c	0.0	10
Rep. Dominicana	16	13	18.8	10
Uruguai	8	8 ^c	0.0	10
Venezuela	9	9 ^c	0.0	10
Média simples	10	9	12.7	10

Fonte: Recém-nascidos com baixo peso ao nascer: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1995*, Nova York, 1995 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção de recém-nascidos com um peso inferior a 2.5 kg.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Redução da taxa de baixo peso ao nascer a menos de 10%.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no titular da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 12
LOGROS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ^a

Países	Aleitamento materno exclusivo		Aumento percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1986/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	100
Bolívia	59	61	3	100
Brasil	4	42	950	100
Chile	...	74	...	100
Colômbia	17	16	-6	100
Costa Rica	...	35 ^c	...	100
Cuba	...	76	...	100
Equador	31	29 ^c	-6	100
El Salvador	...	21	...	100
Espanha	...	...	...	100
Guatemala	...	47	...	100
Honduras	...	42	...	100
México	38	38 ^c	0	100
Nicarágua	...	29	...	100
Panamá	...	32	...	100
Paraguai	7	7	0	100
Peru	32	63	97	100
Portugal	...	...	...	100
Rep. Dominicana	14	25	79	100
Uruguai	...	...	...	100
Venezuela	...	7	...	100
Média simples	25	38	50	100

Fonte: Aleitamento materno exclusivo: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção de crianças com menos de quatro meses de idade que não recebem alimentos ou líquidos, à exceção de leite materno.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Lograr que todas as mulheres utilizem o aleitamento materno exclusivo.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 13
LOGROS EM ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTAR ^a

Países	Aleitamento materno complementar		Aumento percentual no período	Meta EMCI ao 2000 ^b
	1986/1991	1995/2000		
Argentina	...	...	...	100
Bolívia	57	80	40	100
Brasil	28	30	7	100
Chile	...	53	...	100
Colômbia	48	61	27	100
Costa Rica	...	47 ^c	...	100
Cuba	...	66	...	100
Equador	31	52 ^c	68	100
El Salvador	...	77	...	100
Espanha	...	...	...	100
Guatemala	...	76	...	100
Honduras	...	69	...	100
México	36	36 ^c	0	100
Nicaragua	...	65	...	100
Panamá	...	38	...	100
Paraguai	61	59	-3	100
Peru	49	83	69	100
Portugal	...	...	...	100
Rep. Dominicana	24	47	96	100
Uruguai	...	...	...	100
Venezuela	...	50	...	100
Média simples	42	58	39	100

Fonte: Aleitamento materno complementar: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1993*, Nova York, 1993 e *Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção de crianças com mais de três meses de idade que além de receber alimento ou líquidos, consomem leite materno.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Lograr que todas as mulheres, após o aleitamento materno exclusivo, continuem com o aleitamento como alimentação complementar até o segundo ano de vida.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 14
LOGROS NA COBERTURA DE VACINAÇÃO *

