

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

*Neidy Márcia de Souza Silva
Welison Mathews Fontes da Silva
Maria Luíza Oliveira de Araújo*

Pensar acerca da “atenção à saúde da criança e do adolescente” nos coloca em movimento para entender de forma abrangente os aspectos destas etapas da vida, que vão desde o nascimento pré-termo às adolescências (quicá às juventudes), evidenciando, ao mesmo tempo, as próprias singularidades desses sujeitos. Sabemos que essas categorias – criança e adolescente – são hoje compreendidas como construções históricas e sociais, tendo, portanto, múltiplas concepções que demandam um olhar atento sobre suas especificidades. A incorporação dessa reflexão se deu também, ao longo dos anos, nas ações de assistência e proteção desenvolvidas para esse segmento social. Por isso, acompanhamos transformações que ocorreram tanto no âmbito legal quanto em nossa sociabilidade, refletindo também no campo das políticas públicas para a infância e juventude.

Se hoje ainda é um desafio para a sociedade como um todo enxergar crianças, adolescentes e também os jovens, como sujeitos de direitos próprios e adequados à sua condição peculiar de desenvolvimento, antes da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não havia sequer a preocupação em respeitá-los ou entendê-los. Por muitos anos, o que se preconizava no plano legal brasileiro, especificamente a partir do primeiro Código de Menores de 1927, era o entendimento de que esses indivíduos não passavam de “menores abandonados”, “menores delinquentes”, “menores carentes” entendidos como pessoas inferiores aos adultos em termos de cidadania. Denominada como doutrina da “situação irregular”, cuja gestão era centralizada no Poder Judiciário de caráter filantrópico e assistencial, sobrava para as crianças e adolescentes de famílias em situação de pobreza o papel de “objeto” de proteção assistencial, atrelado à perspectiva da repressão e da tutela, sendo necessário o disciplinamento de comportamentos considerados como “marginais”, que se integravam ao binômio abandono-delinquência (SILVA; BARROS, 2010).

Essa tônica continuou a se perpetuar com o Código de Menores de 1979, o qual manteve o prolongamento da filosofia “menorista”, permitindo que crianças e adolescentes, por sua condição de pobreza, estivessem sujeitados a se enquadrar nesse sistema de proteção e assistência, confinando-os em grandes instituições totais, como internatos, orfanatos, que os isolavam do convívio social. E é com essa configuração que surgem: o Serviço de Assistência aos Menores (SAM), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e os serviços de proteção à maternidade e infância da área da saúde, articulados pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr).

Contrapondo essa lógica, no contexto brasileiro, a ampliação da atenção à criança e ao adolescente advém, segundo Abramo (1993), da própria mobilização pela defesa dos direitos deste segmento populacional nas décadas de 1970 e 1980, ganhando ainda mais força no período da redemocratização do país, que resultou não apenas na Constituição Federal

de 1988, mas também no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990. Esse é o marco legal que traz o enfoque de proteção integral para as crianças e os adolescentes que, sem distinção de gênero, raça, cor, sexualidade ou classe social, passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos da democracia brasileira, titulares de direitos fundamentais e subjetivos tendo como direção a doutrina de “Proteção Integral”, com caráter de política pública e com prioridade absoluta, regulamentada pela Constituição de 1988, em seu artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Importante mencionar que o ECA incorporou em grande parte o teor dos princípios da Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, e da Convenção Internacional dos Direitos da Criança aprovados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, o que mostra que, embora tardiamente, foi resultado de um processo histórico, marcado pelas lutas nacionais dos movimentos sociais pela infância, dos setores progressistas da sociedade civil e dos operadores das instâncias governamentais e internacionais.

É a partir do ECA que uma nova relação do mundo adulto com a infância e a adolescência (pelo menos no âmbito legal) começa a ser construída, bem como a proposta de um novo projeto de sociedade, calcado na garantia dos direitos humanos (COSTA, 2006). Além disso, como propõe Leite (2009), essa relação passou a colocar para a sociedade um conjunto de mudanças e desafios de notório ordenamento jurídico, sendo alguns destes: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a formulação e a execução das políticas sociais públicas; (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. Vale mencionar que essa nova configuração se dá em meio a emergência do projeto neoliberal no Brasil, entre 1990 e 2000, que resultou em reformas econômicas, na privatização de empresas estatais e em políticas sociais focalizadas, que não são mais compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia. Nesse sentido, o que se observa é uma retração do Estado no direcionamento das ações para os pobres, e uma sobra para a sociedade, na figura das organizações não governamentais e no voluntariado, para assumir responsabilidades pelos problemas estruturais.

Não é à toa que ainda seja necessário reivindicarmos a doutrina da proteção integral até hoje, pois embora tenhamos vivenciado avanços no campo dos direitos das crianças e dos adolescentes, percebemos que há setores na sociedade a postos para a qualquer momento enquadrar e marginalizar esse segmento social, em especial a população infantojuvenil preta e periférica, que sempre teve seus corpos violentados, vigiados e tutelados pelas instituições voltadas ao atendimento desde a infância até a juventude no país.

