

儿童早期发展入户项目和公共政策： 巴西经验^{*}

[巴西] 奥斯马尔·特拉(Osmar Terra)¹ 汤蕾² 李英² 郑文廷² 史耀疆²

(1. 巴西公民和社会行动部, 巴西; 2. 陕西师范大学教育实验经济研究所, 西安 710119)

摘要:在整个生命周期中,生命系统的早期奠定了生物有机体各方面内外功能的基础,是大脑可塑性最强的时期。相较于后期的投资,生命早期的投资具有最高的社会回报。世界各国已经意识到制定儿童早期发展政策的重要性。处于中等收入水平的巴西政府作为大力推动儿童早期发展项目的先行者之一,发起了一个具有开拓性的儿童早期发展项目——PIM (Primeira Infancia Melhor 或 Better Early Childhood) 项目,之后在该项目的基础上又启动了一项全国性的儿童早期发展项目,即“快乐儿童项目”(Programme Crianca Feliz),并承诺为该项目提供大量资金的保证,成立专门的政府部门来资助和推广这个项目。巴西政府在早期儿童发展项目上,有着长达 15 年的项目经验及与之相关的公共政策经验,特别是其入户模式的项目经验以及全国各州政府部门的跨部门协作方式和经验值得关注。具体来说,可以概括为以下三点:第一,国家和地方政府的联盟。这种联盟是基于地方的具体特点和需要,由国家长期提供技术和财政资助,然后通过行动的协调来取得项目预期的结果。同时,与多边机构加强合作,促进成功经验在特定领域内的交流和传播,从而强化干预方案。第二,社区参与的关键性。社区参与能够促进家庭的参与,促进人们对儿童早期发展的认识,并且建立一个共同努力的网络。第三,家庭的核心性。家庭是儿童早期发展项目实施成功的核心要素,充分重视以家庭为核心的项目实施导向。

关键词:儿童早期发展;巴西;PIM 项目;公共政策;家访项目

奥斯马尔·特拉(Osmar Terra),巴西公民和社会行动部部长,同时也是拉丁美洲儿童早期议会副主席。特拉部长在巴西公共政策领域从业 40 多年,是巴西儿童早期发展试点项目——PIM 项目的创办者之一和主要推动者之一。在他的大力推动下,PIM 项目发展为巴西全国性的儿童早期发展项目,陪伴了数以百万儿童生命早期的成长。

一、引言

在整个生命周期中,生命系统的早期奠定了生物有机体各方面内外功能的基础,是大脑可塑性最强的时期(Schore, 2016; Walker et al., 2007; Black et al., 2013)。儿童发展的差距在最初的几年就已经形成,且将持续影响儿童的一生——如成年后的慢性疾病患病率、低教育程度和收入(Grantham - McGregor et al., 2007)。研究发现,生命早期的经历(刺激)对于大脑的发育和个人能力的发展至关重要(Heckman et al., 2010; Attanasio et al., 2015a; Schweinhart et al., 2004; Knudsen et al., 2006),在这个关键时期确保儿童能够接受到适当的照料和刺激非常重要。

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目(71803108);高等学校学科创新引智计划(B16031)。

通信作者:李英。

关注生命早期的发展是一个国家的最佳投资决策之一。根据 Heckman (2006, 2010) 的研究, 严重的社会和经济问题往往源于较差的人口素质。而早期的干预行动有助于提高教育、减少犯罪、提高生产能力和减少少女怀孕的数量, 从而可以产生较高的社会回报率以及显著成本效益比 (Bernardes, 2010)。儿童早期发展是从源头上提升国家人力资本质量、从根本上切断贫困代际传递的有效途径。正如 2000 年经济学诺贝尔奖得主 James Heckman 所言, 投资于儿童早期, 尤其是最脆弱的儿童是一项能够促进公平和社会正义的公共政策举措 (联合国教科文组织, 2007), 应该得到执政当局的充分重视。

全球范围内已将促进儿童早期发展作为实现千年发展目标 (2000 - 2015) 和全球可持续发展目标 (2015 - 2030) 的关键。近年来, 中国政府也已经充分意识到儿童早期发展的问题, 并已经出台政策文件明确了 0 - 3 岁儿童早期发展的重要性。如, 2010 年出台了《国家中长期教育改革和发展规划纲要 (2010 - 2020 年)》; 2014 年发布了《国家贫困地区儿童发展规划 (2014 - 2020 年)》; 2017 年 12 月 20 日中央经济工作会议上, 习近平总书记也做出了“要针对人民群众关心的问题精准施策……解决好婴幼儿照护和儿童早期教育服务问题”的重要指示; 2018 年两会之后, 明确国家卫生健康委主导儿童早期发展在中国的落实, 出台 0 - 3 岁婴幼儿发展规划。还有一些国家则已经制定了旨在尽可能以最好的方式向所有家庭提供儿童发展的公共政策, 例如巴西。当一个国家要制定促进儿童早期发展的政策时, 摆在公共政策制定者面前的一个主要问题是: 什么才是最好的干预? 要回答这个问题, 必须先回答其他几个问题, 如我们希望父母和/或照养人的行为发生什么变化? 需要什么样的人力和多少的财力来实施这一干预? 需要怎样的制度保障? 回答这些问题往往需要理解每个国家、文化或特定人口的现实。

拉丁美洲和加勒比地区的各国政府在推动儿童早期发展上的工作重点主要是扩大儿童保健服务的范围, 而其中巴西的南里奥格兰德州在儿童早期照料方面的模式使之成为了儿童早期发展项目推广的先驱者。在巴西公民和社会行动部长奥斯马尔·特拉 (Osmar Terra) 的推动下, 巴西首创了儿童早期发展的公共项目——PIM 项目 (Primeira Infancia Melhor, 英文名称为 Better Early Childhood), 该项目于 2003 年在巴西南部的南里奥格兰德州 (Rio Grande do Sul) 启动, 覆盖了数十万儿童 (Schneider et al., 2009), 此后, 巴西其他州也开始推行 PIM 项目。2016 年, 巴西总统夫人作为项目大使, 并以 PIM 为基础, 启动了面向 400 万名儿童的另一项大型全国性项目——“快乐儿童项目” (Programme Crianca Feliz, 英文名称为 Happy Child Programme)。巴西是发展中国家推进儿童早期发展项目的重要先行者之一, 本文的目标即是总结巴西儿童早期发展项目的国家战略、行动策略、社区动员、政策倡导和项目推广上的经验, 以期为我国儿童早期发展的公共政策制定提供一定的参考。

二、巴西的社会环境

(一) 巴西的社会福利背景

巴西被认为是最早实现社会福利法的拉美国家之一。笔者之一奥斯马尔·特拉 (Osmar Terra) 在巴西政府 40 多年的任职经历中发现, 在工作过程中识别哪种公共政策对于解决经济和社会问题最有效、最合适仍然是一个很大的挑战, 但是公共政策在战胜社会不平等、提高教育质量、减少冲突, 促进国家的经济发展上仍然是非常有价值的存在。巴西在过去实施了最为重要的一个项目来减少贫困, 即是广见于报端的直接现金转移计划 (或是家庭支持计划)。这个计划是针对生活在贫困或是极端贫困家庭的无条件现金转移项目。为持续参加该项目, 这些家庭必须遵从一些规则, 比如让他们的孩子去上学或是带他们定期进行健康监测。目前数据显示, 截至 2018 年 8 月, 巴西约有 1395 万户家庭受益; 政府共支付了约 7 亿美元; 截至 2018 年 5 月, 数据显示参与该项目的孩子有 87.8% 在教育系统里接受了监测; 截至 2017 年 12 月, 追踪到了 77.4% 的孩子的健康状况。