Países	Imunização contra tétano neonatal em gestantes				Crianças de um ano com imunização completa 1999				Aumento percentual no período				Meta EMCI ao 2000 ^b			
	1990		1997/1999		1990		1999		TBC	DPT	Polio	Sarampo				
	TBC	DPT	Polio	Sarampo	TBC	DPT	Polio	Sarampo	Tétano neonatal	TBC	DPT	Polio		Sarampo		
Argentina	...	36	99	87	90	93	99	88	91	97	...	0	1	1	4	90
Bolívia	20	27	48	41	50	53	95	87	89	99	35	98	112	78	87	90
Brasil	62	30	79	66	92	78	99	94	98	89	-52	25	42	7	14	90
Chile	...	...	94	97	97	81	94	94	95	95	...	0	-3	-2	17	90
Colômbia	40	57 ^c	95	87	93	82	79	73	75	76	43	-17	-16	-19	-7	90
Costa Rica	90	...	92	95	95	90	89	86	84	89	...	-3	-9	-12	-1	90
Cuba	88	70	98	92	94	94	99	94	96	99	-20	1	2	2	5	90
Equador	8	34	75	80	80	98	99	80	70	99	325	32	0	-13	1	90
El Salvador	12	70	62	66	74	68	72	94	93	75	483	16	42	26	10	90
Espanha	...	...	...	73 ^c	73 ^c	84 ^c	...	88 ^c	81 ^c	78 ^c	...	...	21	11	-7	90
Guatemala	48	38	71	84	87	80	91	86	86	93	-21	28	2	-1	3	90
Honduras	51	100	70	66	96	78	93	95	95	98	96	33	44	-1	26	90
México	42	67	84	66	87	82	99	96	96	94	60	18	45	10	15	90
Nicarágua	25	100	97	86	86	99	99	83	93	97	300	2	-3	8	-2	90
Panamá	27	...	90	79	76	70	99	92	96	73	...	10	16	26	4	90
Paraguai	58	32	83	72	73	64	87	77	74	70	-45	5	7	1	9	90
Peru	9	57	68	69	90	96	97	99	96	92	533	43	43	7	-4	90
Portugal	...	...	87	92	92	100 ^c	88 ^c	97 ^c	96 ^c	96 ^c	...	1	5	4	-4	90
Rep. Dominicana	24	86	100	75	77	67	90	83	84	94	258	-10	11	9	40	90
Uruguai	13	...	99	97	97	97	99	93	93	92	...	0	-4	-4	-5	90
Venezuela	...	88	74	61	71	61	96	79	82	79	...	30	30	15	30	90
Média simples	39	59	83	78	84	82	93	88	89	89	54	12	14	5	9	90

Fonte: I imunização de tétano neonatal: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992, Nova York, 1992 e Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

Crianças com imunização completa: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), com base em informes dos países e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Estado mundial de la infancia, 1992, Nova York, 1992 e Estado mundial de la infancia, 2001. La primera infancia*, Nova York, 2001. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.01.XX.1.

^a Proporção de gestantes que foram imunizadas contra tétano neonatal e proporção de crianças menores de um ano que foram vacinadas contra a tuberculose (TBC), difteria, coqueluche e tétano (DPT), poliomielite e sarampo.

^b Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (EMCI): Manutenção de um alto nível de cobertura de vacinação (pelo menos 90% das crianças menores de um ano para o ano 2000) contra a difteria, coqueluche, tétano, sarampo, poliomielite, tuberculose e contra o tétano em mulheres em idade de procriar.

^c Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 15
CRESCIMENTO ECONÔMICO E INFLAÇÃO

Países	PIB per capita			PNB per capita		PNB per capita		Inflação: variação			
	(Em dólares de 1995)		Varição anual (porcentagem)	(Em dólares de 1999)		Varição anual	média mensal do IPC (porcentagem)				
	1990	2000 ^a	1990-1995	1990-2000	1990	1999	1990-1999	1990	1995	1999	
Argentina	5 545	5 681	2.5	0.9	2.9	5 480	7 600	3.7	24.9	0.1	-0.1
Bolívia	833	842	1.1	0.9	1.4	845	1 010	2.0	1.4	0.8	0.3
Brasil	3 859	3 923	1.7	0.7	1.2	3 935	4 420	1.3	26.5	1.7	0.7
Chile	3 419	3 612	5.7	2.4	5.0	2 806	4 740	6.0	2.0	0.7	0.2
Colômbia	2 122	2 174	2.5	-1.3	0.7	2 003	2 250	1.3	2.4	1.5	0.7
Costa Rica	2 967	3 034	2.3	3.3	2.1	2 354	2 740	1.7	2.0	1.7	0.8
Cuba	...	...	...	...	...	...	1 170 ^b	...	...	...	...
Equador	1 472	1 481	0.7	-2.4	-0.4	1 322	1 310	-0.1	3.4	1.7	4.0
El Salvador	1 406	1 457	3.7	1.3	2.5	1 482	1 900	2.8	1.5	0.9	-0.1
Espanha	...	...	...	...	...	11 818	14 000	1.9	0.5	0.4	0.4
Guatemala	1 353	1 373	1.4	1.4	1.4	1 452	1 660	1.5	4.0	0.7	0.4
Honduras	686	689	0.5	-0.3	0.2	695	760	1.0	2.6	2.0	0.9
México	4 048	4 018	-0.8	3.9	1.7	4 059	4 400	0.9	2.2	3.6	1.0
Nicarágua	454	450	-0.9	2.6	0.5	330	430	3.0	50.6	0.9	0.6
Panamá	2 526	2 579	2.1	1.9	2.7	2 480	3 070	2.4	0.1	0.1	0.1
Paraguai	1 697	1 706	0.6	-1.5	-0.5	1 638	1 580	-0.4	3.1	0.8	0.4
Peru	2 062	2 134	3.5	1.2	2.4	1 754	2 390	3.5	43.7	0.8	0.3
Portugal	...	...	...	...	...	8 638	10 600	2.3	0.4	0.5	...
Rep. Dominicana	1 410	1 444	2.4	6.3	4.2	1 377	1 910	3.7	5.0	0.7	0.4
Uruguai	4 910	5 038	2.6	1.1	2.5	4 522	5 900	3.0	7.1	2.6	0.3
Venezuela	3 030	3 023	-0.2	-1.5	-0.3	3 874	3 670	-0.6	2.6	3.8	1.5