Essa visão, apresentada por diferentes marcos históricos, que busca estabelecer um novo paradigma para as intervenções, na área da infância e adolescência, passou a disputar espaços nas políticas públicas como a saúde, a educação, a assistência social e outras. Foi feito um grande esforço coletivo para serem desenvolvidas ações, programas e projetos nas áreas sociais, em particular, relacionadas primeiro à saúde das mulheres e posteriormente às crianças e adolescentes. Além do mais, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), também em 1990, ocorreram mudanças significativas na assistência à saúde, com a nova forma de organização da rede de serviços, que passou a ser definida por níveis de complexidade tecnológica crescente, e a responsabilidade de assistir a uma população

delimitada geograficamente (BRASIL, 2018). Assim, vimos surgir as primeiras formulações do que viria a se consolidar como a *atenção à saúde da criança e do adolescente*.

Historicamente, a saúde da criança esteve na agenda política do Brasil atrelada à saúde materno-infantil, com ações focalizadas de redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher (BRASIL, 2011). Foi apenas em 1984 que a saúde da criança se desmembrou da saúde da mulher, presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) e, assim, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), enquanto estratégia de enfrentamento às contrariedades das condições de saúde e sobrevivência da população infantil. Sendo assim, objetivou-se promover a saúde de forma integral, através da melhoria da qualidade da assistência e com enfoque nos denominados “grupos de risco”. Logo depois, os adolescentes tiveram suas singulares de saúde reconhecidas pelo Estado, a partir da promulgação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989, cujas bases programáticas configuram-se na importância da integralidade, do trabalho interdisciplinar e da integração com os demais setores da sociedade, tendo a compreensão da natureza múltipla dos fatores que afetam esse ciclo da vida.

É inegável que o SUS trouxe muitos avanços nas políticas públicas sociais do Brasil, especialmente para o público infantojuvenil. Nesse sentido, diversos documentos importantes foram produzidos entre 1990 e 2000, criando políticas e programas de saúde direcionados às crianças e adolescentes e que visavam ao próprio desenvolvimento integral. Dentre esses podemos destacar: o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (1995), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil (2005), o Marco Legal da Saúde de Adolescentes (2005), Mais Saúde Direito de Todos/Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2008), Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Reparação da Saúde (2010), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), entre outros.

A necessidade de olhar de forma mais minuciosa a saúde dessa população, decorre por adotar os princípios doutrinários e operacionais do SUS, como universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A perspectiva da atenção integral, determinante nos cuidados à saúde das crianças e adolescentes, está diretamente vinculada ao princípio da integralidade, como um pilar que redefine as relações entre gestores, profissionais e usuários. Logo, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entender os significados e as percepções acerca de sua realidade e, a partir desse movimento, atender às demandas e as diferentes dimensões das necessidades desta pessoa. Para alguns estudiosos, a integralidade é entendida como um princípio orientador das propostas de reforma para o setor da saúde, podendo se apresentar com vários significados, vozes, sentidos e instrumentos, resultantes da interação democrática dos sujeitos no cotidianos de suas ações e saberes, mas sobretudo deve estar associada ao tratamento com qualidade, acolhimento, respeito e vínculo (PINHEIRO *et al.*, 2003).

Tal fato se relaciona à compreensão do indivíduo na sua totalidade, como parte de um contexto social, econômico, histórico e político que produz, substancialmente, diferenciações entre os sujeitos, o que indica a diversidade da vida e sua relação com os vários atravessamentos – culturais, sociais, econômicos, afetivos – rejeitando, deste modo, uma concepção universalista de criança, adolescente e jovem – ainda que o marco legal brasileiro,

o ECA, com o qual muitas políticas sociais dialogam, tenha suas definições limitadas pelo marco etário: “crianças” como os indivíduos até doze anos incompletos; “adolescentes” os que têm entre doze e dezoito anos; e a partir dos dezoito anos, os sujeitos são denominados “jovens”. Outros documentos trazem diferentes limites etários, o que nos mostra que não há um consenso em relação a isso. Como alusão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a adolescência ocorre entre os 10 e os 20 anos incompletos. Já o Estatuto da Juventude (2013) delimita a juventude como categoria que congrega pessoas com idade entre 15 e 29 anos, sendo considerados adolescentes-jovens pessoas entre 15 e 17 anos, jovens-jovens os entre 18 e 24 anos e jovens adultos os entre 25 e 29 anos.

Entendemos a importância dos limites etários para o planejamento de ações, planos e programas voltados à população infantojuvenil, mas isso não significa que devemos pautar nossas intervenções somente a partir da definição legal. Ao longo do tempo, alguns pesquisadores dessa área têm preferido trabalhar com uma perspectiva de que essas fases do ciclo da vida ou categorias de idade não são homogêneas, o que leva a considerar diferentes infâncias, adolescências e juventudes, pautadas por processos sociais distintos e permeados por marcadores sociais de diferença como gênero, raça, cor, classe social, territorialidade (NOVAES, 2009; LEITE, 2009). É por isso que incluímos a categoria “juventudes” ao longo desse verbete, pois entendemos que os fenômenos relacionados com a saúde dos jovens os atingem de maneira particular e, portanto, merecem a devida atenção da sociedade civil e do Estado.