此外, 巴西还实施了一项针对老年人和残疾人的连续福利项目, 该项目旨在保证无法自我照料且无家庭帮助的老年人和残疾人士获得等同于最低工资的收入。目前巴西已经约有 462 万人 (约 204 万

名老年人和258万残疾人)受益;政府总支付金额约为1174亿美元。在这两个项目执行过程中,巴西还非常重视项目管理方式的改善。如在家庭支持计划上,通过改善访问和永久保存信息的管控机制,确保福利被分发给真正需要的人;通过6个数据库的交叉比对,可以识别收入高于项目设定金额的家庭,然后将这些家庭排除在计划之外,福利被分配给其他家庭。通过该管控机制,能够每年节省7.33亿美元,这些资源被直接用于资助其他家庭,使等候名单上的人数降至0人成为可能^①。

基于以上对巴西社会福利背景的介绍,可以充分了解到巴西社会通过公共政策和项目实施以及财政投入充分保证社会福利实现的社会环境,同时还非常重视项目执行和实施过程中的管理。

(二)巴西的儿童早期发展状况及挑战

在儿童早期发展项目实施之初,巴西面临着一些严峻的挑战。根据国家家庭调查(巴西地理和统计研究所,2007年),2006年巴西人口约为1.87亿人。0到4岁儿童1421万人,占总人口的7.59%。5岁至9岁的儿童人数约为1673万,占总人口的8.9%。巴西大约有2890万家庭有14岁以下的儿童和青少年,几乎占该国家庭总数的一半(48.9%)。根据巴西地理与统计研究所(IBGE,2007)的数据,2006年,在有0到14岁孩子的家庭中,40.4%的家庭被认为是贫困家庭,他们的月人均收入不到全国最低工资的一半;如果只考虑有0到6岁孩子的家庭,这一比例甚至更大,其中45.4%的家庭每月人均收入不足全国最低工资的一半。0至6岁儿童是巴西人口中最脆弱的群体之一(Schneider et al., 2009)。

在巴西儿童早期教育领域,自1996年以来,《国家教育法》(《国家教育法导则与基础法》——LDBEN)已经产生了重大的变化。以前属于社会服务机构职权范围的托儿所和幼儿园现在成为巴西基础教育的一部分(LDBEN, 1996)。LDBEN建立了两种儿童早期照料与教育(ECCE)的模式:托儿所(0到3岁儿童)和幼儿园(4-6岁儿童)。根据社会指标摘要(IBGE, 2007),巴西0-6岁儿童的入学率正在上升。然而不同年龄组之间的入学机会会有显著差异。2006年,4至6岁的儿童中,有76%的儿童上过幼儿园,而在0至3岁的儿童中,该比例只有15.5%。处于贫困中的儿童又最容易受到因缺乏儿童早期照料和教育资源而造成的不利影响(Schneider et al., 2009)。在这些现实挑战下,巴西政府通过法律环境的改善和儿童早期发展项目的不断探索,为促进儿童早期发展积累了宝贵经验。

(三)巴西儿童早期发展项目实施的法律环境

在过去几十年,巴西政府已经通过条约和立法致力于解决儿童早期发展相关的问题。例如,1988年的巴西联邦宪法正式承认儿童是权利的完全承载者和处于独特发展阶段的个人。宪法第227条规定了儿童的最大利益原则:“...是家庭,社会和国家的责任,以确保儿童和青少年在生命、健康、营养、教育、休闲、专业培训、文化、尊严、尊重、自由、家庭和社区生活的权利,以及保护他们免于各种形式的忽视、歧视、剥削、暴力、虐待和压迫的权利方面拥有绝对优先级。”(巴西,1989)

如图1所示,巴西经历了解决儿童早期发展相关问题的如下立法过程:建立统一医疗体系——SUS(联邦法律第8069号,1990年),提倡母婴保健;《儿童和青少年法规》——ECA(联邦法律第8069号,1990年),旨在保障儿童全面发展的权利,成为家庭和社区行动的补充;《有机社会援助法》——LOAS(联邦法第8742号,1993年),目的之一在于保护家庭、产妇和儿童;《教育指导和基本原理法》——LDB(联邦法律9394号,1996年),目的是将幼儿教育纳入教育体系。在此基础上,2001年,国家教育计划(PNE)首次针对0-6岁儿童提出了具体的指导方针和目标(UNESCO, 2001b)。

当然,巴西政府和立法机构已经意识到,一项先进的立法其所有条款都得到遵守和执行,还需要执政者的政治意愿、敏感性、参与和承诺,社会参与,以及各政府部门之间的投入和协调等等。

(四)巴西儿童早期发展项目的探索

2003年,在巴西法律的推动下,为了应对儿童早期照料的潜在需求,南里奥格兰德州政府实施了Primeira Infancia Melhor项目(简称PIM项目)。PIM项目作为公共政策方面的一个经验,很快脱颖而出,其目的即是使立法成为现实,有效保障儿童权利并促进儿童发展综合框架的形成。



图 1 巴西儿童早期发展相关立法过程时间轴

PIM 项目在古巴 Educa a tu Hijo 项目的基础上发展而来(Cuba Ministry of Education, 2002)^②,由巴西卫生部门资助,与古巴政府建立了一项为期三年的技术合作协议以交流经验和一些基本知识,从而帮助巴西政府得以应对执行一项前所未有的公共政策所固有的挑战。该方案还同联合国教育、科学及文化组织(简称教科文组织)建立了技术合作,促进州内的管理活动。

截至 2006 年 12 月,南里奥格兰德州 45.5% 的城市实施了 PIM 项目,援助了 40125 个家庭,惠及 4815 名孕妇和 44138 名儿童(Schneider & Ramires, 2009)。该政策加强了国家卫生部门和其他有关部门管理者对幼儿教育的重视,州政府于 2006 年通过州法律第 12544 条将其作为州政策的组成部分。

随着项目技术的加强和项目的合法化,2007 年,在结束了与古巴的技术合作后,PIM 项目需要改进项目方法以适应巴西文化的需要和特点。自此,PIM 项目开始实施儿童发展监测。

同年,巴西创建了全国儿童早期网络——RNPI,这是一个汇集了从民间社会组织、政府、私营部门和其他网络的全国性网络。在巴西,这个网络的建立是一个重要的技术和政治事件。在这一轨道上,巴西制定了两项联邦倡议: Estrategia Rede Cegonha 倡议(联邦 1459 号指令,2011 年)和 Programa Brasil Carinhoso 倡议,这两项倡议进一步促进了儿童早期综合护理的工作推进。

2015 年,巴西社会的另一项成就是建立了全国儿童综合保健政策——PNAISC。该指令在其正文中肯定了 PIM 项目的贡献,强调了儿童生命早期的重要性。同年,一项历史性的突破是通过了《儿童早期法律框架》(联邦法第 13257/16 条),该法律框架的目的是确保以促进儿童早期的综合发展为目标的不同职能部门的权利,并将 PIM 作为儿童早期发展项目家访形式的基准模式。

《儿童早期法律框架》实施的一个直接结果是创建了 Criança Feliz 项目(即快乐儿童项目):一个旨在支持家庭促进儿童发展的联邦政府项目。这是一个大规模的行动,优先考虑家庭补助计划(Bolsa Família, 简称 PBF)成员家庭的孕妇和儿童、持续补助计划(Continually Rendered Benefit, 简称 BPC)的残疾儿童家庭,以及被剥夺与家庭互动的儿童(联邦法令第 8869 号,2016 年)。受到 PIM 项目和其他州级项目方法的启发,快乐儿童项目主要通过家访的形式关注生命早期的发展。项目目标为监测 0-6 岁儿童的家庭并为其提供指导,给家长提供用于刺激孩子认知、情感和社会心理发展的工具;促进家庭情感连接和促进家庭在儿童早期的照护、保护和教育中发挥主导作用。如表 1 所示,截至 2016 年,快乐儿童项目的受益人群涵盖了约 19 万儿童和 64 万孕产妇。