Fonte: Produto interno bruto (PIB) e Índice de preços ao consumidor (IPC): CEPAL, com base em cifras oficiais dos países. Produto nacional bruto (PNB) e Paridade do poder aquisitivo (PPA): Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001: lucha contra la pobreza*, Nova York, Oxford University Press, setembro de 2000.

^a Estimativa com base em CEPAL, *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2000 (LC/G.2123-P)*, Santiago do Chile, dezembro de 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.138.

^b Dados referidos a outros anos ou períodos distintos aos especificados no título da coluna, a definições diferentes à norma ou só a uma parte do país.

Quadro 16
DISTRIBUIÇÃO DA RENDA (DOMICÍLIOS)

Países	Coeficiente de Gini ^a				Participação na renda em 1989/1991				Participação na renda em 1998/1999			
	1989/1991		1998/1999		do 40% mais pobre		do 10% mais rico		do 40% mais pobre		do 10% mais rico	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Argentina ^b	0.42	...	0.43	...	14.9	...	34.8	...	15.4	...	37.0	...
Bolívia	0.48	...	0.42	0.55	12.1	...	38.2	...	15.2	6.9	32.7	38.3
Brasil	0.53	0.46	0.54	0.46	10.3	14.5	41.8	38.2	10.6	14.0	45.7	40.2
Chile	0.47	0.49	0.47	0.40	13.4	13.8	39.2	45.1	13.3	16.9	39.1	40.5
Colômbia	...	...	0.48	0.44	...	...	...	...	12.6	13.9	38.8	35.5
Costa Rica	0.35	0.35	0.38	0.39	17.8	17.6	24.6	24.5	16.2	15.8	27.2	28.2
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	0.38	...	0.47	...	17.1	...	30.5	...	14.1	...	36.6	...
El Salvador	...	...	0.39	0.37	...	...	...	...	16.3	15.6	29.2	25.9
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	0.48	0.43	0.44	0.44	12.1	14.4	37.9	35.1	14.7	15.2	37.5	37.9
Honduras	0.49	0.47	0.43	0.44	12.2	13.1	38.9	37.4	14.3	13.9	33.8	33.0
México	0.42	0.35	0.41	0.38	16.0	18.7	36.9	27.4	17.2	18.0	34.8	31.5
Nicarágua	...	...	0.48	0.49	...	...	...	...	12.3	10.8	39.1	37.3
Panamá	0.45	0.43	0.44	0.43	13.3	15.0	34.2	35.6	14.2	16.2	35.1	37.8
Paraguai ^c	0.36	...	0.40	0.45	18.6	...	28.9	...	16.5	15.1	32.8	39.4
Peru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana ^d	...	...	0.43	0.39	...	...	...	...	14.8	16.5	35.5	32.6
Uruguai	0.35	...	0.31	...	20.1	...	31.2	...	21.6	...	27.0	...
Venezuela ^e	0.38	0.32	0.42	...	16.8	19.8	28.4	23.8	14.6	...	31.4	...

Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

^a Calculado a partir da distribuição por decis de renda per capita dos domicílios.

^b Grande Buenos Aires.

^c Assunção.

^d As cifras finais correspondem a 1997.

^e As cifras de 1999 correspondem ao total nacional.

Quadro 17
MAGNITUDE DA POBREZA (DOMICÍLIOS)

Países	Magnitude da pobreza (porcentagem)									
	1989/1991			1993/1995			1998/1999			Rural
	Total nacional	Urbano	Rural	Total nacional	Urbano	Rural	Total nacional	Urbano	Rural	
Argentina ^a	...	16	...	...	12	...	...	...	13	...
Bolívia	...	49	...	...	46	...	...	...	42	76
Brasil	41	36	64	37	33	53	30	26	26	45
Chile	33	33	34	23	23	26	18	17	17	23
Colômbia	50	47	55	47	41	57	49	45	45	56
Costa Rica	24	22	25	21	18	23	18	16	16	21
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	...	56	...	...	52	...	...	58	58	...
El Salvador	...	...	...	48	40	58	44	34	34	59
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	72	...	...	...	54	39	39	65
Honduras	75	65	84	73	70	76	74	66	66	82
México	39	34	49	36	29	47	38	31	31	49
Nicarágua	...	...	...	65	60	79	65	59	59	73
Panamá	36	34	43	30	25	41	24	21	21	33
Paraguai ^b	...	37	...	...	42	...	52	41	41	65
Peru ^{c,d}	52	45	64	41	33	56	37	25	25	61
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana ^d	...	...	...	...	...	...	32	32	32	34
Uruguai	...	12	...	...	6	...	...	6	6	...
Venezuela	34	33	38	42	41	48	44	...	...	...

Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago do Chile, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

^a Em 1990 e 1997 corresponde ao Grande Buenos Aires.

^b Em 1990 corresponde a Assunção.

^c A cifra inicial corresponde a 1986, e as restantes foram proporcionadas pelo Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

^d As cifras finais correspondem a 1997.

Quadro 18
MAGNITUDE DA POBREZA (POPULAÇÃO)

Países	Magnitude da pobreza em zonas urbanas (porcentagem)						Magnitude da pobreza em zonas rurais (porcentagem)					
	População em 1989/1991			População em 1998/1999			População em 1989/1991			População em 1998/1999		
	População total	0 a 5 anos	6 a 12 anos	13 a 19 anos	População total	0 a 5 anos	6 a 12 anos	13 a 19 anos	População total	0 a 5 anos	6 a 12 anos	13 a 19 anos
Argentina ^a	21.2	33.4	32.5	23.9	23.7	39.6	39.7	29.8	...	...	...	...
Bolívia	52.1	60.4	58.8	50.9	48.7	60.5	59.5	52.9	...	...	...	...
Brasil	42.1	54.0	53.4	45.9	32.9	51.1	46.7	38.0	62.2	73.8	73.1	62.3
Chile	38.2	51.9	51.6	44.4	20.6	30.3	29.5	25.6	39.3	54.4	55.2	42.0
Colômbia	52.0	65.8	65.4	56.0	50.6	64.5	63.7	55.2	60.4	70.8	68.5	59.0
Costa Rica	24.8	33.0	32.5	27.3	18.1	27.0	25.4	20.6	27.3	34.8	37.0	25.8
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	61.8	70.8	71.8	65.1	63.6	72.6	73.6	67.0	...	...	...	...
El Salvador	...	...	...	...	38.7	48.2	49.2	40.6	...	...	...	...
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	46.0	54.8	57.1	46.4	...	...	...	...
Honduras	69.8	77.3	80.0	69.9	71.7	79.7	79.3	74.5	88.0	91.0	91.6	88.1
México	41.7	48.4	54.1	45.4	39.7	50.4	50.2	42.5	56.6	64.8	64.8	56.2
Nicarágua	...	...	...	...	64.0	73.4	71.0	66.0	...	...	...	...
Panamá	40.8	53.4	53.7	46.7	25.8	40.9	40.9	31.2	57.1	68.9	70.7	60.3
Paraguai ^b	42.2	55.0	50.5	45.9	49.0	61.3	60.5	52.1	...	...	...	...
Peru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana ^c	...	...	...	...	35.6	44.5	46.9	38.3	...	...	...	...
Uruguai	17.8	34.0	31.7	24.2	9.4	22.2	18.4	12.7	...	...	...	...
Venezuela ^d	38.8	47.9	49.8	42.3	49.4	61.7	61.2	52.6	46.5	56.6	57.8	46.2