A importância de não universalizar esse segmento populacional como se fossem homogêneos, independente dos espaços sócio-ocupacionais que ocupamos, seja da saúde, educação, assistência social etc. vincula-se à necessidade de acessar realidades que atravessam a dimensão da faixa-etária. Nesse sentido, entender a interseção entre marcadores sociais, como raça, cor, classe, gênero pode ser fundamental para entendermos, por exemplo, a restrição e a exclusão de crianças, adolescentes e jovens específicos do acesso à assistência à saúde. Propomos, assim, que nossas intervenções sejam referenciadas também pela perspectiva da interseccionalidade, no sentido de apreender as diferenças e diversidades (BRAH, 2006) que atravessam não apenas a população infantojuvenil, mas também suas famílias.

O olhar direcionado às famílias, fundamental no atendimento a essa população, entendida como primeiro espaço de vínculo, proteção e cuidado, deve partir do reconhecimento dos diferentes arranjos familiares, das diversidades culturais, do território, da determinação social, associada à condição de classe e de outros eixos de desigualdades estruturais e estruturantes da sociedade. Não podemos considerar esse público fora da sua história, da sua realidade social, pois o acompanhamento às famílias exige um esforço da percepção das políticas públicas e sociais, das suas complexidades na sociedade capitalista e como estas atravessam as vivências destas famílias. Logo, se faz necessário uma escuta ativa para identificar as suas necessidades, pautada na perspectiva da defesa dos direitos sociais e da cidadania, que construa junto às famílias outras perspectivas e apostas, contrapondo o viés da abordagem culpabilizante da responsabilização e /ou apassivamento (HORST; MIOTO, 2017).

Esta postura nos remete à questão da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, numa perspectiva de agregar distintos saberes e práticas, assegurando a possibilidade de uma intervenção integral. A intersetorialidade se apresenta como uma diretriz que orienta as

práticas de construção de redes, que impulsiona na criação de espaços comunicativos e de diálogos para potencializar as ações. Tal processo, já configurado nos desenhos das diferentes políticas públicas setoriais, se apresenta, contudo, como um grande desafio nas ações de cuidado, e aqui em especial, no trato desde as infâncias até as juventudes (SILVA, 2007).

Neste sentido, ressaltam-se os inúmeros entraves emergentes que atravessam o cotidiano profissional dos/das assistentes sociais, frente a um cenário de desmonte e precarização, não só das políticas públicas sociais, mas também dos espaços institucionais, no sentido de assegurar o paradigma da proteção integral, configurado nos marcos legais, jurídicos e institucionais, exigindo cada vez mais um esforço sistemático dos profissionais, frente às particularidades/peculiaridades que atravessam o trabalho com as infâncias, adolescências e juventudes, com destaque para o exercício de apropriar-se e de traduzir o princípio da integralidade no cotidiano dos serviços, operando-o como norteador na construção de suas práticas.

Por fim, mas não menos importante, não podemos falar de atenção à saúde da criança e do adolescente se não colocarmos esses sujeitos como protagonistas do seu processo de saúde/doença, respeitando a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Sendo assim, cabe aos profissionais se desfazerem da cultura adultocêntrica presente em muitas ações e realmente ouvir o que esse grupo populacional tem a dizer, não apenas a respeito de sua vida privada, familiar e afetiva, mas também comunitária. O reconhecimento de que crianças, adolescentes e jovens são sujeitos de direitos perpassa pela valorização do protagonismo infantojuvenil e, por isso, uma aposta importante é promover, diariamente, escutas mútuas que exercitem o diálogo intergeracional e intrageracional com vistas a desenvolver o potencial criativo e a força transformadora desses sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, n. 26, p. 329-376, jun. 2006.
- BRASIL. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Por uma política nacional de execução das medidas socioeducativas: Conceitos e princípios norteadores. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.
- _____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: Renovação ou conservadorismo? *Rio de Janeiro: Em Pauta*, n. 40, v. 15, p. 228-246, 2017.
- LEITE, V. J. Sexualidade adolescente como direito? A visão de formadores de políticas públicas. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- NOVAES, R. Notas sobre a invenção social de um singular sujeito de direitos. Juventude, juventudes. *Revista de Ciencias Sociales*, n. 25, diciembre. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, pp. 10-20, 2009.

- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.) Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS – Abrasco, 228 p., 2003.
- SILVA, N. M. S. Desafios à Gestão Integrada das Políticas Públicas: Resultado de uma experiência. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- _____; BARROS, V. N. Da Doutrina da Situação Irregular ao SINASE: Consolidação da Doutrina de Proteção Integral. Ações socioeducativas: Municipalização das Medidas em Meio Aberto do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SEEDUC-DEGASE, 2010.