表 1 快乐儿童项目受益人群规模

快乐儿童项目的受益人群	数量
“家庭支持计划”(Bolsa Família)的受益儿童(0-36 月)	3,000,000
“家庭支持计划”的受益孕妇	640,000
“针对老年人和残疾人的连续福利项目”的受益儿童(0-6 岁)	75,000
寄养儿童(寄宿家庭/政府认证机构)(0-6 岁)	8,600

数据来源:2018 年 11 月西安儿童早期发展国际论坛会议资料

三、巴西具有开拓性的儿童早期发展项目——PIM 项目

PIM 项目作为巴西全国性的快乐儿童项目的原型和基础,对于儿童早期发展公共政策的制定具有启示性的作用,在本节我们将基于 Verch(2017)的报告来总结和呈现 PIM 项目的核心要素、干预方法和模式、项目组织结构以及项目的监测督导系统。

PIM 项目的主要目标是根据家庭本身的文化和经验为家庭提供指导,以促进其从孕育子女到子女 6 岁的全面发展。项目实施的地区优先考虑社会弱势人口和高危人口比例高、0-6 岁儿童和孕妇人数多、婴儿死亡率高、缺乏幼儿保健和教育设施的地区。PIM 项目通过家访和小组活动的模式对家庭进行干预,注重加强家庭成员之间的情感联系,针对每个受益人和家庭的具体需要提供帮助并根据家庭的需要,帮助每个家庭获得现有社会服务网络的服务。

PIM 项目的支柱是:家庭、社区和交叉性,它们代表了三个基本前提,即家庭的主导作用、社区的参与以及不同管理部门和领域的积极参与。这些要素从项目构思开始就存在,是成功的关键之一。在 PIM 项目中,家庭被认为是建立和维持感情的地方。在这里,孩子、父母或看护人以及亲属,不管他们的血缘关系如何,都被具体和象征性地调动起来。PIM 项目尊重每个家庭的独特性,注重了解每个家庭的生活方式和文化背景,向他们提供尊重其文化和经验的个性化援助;社区被理解为扩展的家庭共存空间。除了家访和小组活动外,PIM 项目还定期促进社区活动,鼓励社区不同阶层的人都参加,目的是促进社会交往,加强地方文化,同时促进权利和信息获得。在这个场景中,PIM 项目被认为是社区本身的一部分;交叉合作(Intersectionality)被理解为不同领域的行动者和部门之间的合作。这体现在 PIM 项目活动的不同层次上:在国家层面上,它体现为不同政府部门之间的衔接;在市政府层面,它体现为不同部门之间的合作管理,如技术协调小组必须至少有健康、教育和社会福利部门专业人员的代表。PIM 项目与现有服务的整合也表明了对该项目所倡导的跨部门性的认可。

(一) 干预内容:综合干预

影响儿童发育的因素是广泛而且跨越不同领域的,因此 PIM 项目将综合照料(integral care)作为项目的原则,其干预内容包括初级卫生保健、基本社会保障和教育,具有跨部门性。

PIM 项目团队与初级卫生保健和家庭卫生战略团队(ESF)的基本卫生单元(UBS)的联系也是该项目的战略之一。PIM 项目的家访员(PIM visitor)和社区卫生工作者(CHW)在其具体工作职责范围内,在支持家庭方面扮演合作伙伴的角色。两者之间有着不同的访问目的、访问频率、访问时长等(如表 2 所示),这些专业人员的互补性对所提供的服务质量及其对受益人生活的影响极其重要。

表 2 PIM 项目家访员和社区卫生工作者的操作比较

	PIM 项目家访员	社区卫生工作者
访问对象	面临风险和处于社会弱势地位的孕妇和 0 到 6 岁儿童的家庭	地理位置处于微型医疗区域的家庭
访问目的	根据其家庭文化和经验指导家庭,促进孩子从怀孕到 6 岁前的全面发展	通过家庭或社区的行动,个别或集体地按照统一医疗体系的指导,发展预防疾病及促进健康的活动
监督	由督导员和(或)市技术小组代表进行督导。每位督导员(20 小时)负责督导最多 8 名家访员	由家庭健康战略的护士进行督导。每位护士负责 12 名社区卫生工作者的督导
访问比	每个家访员最多负责 20 个家庭	每名社区卫生工作者最多负责 750 人
访问频率	每个孕妇或儿童每周 1 次	每个家庭 1 月 1 次
访问时长	45 分钟至 1 小时	未规定

来源:州法令第 14,594/14 条;联邦政府的指令第 2,488/11 条

PIM 项目在加强家庭陪伴孩子学习过程中发挥了至关重要的作用,并有助于他们在接受基础教育时做好入学准备。PIM 项目和幼儿教育机构使用不同的方法共同促进 0 至 6 岁儿童的发展。PIM 项目还与当地教育系统建立系统的联系,采取行动鼓励赋予成年人照顾、教育和保护自己及其子女的权力,

从而有助于父母和/或照料人重返教育系统,以补充多年的学习。

(二) 干预方法:家访

PIM 项目通过家访和游戏来进行儿童教育的干预。家访有利于更准确地识别每个家庭的特点、潜力和需要,从而提出与家庭有关的独特的干预建议^③。

游戏是 PIM 项目的专业工作人员与家庭的主要联系方式。游戏不仅会影响孩子,而且还会影响照料人和相关专业人员。对于成年人来说,充满游戏的 PIM 项目体验可以加强情感联系、创造快乐时刻和回忆,产生对童年经历的重新理解,还可以促进照料人以更乐观和自发的方式去克服儿童养育中的困难。而对于参与 PIM 项目的专业人员,尤其是家访员来说,趣味性的游戏也扮演着重要的角色。因为他们需要处理来自家庭的大量需求,而游戏能够使他们的工作开展相对更加轻松。

(三) 干预模式(care modalities):个体模式和集体模式

根据干预群体的年龄,PIM 项目的家庭服务模式分为两种:个体模式和集体模式。如图 2 所示。

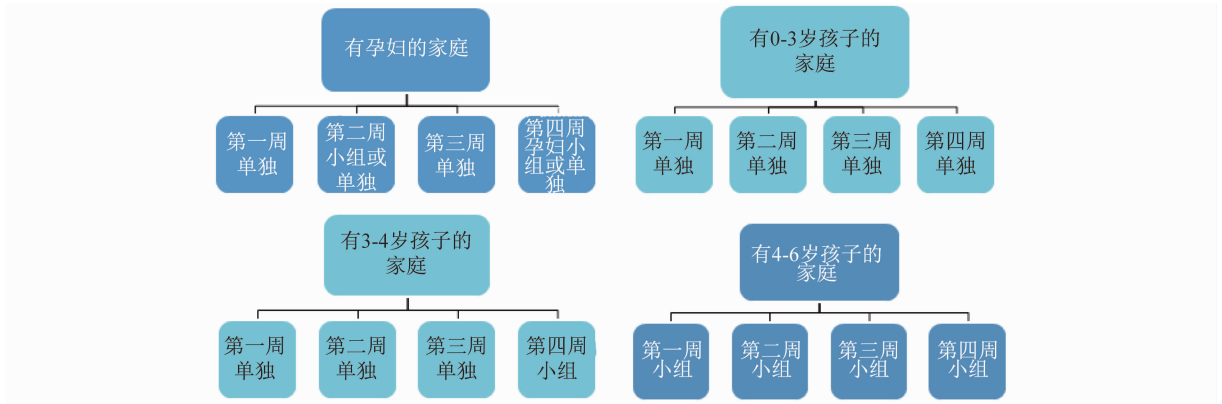


图 2 服务模式

来源:PIM 项目官方备忘录 2016 年第 1 号

在有孕妇的家庭中,护理是个体化的,每周进行一次。他们还参加了由当地服务网络组织的孕妇小组,并始终有 PIM 项目小组的参与(State Health Department, 2013)。在有 0 – 3 岁孩子的家庭中,护理是单独的、每周通过家访进行。当孩子 3 岁时,为了帮助孩子开始逐步社会化,他们开始在社区的活动场所进行每月 1 次的集体活动,当他们从 4 岁起,他们将通过集体模式获得专门的照护。