Fonte: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P)*, Santiago do Chile, 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.18.

^a Grande Buenos Aires, exceto para 1999 em que se considera o total urbano.

^b Assunção, exceto para 1999 em que se considera o total urbano.

^c As cifras finais correspondem a 1997.

^d Em 1999 as cifras correspondem ao total nacional.

Quadro 19
GASTO PÚBLICO SOCIAL (TOTAL)

Países	Gasto público social* (GPS)									
	per capita (em dólares de 1997)			como percentagem do produto interno bruto (PIB)			como percentagem do gasto público total (GPT)			
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1999-2000
Argentina	1 211	1 576	1 702	17.7	19.8	21.1	62.2	65.2	63.3	63.3
Bolívia ^a	...	147	171	...	14.6	16.5	...	54.9	57.6	57.6
Brasil ^b	786	952	1 011	18.1	19.7	21.0	48.9	60.4	60.4	60.4
Chile	440	719	862	13.0	14.4	16.5	60.8	65.9	67.3	67.3
Colômbia ^a	158	403	383	7.9	15.2	15.5	28.8	41.8	34.9	34.9
Costa Rica ^a	476	568	633	15.7	17.0	16.5	38.9	42.2	42.6	42.6
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador ^a	...	70	83	...	3.8	4.3	...	24.9	27.5	27.5
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	52	71	...	3.3	4.3	...	29.8	42.4	...	...
Honduras ^{b,c}	59	56	56	7.9	7.1	7.1	36.5	34.5	34.3	34.3
México	259	352	432	6.4	8.5	9.4	40.8	51.9	60.1	60.1
Nicarágua	48	47	71	10.8	10.9	15.3	35.4	37.0	43.2	43.2
Panamá ^a	496	653	627	18.6	20.8	19.1	40.0	38.1	42.3	42.3
Paraguai ^d	56	149	118	3.0	7.9	6.8	39.9	47.1	44.4	44.4
Peru ^{d,e}	74	171	212	3.3	6.1	6.8	31.1	35.1	37.8	37.8
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	64	107	152	4.3	5.9	6.8	38.4	39.0	42.1	42.1
Uruguai ^b	888	1 358	1 518	16.8	20.8	22.0	62.3	69.8	...	...
Venezuela	337	317	335	9.0	8.3	9.5	33.9	35.5	38.5	38.5

Fonte: CEPAL, base de dados sobre gasto social da División de Desarrollo Social.

* As cifras são médias simples para os biênios considerados.

^a A cifra final corresponde ao ano 1999.

^b A cifra final corresponde ao ano 1998.

^c A relação GPS/GPT corresponde a uma estimativa.

^d A cifra final corresponde ao ano 2000.

^e A cifra inicial corresponde ao ano 1991.