干预模式的实施过程分为不同阶段。第一个阶段是计划访问阶段,由家访员计划家访活动,确定所需资源,并且针对特定家庭制定干预计划。这个过程是在督导员和/或市技术小组代表的支持和督导下并参考项目干预材料进行的。

第二个阶段是家访员按照家访计划进行家庭访问或小组活动。家访与小组活动一般有三个步骤:首先,家访员欢迎家庭的参与并倾听照料人的分享,一起回顾和评估在过去一周进行的活动,并讨论当天的活动建议,就当天活动内容与家庭达成一致。这些活动可以促使照料人巩固家庭纽带以及增强他们照顾儿童的能力和努力。如果是孕妇,指导方案也将针对孕妇及其家庭成员进行。第二个步骤是进行当天的活动。由家访员协助、照料人主导来开展活动。第三个步骤是对今天的活动进行评价,识别家庭养育的进展和困难;同时强调这些问题的重要性,澄清疑问,特别是增强照料人对其子女的发展,或孕妇对自己和婴儿的认识和关注;最后,家访员强调照料人继续在家和孩子进行活动的重要性。

(四) PIM 项目的组织技术和方法结构

为了确保项目的实施能够达到项目的目标,PIM 项目的组织技术和方法结构充分尊重和适应不同地区的特点而非完全使用已有结构,而这需要对整个项目团队进行一致、全面和持续的培训。另外,由于 PIM 项目的重点是照顾面临风险和处于社会脆弱情况下的家庭,因此选择真正需要帮助的受益人也

是项目执行的基本方面。而且为了确保这项公共政策的可持续性,还需要制定一项充分考虑财政资源的预算。下文将从人力资源、财政资源预算、项目推广、受益人选择以及项目监测督导系统5个方面对PIM项目的组织技术和方法结构进行介绍。

1. 人力资源

部门间的交叉性是PIM项目的标志,这在人力资源上表现为市和州两级技术结构的构成。在国家层面,PIM项目由卫生部门协调,并得到教育、文化、社会发展、劳工、司法和人权部门以及社会政策办公室的支持。除了各部门的行动机制外,这种结构还有一个具有政治体制属性的管理委员会,由上述各部门的代表组成。该委员会旨在促进讨论和反思,以评估项目面临的挑战,并提出切实可行的措施保证项目质量和项目推广(FGV, 2014)。

在州级层面,在卫生部门的范围内,还有州级技术小组(简称GTE),即该项目的管理小组。它由分布在医疗保健区域的多学科专家团队组成,还包括设在全州战略要地的区域保健处(CRS)和区域教育处(CRE)的代表。它们共同承担在其管辖下的市的PIM项目的行动协调、培训和督导任务。每个GTE成员平均协助30个市政当局。这些专业人员的主要任务是制定植入、实施、扩大、监测和评价PIM项目的策略(国家指令第569/12条)。

在市级层面,技术结构由市级技术小组、督导员和家访员组成。市技术小组(简称GTM)由来自卫生、教育和社会保障部门的专业人员组成。该小组每周至少完成10小时的工作,并负责在本市推广、管理、督导和评价PIM项目。GTM还承担着以下任务:选择督导员和家访员;进行初步及持续培训;对督导员和家访员进行系统的督导;促进继续教育;选择项目地区;管理PIM信息系统;连接社会服务网络;提高管理者的敏感度;协助GTE技术小组的访问;参与GTE推广的培训,并动员成立幼儿市政委员会(国家条例第578号,2013年)。

督导员是州技术小组(GTM)和家访员之间的连接者。督导员通常是一名拥有或正在攻读学位的专业人士,负责指导、陪同、督导和评估最多8名家访员的工作,以及支持州技术小组(GTM)制定的行动,每周至少完成20小时的工作量。它还在其业务地区的服务网络中发挥连接者的作用。截至2016年,该项目共有3270名督导人员。

家访员是这个结构的基本成员。他们是最了解家庭动态和父母互动的人,是加强家庭养育能力的协助者。家访员的职能包括:计划、执行和评估干预模式;将已识别的家庭情况上报给督导员和州技术小组;监测PIM干预措施的结果;参与GTM和督导员每周组织的督导和培训;提高家庭和社区的认知,并参与开展当地其他相关人员的活动。家访员必须有高中文凭,也可以是大学在读学生,并优先考虑具有教育、健康和社会服务领域专业背景的人员。家访员的服务时间为每周20、30或者40小时(州法律第14594号,2014年)。截至2016年,该项目共有13078名经过培训的家访员。

就教育水平来讲,在2016年1404名在SisPIM信息系统注册的家访员中,21人只有小学教育,725名有高中学位,658人在高等教育机构就读(图3)。这意味着超过98%的家访员有11年以上的教育训练,一些作者认为在高质量项目的情况下,这是非常理想的(Almeida et al., 2016)。

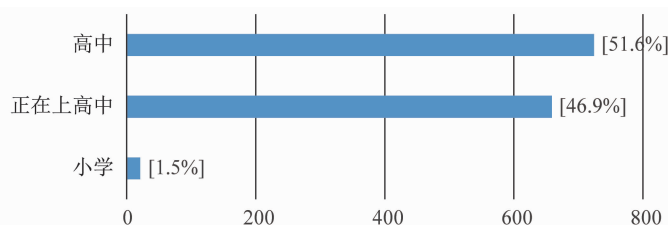


图3 家访员的教育水平

数据来源:SisPIM,2016年12月

这样的人力资源结构有利于充分满足家庭的需要。那么,这类人员的费用支付也是项目得以持续进行的一个关键问题。从图 4 可以看出,截至 2016 年,SisPIM 信息系统中已经注册的 1404 名家访员中,39.2% 的人拥有法定或 celetista 协议,34.3% 是津贴领取者,26.4% 采用其他聘用方式。其中,celetista 或法定家访员是市政府工作人员的一部分,因此,他们的补助费用由市政府负责。然而,他们并不是全都有相应的专业背景,这是有风险的。因此,项目采用了一些机制来克服这一挑战,例如严格的遴选过程以及对正式合同期间的表现进行评价。

在聘用助学金受益人时,无论他们是大学生还是高中生,支付的程序都比较简单。这种雇用方式对家访员有只能工作两年的限制条件,这是学校与市政府之间的合作关系中所能允许的最长期限。对于市政团队来说,这种雇佣方式最大的挑战是人员流动。但是这种招聘模式的好处是:家访员在与项目相关的领域中有更丰富的技术知识;在学术的实践上获得实际经验;拥有更多关于该主题的学术成果。

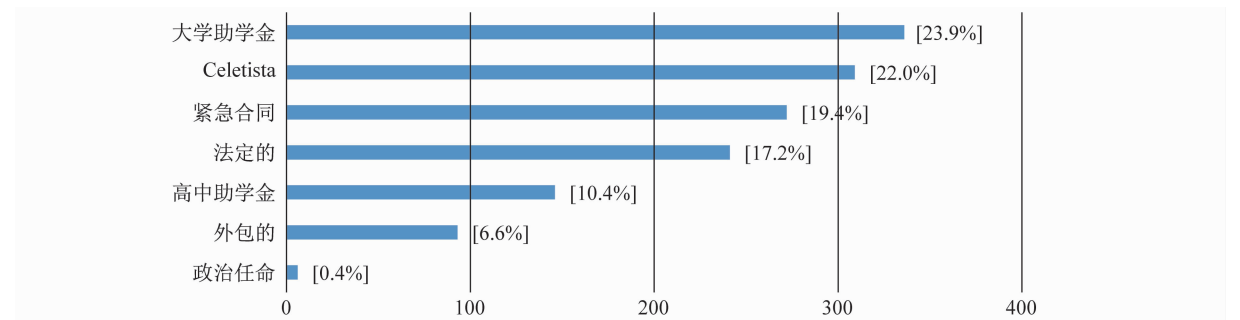


图 4 家访员的雇佣关系
数据来源:SisPIM,2016 年 12 月

2. 项目可持续性的预算和财政资源

巴西政府在儿童早期发展项目上的财政资源投入也相当可观。根据 Berlinski & Schady (2015),巴西 0—5 岁的儿童每年的人均公共支出为 641 美元,相当于巴西 GDP 的 0.5%。虽然这一投资仍然低于经合组织国家(GDP 的 0.7%)和北欧国家(GDP 的 1%),但是在拉丁美洲和加勒比地区的国家中,巴西是第二个对儿童早期发展进行公共投资政策的国家,并且是规模最大的。

财政资源主要分为两个部分:一部分是从州到市的财政拨款,即国家财政投入。其财政拨款金额是根据各市的在职家访员人数与合同规定的家访员工作量之间的比例来决定的。这种拨付方式的原理是由于市政当局雇用家访员的方式不同,而且有自主权决定家访员不同的每周工作量,见表 3。

表 3 州每位访问员的月资金转移

家访员工作量	每位访问员的月资金转移
一周 20 小时	BRL 500
一周 30 小时	BRL 750
一周 40 小时	BRL 1000

数据来源:国家指令第 578/13 条,2013 年。注:BRL 1 = RMB 1.82(2019.1.4)

另一部分是市政府财政预算,市政府有责任为项目的可持续性提供国家财政以外的资金支持。为确保共享管理的责任,项目建议教育、卫生和社会福利部门储备特定基金的年度预算以支持 PIM 项目在本区域内的活动(国家指令第 578 号,2013 年)。

成本效益比是儿童早期公共政策中公共资源分配的主要要素。根据美洲开发银行(IDB)的一项调查,智利家庭访问项目中每个孩子每年的花费为 871 美元,哥伦比亚为 741 美元,危地马拉为 515 美元(Armeida et al., 2016)。根据 2016 年的估算,在 PIM 项目上,国家投入为人均 36.66 BRL,相当于每月

11.86 美元。市政投入为平均每位孕妇/儿童 37.23 BRL,相当于 12.04 美元/月。因此,国家和市政府对每名 PIM 项目的受益孕妇/儿童的总投资平均为 73.89 BRL,相当于每月 23.90 美元(每年 286.8 美元)。对比可见,PIM 项目中每个孩子每年的花费是最低的。

3. 项目推广动态

由于 PIM 项目方法的一致性和结构性,使其能够作为一项长期政策得到维持。其指导手册为项目的粘合、植入和实施的三个阶段提供了基础。这些阶段由国家技术小组和市政技术小组共同管理和督导。

项目粘合阶段是通过提高市长和各部门的认识,促使双方利益确立,市长签署参与协议,正式确定在本市实施 PIM 项目,并立即任命市技术小组(GTM)。

项目植入阶段分为三个步骤。在第一个步骤,GTM 应提高参与项目的管理人员的认识;制定家访员人数及聘用形式;制定行动计划,分析全市幼儿状况;选择最适合植入的社区,并进行家庭普查。第二个步骤为基本形成家访员团队,并应在 GTM 和督导员初步培训后 60 天内完成。这一阶段包括更新行动计划;准备家访员初始培训计划;拟备及分发公众遴选公告;选择家访员并对其进行初步培训。在选择家访员后,市政府会通知国家该市雇佣的家访员数量和工作量,然后在 PIM 信息系统中注册市政数据。第三个步骤是在 GTM 和督导员的最初培训后 90 天内,开展家庭和社区活动:在本地提高对 PIM 的认识和传播;邀请家庭参加 PIM 项目;填写家庭特征和诊断表^④,并开始对家庭进行干预。

表 4 项目操作

粘合阶段(30 天)	植入阶段(90 天)	实施阶段(永久)
意识培养	行动计划	持续培训
签署参与协议	PIM 水平	监测儿童和孕妇的全面发展
市技术小组任命	人口普查/测绘	更新 SisPIM
参加初步培训	建立家访员团队,邀请家庭参与	评估

项目的执行阶段没有指定的最后期限,因为它包括了市政当局对 PIM 项目的持续执行和改进。在此阶段,根据项目在本市的发展情况可采取以下行动:规划并实施对家访员、督导员、GTM 等专业人员的持续培训;监测儿童整体发展情况;更新 PIM 信息系统中的信息;项目评估;请求批准的财政资源;请求停止聘用家访员;请求暂时中止项目。截至目前,已有 52 个地区停止了 PIM 项目(SisPIM, 2016)。然而,需要注意的是,这些活动可能是季节性的,因为有些地区通常会在一段时间的政治和/或行政重新安排后,停止或恢复该项目。

4. 受益人的选择

准确选择受益人不仅能够将政策送达真正需要帮助的家庭,也能够有效降低公共资源的浪费。PIM 项目选择受益人的过程分三个具体阶段进行:选择要植入项目的市政当局,选择受益的地区以及选择接受干预的家庭。选择市政城市有两条路径:一是城市管理局对项目实施感兴趣,二是根据表 5 所示的标准,由州技术小组(GTE)对城市的指标进行评估,确定该州脆弱性水平较高的城市。一旦确定了这些城市,GTE 成员将通过提高市政管理人员的意识促使他们加入 PIM 项目。

当市政府加入时,根据该市儿童早期状况评估选择项目地区。为此,需要对数据进行分析,例如:纳入收入转移计划(Income Transfer programs)和/或符合家庭津贴计划(Bolsa Familia program)的家庭覆盖率;儿童教育覆盖率;不稳定或缺乏服务的情况及其他(如表 5)。

服务地区确定后,从服务网络中确定孕妇和 0-6 岁儿童的家庭,并将面临风险和符合社会脆弱性标准的家庭确定为优先干预对象(表 5)。从那时起,项目将开始提高家庭的认识,并鼓励家庭参加项目。在实施该项目较长时间的城市,家庭也可以通过社会服务网络的专业人员转介到项目。在 PIM 项目已经融入当地文化的地方,往往是家庭自身表明或要求参加,当然,这并不排除需要评估他们是否符合受益家庭的选择标准。