Quadro 20
GASTO PÚBLICO SOCIAL (SAÚDE)

Países	Gasto público social (GPS) em saúde*									
	per capita (em dólares de 1997)		como percentagem do do produto interno bruto (PIB)				como percentagem do gasto público total (GPT)			
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1999-2000
Argentina	271	358	385	4.0	4.5	4.8	13.9	14.8	14.3	...
Bolívia ^a	...	34	33	...	3.3	3.2	...	12.6	11.2	...
Brasil ^b	162	183	187	3.7	3.8	3.9	9.9	11.6	11.2	...
Chile	70	127	148	2.1	2.5	2.8	9.6	11.7	11.6	...
Colômbia ^a	23	86	101	1.2	3.2	4.1	4.2	8.9	9.2	...
Costa Rica ^a	150	160	188	5.0	4.8	4.9	12.3	11.8	12.6	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador ^a	...	25	29	...	1.3	1.5	...	8.9	9.6	...
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	5.5	5.8	...
Guatemala	14	16	25	0.9	1.0	1.4	8.1	9.5	10.3	...
Honduras ^{b,c}	19	18	15	2.6	2.3	1.9	12.0	11.1	9.4	...
México	118	90	101	2.9	2.2	2.2	18.6	13.2	14.1	...
Nicarágua	20	18	25	4.6	4.1	5.5	15.0	14.0	15.4	...
Panamá ^a	164	210	226	6.1	6.7	6.9	13.3	12.3	15.3	...
Paraguai ^d	5	22	16	0.3	1.2	0.9	3.8	7.1	6.0	...
Peru ^{d,e}	15	32	39	0.7	1.2	1.3	6.2	6.5	6.9	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	14	24	37	1.0	1.3	1.7	8.6	8.9	10.2	...
Uruguai ^b	154	222	185	2.9	3.4	2.7	10.8	11.4	...	...
Venezuela	57	42	50	1.5	1.1	1.4	5.8	4.7	5.7	...

Fonte: CEPAL, base de dados sobre gasto social da División de Desarrollo Social.

* As cifras são médias simples para os biênios considerados.

^a A cifra final corresponde ao ano 1999.

^b A cifra final corresponde ao ano 1998.

^c A relação GPS/GPT corresponde a uma estimativa.

^d A cifra final corresponde ao ano 2000.

^e A cifra inicial corresponde ao ano 1991.

Quadro 21
GASTO PÚBLICO SOCIAL (EDUCAÇÃO)

Países	Gasto público social (GPS) em educação*									
	per capita (em dólares de 1997)			como percentagem do produto interno bruto (PIB)			como percentagem do gasto público total (GPT)			
	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1990-1991	1996-1997	1999-2000	1999-2000
Argentina	226	339	394	3.3	4.3	4.9	11.6	14.0	14.6	14.6
Bolívia ^a	...	59	64	...	5.9	6.2	...	22.1	21.6	21.6
Brasil ^b	156	162	163	3.6	3.4	3.4	9.6	10.3	9.7	9.7
Chile	87	166	213	2.6	3.3	4.1	12.0	15.2	16.6	16.6
Colômbia ^a	63	126	114	3.1	4.8	4.6	11.4	13.1	10.4	10.4
Costa Rica ^a	115	148	163	3.8	4.4	4.3	9.4	11.0	11.0	11.0
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Equador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador ^a	...	44	52	...	2.3	2.7	...	15.5	17.2	17.2
Espanha	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	25	28	43	1.6	1.7	2.4	14.3	16.7	17.5	17.5
Honduras ^{b,c}	32	31	31	4.3	4.0	3.9	19.8	19.3	18.9	18.9
México	104	153	178	2.6	3.7	3.9	16.4	22.6	24.8	24.8
Nicarágua	22	21	29	5.0	4.8	6.4	16.3	16.4	17.9	17.9
Panamá ^a	125	180	195	4.7	5.7	5.9	10.1	10.5	13.1	13.1
Paraguai ^d	22	72	59	1.2	3.9	3.4	15.7	22.9	22.0	22.0
Peru ^{d,e}	28	54	62	1.3	2.1	2.2	11.7	11.2	11.1	11.1
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	17	41	62	1.2	2.3	2.8	10.5	14.8	17.3	17.3
Uruguai ^b	129	184	213	2.4	2.8	3.1	9.1	9.4	...	...
Venezuela	129	119	146	3.4	3.1	4.1	13.0	13.2	16.9	16.9

Fonte: CEPAL, base de dados sobre gasto social da División de Desarrollo Social.