表 5 市政当局、受益地区和家庭的建议选择标准

选择市政当局的优先标准
低人均 GDP
人类发展指数 – HDI
监测家庭津贴计划的条件健康因素的范围
孕产妇/婴儿死亡率
调查育龄妇女死亡率
疫苗接种儿童基本免疫接种日历的疫苗接种率
贫困密度
青少年怀孕
有某种类型残疾的人口
儿童早期教育覆盖范围
区域选择的建议标准
孕妇和 0 至 6 岁的儿童的数量
包括在收入转移计划和/或家庭津贴计划的家庭的覆盖范围
婴儿发病率和死亡率
儿童早期教育覆盖率
城市基础设施
暴力/吸毒成瘾率
不稳定或缺乏服务
农村或难以进入的城市地区, 以及安置点和特定或传统社区
家庭选择的建议标准
纳入收入转移计划和/或家庭津贴计划的家庭
人均家庭收入
生活条件
住所密度
青少年怀孕或高风险怀孕
婴儿发病率和死亡率
在生命的第一年有一次以上住院治疗的儿童
母亲被诊断患有产后抑郁症
家庭有照顾者, 孕妇和/或残疾儿童
酒精或药物滥用
有接受专科护理和/或精神病治疗的家庭成员
母亲或主要照顾者是文盲或受教育程度低
未进入正规教育网络的儿童
家庭暴力
被监禁的家庭成员

来源: 改编自 GTM《监测和访客指南》, 2007 年

截至 2016 年, 在 PIM 项目 14 年的历史中, 受益的市政当局、家庭、孕妇和儿童的范围发生了变化, 这些变化都很正常, 因为这些变化受到法律、经济、政治、行政和社会问题的影响(图 5)。2006 年被证明是 PIM 项目历史上重要的一年, 是项目植入量增长的高峰(73 个市), 这是受到了国家第 7 号法律确立该项目合法性的影响。在 2009—2010 年间, 受第 78/2008 号国家指令的影响, 政府提高了对于暴力高发地区 PIM 项目的财政投入, 从而增加了 22 个实施 PIM 项目的城市。但在 2014—2016 年间, 南里奥格兰德州面临经济危机, 影响了项目金融资源的转移, 导致 25 个地区关闭了 PIM 项目。这些因素也影响到受益人数和扩大覆盖面的能力。

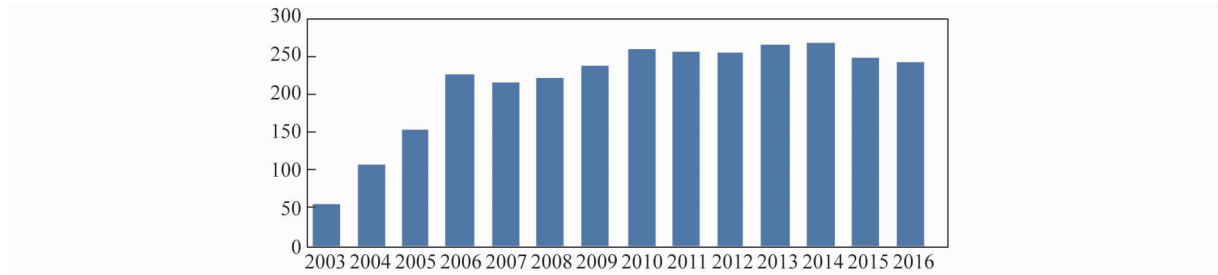


图 5 2003—2016 年经认证的受益市数量

来源:SisPIM, 2016 年

受益者的历史数据(图 6)显示,自 2010 年以来受益儿童的数量有所下降。从 2014 年起,这一事实可以用巴西法律的变化来解释。巴西法律规定,从 4 岁起,儿童必须上学,而且日托服务的覆盖面也扩大了,因此在 PIM 项目中的儿童数量有所下降。关于受益的孕妇人数,其增长率与儿童人数相同。

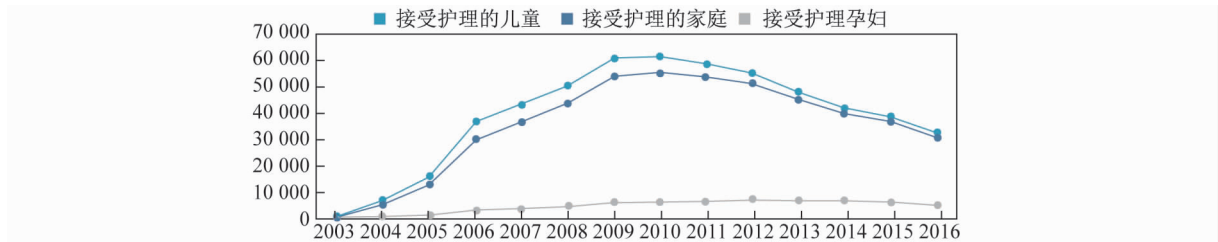


图 6 2003—2016 年接受护理的家庭、儿童和孕妇数量

来源:SisPIM, 2016 年

关于地区分布,在 2016 年接受 PIM 项目的社区中,40% 位于农村地区,60% 位于城市地区。同时,PIM 项目也覆盖了不同文化背景的社区,其中包括 19 个奎隆波族社区,占该州所有奎隆波族的 10%;10 个土著社区,占这些社区的 8%(INCRA, 2013; SESAI, 2015; SisPIM, 2016)。在具体的社区中,值得一提的是,2016 年,PIM 项目为大约 100 名被监禁的妇女、孕妇和母亲提供了服务。

在 2016 年 PIM 项目受益家庭中(图 7),大部分的家庭都是低收入家庭。有 11% 的家庭收入低于最低工资的 1/2,29% 的家庭收入介于 1/2 到 1 个最低工资水平;30% 的家庭收入介于 1 到 2 个最低工资水平;11% 的家庭收入介于 2 到 3 个最低工资水平;5% 的家庭收入超过 3 个最低工资水平,14% 的家庭收入不明(SisPIM, 2016)。在这些受益家庭中,53% 的父亲负责家庭的经济维持。其中 30% 的人是“家庭津贴计划”(Bolsa Familia Program, 简称 PBF)的受益者。

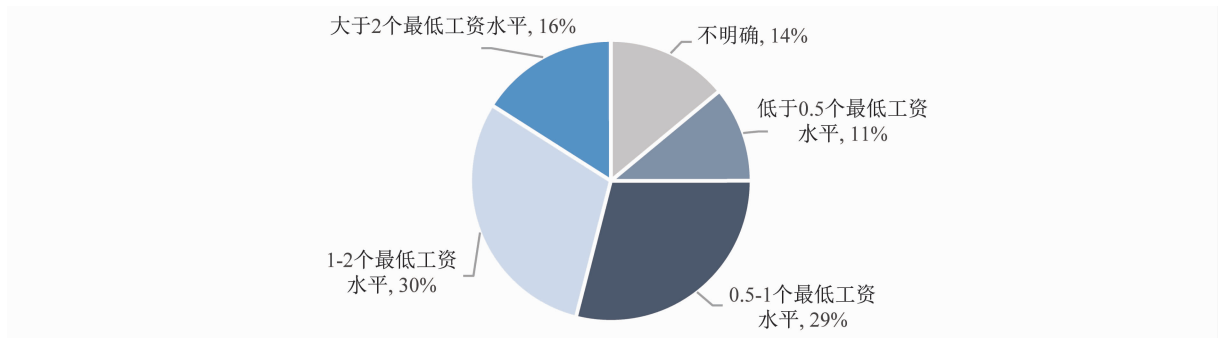


图 7 PIM 项目受益家庭的家庭收入分布情况

数据来源:SisPIM, 2016 年 12 月

5. 监测督导系统——保证项目质量

对于公共政策项目,项目的影响评估以及成本效益的分析是至关重要的。为了保证项目质量和评

估,项目监测和督导系统必不可少。PIM 项目的监测和督导系统分为四个行动级别:监测孕妇或儿童;监测家访员的活动;监督市级团队和项目评估。这些过程得到了 PIM 信息系统 SisPIM 的重要支持,SisPIM 包含了来自 4.4 万名孕妇、19.5 万名儿童、16.6 万户家庭和 1 万名多年来参与该项目的家访员的数据(SisPIM, 2016)。此外,国家技术小组已经制定了专门的量表来进行数据收集。

从技术结构的组织到 SisPIM 信息系统的创建,PIM 项目认识到监控和数据收集是保证项目质量的关键。但是,到目前为止所作的努力还不足以清楚和令人信服地来评价 PIM 对目标人群的影响。一些研究表明 PIM 项目的受益家庭中,绝大多数的家庭相信项目改变了他们养育孩子的方式并看到了他们孩子具有更高的语言能力(CELEP, 2010; Vargas, 2014);样本儿童在除了语言和认知外,其他发展领域与加拿大同龄儿童的发展水平相似(Janus & Duku, 2012);研究还发现,虽然对于家访的质量标准没有共识,但家访频率、内容、用户、看护人、儿童之间的相互关系构成了项目质量(Lopez - Boo et al., 2016; Paulsell et al., 2010)。然而,这些维度之间的关系不是线性的。因此,更多的探视或家庭与探视者之间更紧密的关系并不总是意味着更好的结果(Stolfuz & Lynch, 2009)。因此,无论是 PIM 项目过程中家访员的变化,还是与家访员的密切关系,都值得仔细研究,因为它们会影响访问的质量。目前最为严谨的评估研究是一个正在进行的研究(Garcia et al., 2017),该研究利用 2006 到 2010 期间项目的不同开始时间和不同干预时长,运用双重倍差法(Difference - in - Difference)对 PIM 项目进行影响评估,但是该研究关注的是项目对于儿童死亡率的影响,而没有针对儿童发展的直接影响。

虽然以上研究指向 PIM 项目对家庭和儿童产生了积极影响,但是这些研究的设计还没能建立一个可以与 PIM 受益者进行实际比较的控制组,研究结果可能存在选择性偏误问题。因此,项目效果极有可能是存在的,但是基于当前的证据我们还无法进行项目效果的归因。PIM 项目非常需要建立纵向或实验的数据信息,这些信息不仅可以评价儿童的身体方面,而且可以评价他们的认知和心理发展,并能够帮助估计项目干预的成本效益。

四、总结

虽然目前实证研究还不充分,但是巴西 15 年的儿童早期发展公共政策中已经有非常多的经验值得吸取,例如巴西项目的跨部门合作和组织方式,技术方法和结构以及项目管理和监测系统等。15 年的 PIM 项目历程也使我们看到实施该项公共政策还面临很多的挑战以及一些可能的应对方法。接下来我们将基于 Verch(2017)的报告来总结这些挑战与经验,以期为中国政府在未来儿童早期发展公共政策的制定和执行上提供一定的参考和借鉴。

PIM 项目的挑战之一即是政府换届。当政府换届时,项目实施的优先次序可能会发生改变,从而导致项目的中断。因此,巴西联邦政府通过制定法律和设立项目的专门职位使项目在州和市制度化,并为地方项目提供目标和预算,这有助于维持 PIM 项目持续开展并且尽量减少行政变动影响的重要战略。此外,该项目与其他行政领域,如立法部门和社会职能部门(卫生、教育等)的衔接、科学证据所证实的幼儿时期的价值以及家庭对 PIM 项目的归属感都将有利于维护这一公共政策的持续执行。

PIM 项目尊重每个个体的个性和家庭情况,注重了解社区和家庭的历史、文化和偏好等,也重视对传统社区(如歌伦波拉人和土著人)和特定社区(被监禁或以前被监禁的母亲)的帮助和投资。PIM 面临的另一个挑战便是克服这些脆弱人群所面临的困难。例如,在过去几十年里,巴西在与饥饿、婴儿死亡率和获得基本卫生设施有关的指标方面取得了进展。然而,这些人口没有跟上这些进展,难以获得社会政策,这就需要 PIM 项目工作人员作出重大努力,并与卫生、教育和社会发展政策密切配合,提高管理者和社会服务网络专业人士的认识,并经常与社区领导联系沟通。

男性参与儿童照料是建立儿童情绪安全与稳定的基础,这也是经常被公共政策所忽视的方面(Pereira, 2015)。PIM 项目干预则不仅关注儿童,也关注家庭的其他成员。任何儿童早期发展项目都应强调父亲参与的价值,并注重其干预措施和材料的开发。

PIM项目充分值得借鉴的还有其开创性的项目运作模式,即建立在综合干预理念之上所形成的多部门交叉合作的模式。这是南里奥德兰州各市政当局的一种开创性的做法,在其创立之前,各部门之间没有分享公共政策管理的文化。而在项目创立之后,在儿童综合护理方面的投资和战略的发展需要从管理和服务的支离破碎的实践中分离出来。PIM项目鼓励在政治和管理的所有层面进行多部门合作,这包括设立市政工作小组,共同分担责任、商定工作的优先次序等。

项目效果常常是公共政策制定者最为关心的方面。在PIM项目中,影响项目效果的一个直接因素是对督导人员工作的支持,这需要市政管理人员的支持。如果没有这些支持,他们就无法提供必要的支持和监测PIM项目的质量。在PIM项目的执行中,通过市技术小组(GTM)的专业人员被批准参加项目工作并参加培训实现了这种支持。

PIM项目中,市政当局的另一个直接挑战是地方立法的缺失,这往往是雇用一线家访员的行政障碍,也是地方管理面临的最大挑战之一。家访员是与家庭关系最密切的一线工作的专业人士,一般来说,他们的背景和工作业绩在很大程度上决定了公众对于PIM项目的信任,因此招募合适背景的家访员是一个重要且充满挑战的步骤。工作人员的知识构建和实践经验取决于长期的课程培训体系的开发和改进。执行PIM项目的市政团队意识到项目工作人员开展日常工作所需培训的优先次序及其与项目原理与实践保持一致的重要性,因此要求州技术小组(GTE)不断投资开发可以辅助这些过程的培训方法和支持材料。

PIM信息系统对于项目的正常运行、改进以及项目的效果评估也是至关重要的。该系统收集的信息,对于项目分析和改进、研究和评价非常有用,但到目前为止没有得到充分利用。除了需要进行系统更新以便更加具有用户友好性以外,还需要市政团队充分意识到持续维护该信息系统的重要性。

PIM项目的另一项重要成就是控制每个家访员服务的家庭数量(从25个减少到20个),这是管理人员提高认识和政治协议的成果。伴随着这一变化,PIM项目中的家访员能够有更多时间进行每周的日程安排,以便更好地规划、监督和评估其家访活动,从而加强干预强度,改善家访家庭的状况。

PIM面临的最后一个重要挑战是对残疾儿童的照顾。PIM项目最初的做法只是将这些儿童转介到社会相应的服务网络,由现有的社会服务网络提供专门的服务。之后,在国家技术小组进行深入研究并在各专门机构的支持下,残疾儿童开始被纳入PIM项目的服务模式,并在专家的指导下开展活动。

综上所述,由于PIM项目结构的规模 and 影响,其带来的技术、创新和社会发展是公共政策制定和执行的一个极佳的例子。PIM项目的实施和成果来自于管理者致力于儿童早期发展的决心和努力,我们可以从巴西儿童早期发展的公共政策中看到,国家的政策保证、各级政府的财政支持、各州市不同部门的交叉合作、社区的参与以及家庭的核心作用是这项政策不断被加强的核心动力。但是项目仍然面临一些挑战,如对传统和特定社区人群和社会最脆弱人群的支持,如何招募督导人员和一线家访员以及提供持续的支持,如何建立易操作和被广泛使用的信息系统来促进项目监测和评估等。因此,我们需要更深入的研究和更多的创新的方法来应对这些挑战。同时,每一个国家都有自身的特殊国情、文化和传统,因此在项目进行植入时,还要对于项目的文化适配性进行研究。