* As cifras são médias simples para os biênios considerados.

^a A cifra final corresponde ao ano 1999.

^b A cifra final corresponde ao ano 1998.

^c A relação GPS/GPT corresponde a uma estimativa.

^d A cifra final corresponde ao ano 2000.

^e A cifra inicial corresponde ao ano 1991.

Quadro 22
GASTO PÚBLICO SOCIAL EM SERVIÇOS SOCIAIS BÁSICOS

Países	Gasto público per capita en serviços sociais básicos				
	Total	Setores (média 1994-1996 em dólares de 1996)			
	média 1994-1996 (em dólares de 1996)	como porcentagem do produto interno bruto (PIB)	Educação básica	Saúde básica	Água potável
Argentina	...	...	...	...	...
Bolívia	40	4.3	22	13	5
Brasil	132	2.7	89	34	8
Chile	98	2.2	83	14	1
Colômbia	101	4.7	58	38	6
Costa Rica	103	3.9	62	39	2
Cuba	...	...	...	...	...
Equador	53	3.5	37	15	1
El Salvador	30	1.8	20	10	(.)
Espanha	...	...	...	...	...
Guatemala	19	1.2	13	6	...
Honduras	...	...	...	...	...
México	...	...	...	...	...
Nicarágua	18	3.9	8	9	(.)
Panamá	...	...	...	...	...
Paraguai	...	...	...	...	...
Peru	39	1.4	8	30	2
Portugal	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	19	1.2	14	6	(.)
Uruguai	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...

Fonte: Enrique Ganuza, Arturo León e Pablo Sauma (comps.), *Gasto público en servicios sociales básicos en América Latina y el Caribe: análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 (LC/R.1993)*, Santiago do Chile, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), 1999.

(.) Significa menos de 1 dólar per capita.

Quadro 23
INFORMALIDADE E DESEMPREGO URBANO

Países	Porcentagem de ocupados no setor informal urbano		Taxa de desemprego aberto urbano	
	1989/1992	1996/1998	1990	2000
Argentina ^a	43.1	41.4	7.4	15.1
Bolívia	62.5	65.5	7.3	6.1 **
Brasil	40.2	46.6	4.3	7.5
Chile	39.4	37.3	9.2	9.4
Colômbia	54.1	55.9	10.5	20.4
Costa Rica	37.6	39.6	5.4	5.3
Cuba	...	...	7.7 *	5.8
Equador	54.5	53.9	6.1	14.7
El Salvador	...	...	10.0	6.7
Espanha	...	...	16.3	13.6
Guatemala	...	...	6.0	3.8 ***
Honduras	53.2	52	7.8	5.3 **
México	39.6	43.6	2.7	2.3
Nicarágua	...	...	7.6	9.0
Panamá	37.8	33.6	20.0	15.2
Paraguai ^b	57.6	57.1	6.6	9.4 **
Peru	...	...	8.3	10.3
Portugal	...	...	4.7	..
Rep. Dominicana	45.1	47	19.6	13.9
Uruguai	39.5	42.5	9.2	13.4
Venezuela ^c	37.1	49.4	11.0	14.6

Fonte: Emprego no setor informal: CEPAL, *La brecha de la equidad: una segunda evaluación* (LC/G.2096), Santiago do Chile, 2000. Desemprego aberto urbano de 1990: CEPAL, *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Edición 1998* (LC/G.2043-P), Santiago do Chile, 1999. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.99.II.G.1.
 Desemprego aberto urbano de 2000: CEPAL, *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2000* (LC/G.2123-P), Santiago do Chile, dezembro de 2000. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.00.II.G.138.

* Cifra correspondente a 1991; ** Cifras correspondentes a 1999; *** Cifra correspondente a 1998.

^a As cifras correspondem ao Grande Buenos Aires, excetuando a taxa de desemprego para a população de 15 anos e mais de idade.

^b As cifras correspondem a Assunção, excetuando a taxa de desemprego para a população de 15 anos e mais de idade.

^c A cifra de 1997 corresponde ao total nacional.