(致谢 本研究感谢以下项目和机构的支持:北京三一公益基金会“新一代三一青年学者项目”;澳门同济慈善会;浙江省湖畔魔豆公益基金会;The International Initiative for Impact Evaluation (3ie), UBS Optimus Foundation;广州好百年助学慈善基金会;深圳市爱阅公益基金会。)

参考文献

- Almeida, L., Bergmann, C., Drügg, C. V., Silva, G. M., Chiapin, G., Fontoura, K. M. R., Pires, L. M., & Silva, S. S. N. (2016). O que você faz pelo seu filho hoje vale para a vida toda. In: Haddad, E. (org). O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância – São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura.
- Attanasio, O. P. (2015a). The determinants of human capital formation during the early years of life: Theory, measurement, and policies. *Jour-*

- nal of the European Economic Association*, 13(6), 949–997.
- Berlinski, S., & Schady, N. (2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. BID.
- Bernardes, K. I. (2010). Avaliação do Primeira Infancia Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não – formal (Dissertation, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Black, M. M., Baqui, A. H., Zaman, K., McNary, S. W., Le, K., & Arifeen, S. E., et al. (2007). Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: implications for infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 9.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics. (2006) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [National Household Survey] – PNAD. Brasília: Autor. Retrieved on September 25, 2007 from <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm>.
- CELEP – Centro de Referência Latino – Americano para a Educação Pré – Escolar. (2010). Informe Final de la Evaluación al Programa Primera Infancia Mejor.
- FGV – Fundação Getúlio Vargas/RJ. (2014). Avaliação para Melhorar da Relação Custo Efetividade, Qualificação e Expansão do Primeira Infancia Melhor (PIM).
- Garcia, F., Braun, G., Carraro, A., Teixeira, G., & Petrucci, D. (2017). Atenção Primária em Saúde baseada na Família: Uma Avaliação Empírica do Programa Primeira Infancia Melhor do Rio Grande do Sul – Brasil. Workingpaper. Não Publicado.
- Grantham – McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P. P., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555), 60–70.
- Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902.
- Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savellyev, P. A., Yavitz, A. (2010). The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94(1–2), 114–128.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Cartilha do Censo 2010 – Pessoa com Deficiência.
- INCRA. (2013). Censo da População Quilombola 2013. Disponível em <http://www.incra.gov.br/>. Consultado em maio de 2017.
- Janus M. & Duku E. (2012). Evaluation of the Primeira Infancia Melhor Program in relation to school readiness for children between four and six years old in Rio Grande do Sul.
- Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., Shonoff, J. P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America’s future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103 (27), 10155–10162.
- López – Boo, F., Araujo, M. C., y Tomé, R. (2016). ¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?: guía de herramientas. BID.
- National Educational Bases and Guidelines Law (LDBEN). (1996). National Education Plan; Law 10.172/2001. Articles 21 and 22.
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., & Pollitt, E., et al. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145–157. DOI: 10.1016/s0140–6736(07)60076–2.
- Paulsell, D., Avellar, S., Martin, E. S., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review; Executive summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U. S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.
- Pereira, J. P. (2015). Da paternidade responsável à paternidade participativa? Representações de paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)
- Stoltzfus, E., & Lynch, K. (2009). Home visitation for families with young children (CRS Report for Congress).
- Schneider A., Ramires V. R., Paiva MDGG, & Almeida, L. (2009). The better early childhood development program: an innovative Brazilian public policy. *Current Issues in Comparative Education*, 11, 24–32.
- Schore, A. N. (2016). Affect Regulation and the Origin of the Self. New York: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9781315680019>.
- Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C., Nore, M. (2004). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary Conclusion, and Frequently Asked Questions. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation.
- SESAI. Censo da População Indígena 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>. Consultado em maio de 2017.
- SISPIM – Sistema de Informação do Primeira Infancia Melhor. (2016). Disponível em http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/identificacaoDeUsuario.php?d=b. Consultado em maio de 2017.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2007) Bases sólidas: educação e cuidados na primeira infância; relatório de monitoramento global de educação para todos [Strong foundations: Early childhood care and education. EFA Global Monitoring Report] – EPT. Brasília: Autor.
- UNESCO. (2001b). Plano Nacional de Educação. Brasília: Senado Federal.

Verch, K. (2017). *Primeira Infancia Melhor. Transforming the attention towards the first years of life in Latin America: challenges and achievements of a public policy in southern Brazil* / Karine Verch; editors, Florencia López – Boo, Deiby Mayaris Cubides Mateus. Inter – American Development Bank.

注 释:

①从具体数字上来看,通过该管控机制,目前已拒绝了约390万起福利申请,取消了约144万起福利申请,同时批准了约96万起。比如在针对老年人和残疾人的连续福利项目上,通过进行社会保障审查,修订疾病援助和残疾人士退休福利为社会保障基金节省超过3.15亿美元;所有已接受了两年以上福利但未在此期间进行任何健康评估的人都会被电话通知去接受新的评估。

②古巴儿童早期发展项目是一个非体制、以社区为基础、面向家庭的跨部门性项目,自1992–1994年实施以来一直由古巴教育部负责。项目将家庭和社区作为0–6岁儿童最重要的照护者和教育者。依靠培训志愿者成为家访员的“古巴模式”不仅在古巴成功实施,并且通过一些文化适应性方面的调整也在其他国家得到应用。其假设是,每个人的和谐和全面发展在很大程度上取决于他/她在早年是如何在家庭环境中或在日托中心得到养育和教育的。透过设立学习环境,让家庭成员、儿童和家访员通过活动和游戏进行良性的互动,发掘每个家庭文化环境的文化潜质,提高家庭成员的参与意识,使他们认识到参与对促进子女全面健康发展的重要性。

③PIM家访主要考虑以下几个方面:广泛的、半结构化的干预课程;独特的家访计划;家访脚本;访问的强度和时间;支持材料;培训有关专业人员;监督过程;现场监测。

④该量表由家访员和参与该项目的家庭一起填写,包含五个表征:邻里或社区、家庭、孕妇、儿童和儿童发展的初始诊断(基线)。本量表可直观显示孕妇和/或儿童进入PIM后的家庭现状和发展阶段。

(责任编辑 范笑仙)

Home Visiting Program and Public Policies for the Early Childhood Development: Lessons from Brazil

Osmar Terra¹ TANG Lei² LI Ying² ZHENG Wenting² SHI Yaojiang²

(1. Ministry of civil and social action of Brazil; 2. Center for Experimental Economics in Education, Shaanxi Normal University, Xi'an 710119, China)

Abstract: The beginning of living systems sets the stage for every aspect of an organism's internal and external functioning throughout the lifespan and is the period when the brain has the greatest plasticity. Early childhood investments have the highest individual and social returns compared to later investments. Countries around the world have recognized the importance of establishing public policies for early childhood development (ECD). Among the middle-income countries, Brazil is one of the pioneers in such policies. Brazilian government launched a pioneering ECD program, PIM program, followed by a national ECD program, the Happy Child Program, and has set up a dedicated government department to fund and promote the program. This paper summarizes the lessons learned from Brazilian government's 15 years of experience in ECD projects, particularly its experiences in the home-visiting and the cross-sectoral collaboration. Specifically, there are three pillars for the program. First, the alliance of national and local governments. Such alliances are based on specific local characteristics and needs, with the long-term technical and financial support from the state, and through coordination of actions. The cross-sectoral collaboration strengthens the program by promoting the exchange and dissemination of successful experiences in specific areas. Second, community participation is critical. Community involvement promotes family involvement, awareness of the importance of ECD, and a network of joint efforts. Third, the family is the core element of the successful implementation of ECD projects.

Keywords: early childhood development; PIM program; Brazil; public policy; home visiting