



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O ECA TAMBÉM É SAÚDE: A COMPREENSÃO DOS/AS
PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF) DE QUEIMADAS/PB ACERCA DOS DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

GERLÂNIA DE MÉLO PAIVA

CAMPINA GRANDE
2011

GERLÂNIA DE MÉLO PAIVA

**O ECA TAMBÉM É SAÚDE: A COMPREENSÃO DOS/AS
PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF) DE QUEIMADAS/PB ACERCA DOS DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social, pelo Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB –
Campus I – Campina Grande – PB.

Orientadora: Prof^ª Ms. Cibelly Michalane
Oliveira dos Santos Costa

CAMPINA GRANDE
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

P149e Paiva, Gerlânia de Mélo.

O ECA também é saúde [manuscrito] : a compreensão dos/das profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Queimadas/PB acerca dos direitos da criança e do adolescente / Gerlânia de Mélo Paiva. – 2011.

76 f. : il. color.

Digitado

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). 2. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). 3. Saúde. 4. Serviço Social.
I. Título.

21. ed. CDD 348.022

GERLÂNIA DE MÉLO PAIVA

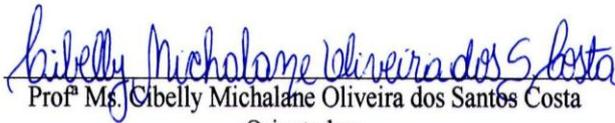
**O ECA TAMBÉM É SAÚDE: A COMPREENSÃO DOS/AS
PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF) DE QUEIMADAS/PB ACERCA DOS DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB – Campus I – Campina
Grande – PB.

Aprovado em: 09/12/2011

Nota: 9,5 (apre e meio)

BANCA EXAMINADORA


Profª Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

Orientadora
(DSS/UEPB)


Profª Ms. Alecsônia Pereira Araújo

Examinadora
(DSS/UEPB)


Profª Ms. Renata Lígia Rufino Neves de Souza

Examinadora
(DSS/UEPB)

*“O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível”
(Max Weber).*

Dedico este trabalho a minha família, sobretudo ao meu avô João Rodrigues Neves (Vovô Joca) que, mesmo estando materialmente ausente há onze anos, representa uma infância marcada por amáveis gestos e inestimáveis lembranças; e a minha avó Felina Cruz de Melo, a qual transcendeu o âmbito das preciosas experiências de vida, dispensando-me muito carinho e atenção.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença em cada obstáculo enfrentado, ajudando-me a torná-lo degrau para sequenciar minha trajetória; sou grata ainda, Senhor, por ter unido meu caminho ao do Serviço Social e feito com que eu me identificasse paulatinamente com o perfil profissional do assistente social, tornando a continuidade do curso cada dia mais satisfatória.

A minha mãe, Veralucia, pelo incontestável apoio desde os momentos de conquistas até os instantes de stress inevitáveis no decorrer curso, adaptando-se, junto comigo, à nova rotina acadêmica, abrindo mão de, já restritas, regalias em prol do meu crescimento pessoal e profissional.

A minha madrinha, Josefa, pelas incontáveis e incondicionais palavras de incentivo e carinho que me acompanharam desde as origens até esta etapa da vida.

A minha família, pelo sustentáculo material e emocional oferecido e alimentado durante toda minha vida, permitindo-me permanecer firme em todos os caminhos escolhidos.

Aos que compuseram o momento prévio à universidade, sobretudo aos professores Carlos, Elaine e Vanusa, os quais sempre esclareceram os percalços da futura vida acadêmica, ressaltando sempre a valia de não apenas ingressar no ensino superior, mas concluí-lo.

Aos docentes do Departamento de Serviço Social pela dedicação demonstrada, em especial a Geraldo Medeiros e Sandra Amélia, os quais, mesmo não estando cotidianamente comigo em sala de aula, não hesitaram em ajudar-me no crescimento acadêmico, tornando-se, assim, mais que professores, mas meus amigos.

A minha professora, orientadora e, acima de tudo, amiga Cibelly Michalane que, desde o princípio, acreditou no meu potencial e sempre esteve disposta a diálogos amigáveis e sinceros, apoiando-me e compreendendo-me diante dos imprevistos da rotina pessoal e universitária.

Aos meus/minhas amigos/as presentes em toda a caminhada, confortando-me com sábias palavras sempre nos momentos oportunos, fortalecendo-me nas horas de desânimo e compartilhando comigo instantes insubstituíveis de felicidade plena.

Às amigas, irmãs e companheiras de curso Joama e Clara, as quais, mesmo emersas de compromissos pessoais e acadêmicos, sempre dispuseram de tempo para oferecer-me um ombro amigo nas fases difíceis dessa trajetória.

À professora Lúcia Patriota pelo auxílio na elaboração e conclusão do Projeto de Pesquisa que deu origem ao presente trabalho.

A equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da cidade de Queimadas – PB pela receptividade durante o período de estágio supervisionado, assim como pela colaboração dos profissionais do NASF Pedra do Touro com a pesquisa desenvolvida em prol da elaboração deste trabalho.

RESUMO

O estudo em tela trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado O ECA também é saúde: a compreensão dos/as profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Queimadas/PB acerca dos direitos da criança e do adolescente, o qual se configura como um estudo de campo de caráter científico, realizado mediante abordagem quanti-qualitativa. Destarte, a referida pesquisa foi realizada no NASF Pedra do Touro, espaço de realização do nosso estágio, situado na cidade de Queimadas/PB. Os objetivos da investigação consistiram na busca de desvendar a compreensão dos/as profissionais do NASF sobre os direitos da infância e da adolescência, partindo do princípio de que o Estatuto da Criança e do Adolescente também é saúde, tendo em vista propor a garantia do atendimento às necessidades de tal público, inclusive aquelas relacionadas à saúde. A pesquisa foi realizada no período de junho a agosto do ano corrente. Os sujeitos foram todos os/as profissionais de nível superior inseridos no mencionado NASF, correspondendo, portanto, a seis profissionais. Os instrumentos de coleta, sistematização e análise dos dados utilizados foram um roteiro de entrevistas semi-estruturado, as quais foram submetidas à técnica da análise de conteúdo, fundamentadas a luz do método dialético. Diante dos dados coletados, pode-se inferir que há uma fragilização quanto ao conhecimento dos/as profissionais acerca dos direitos da criança e do adolescente. Nesse sentido, constatou-se que embora haja a garantia do direito a saúde no interior do NASF de Queimadas, isso ocorre de modo funcional, isto é, a maioria dos/das profissionais o faz sem um real discernimento do que realmente é direito da criança e do adolescente e, alguns poucos, sem reconhecer a interrelação entre os demais direitos fundamentais e a saúde. Assim, podemos inferir que tais fatos influenciam diretamente na qualidade de vida do segmento referenciado.

Palavras-chave: Profissionais. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

ABSTRACT

The study comes on the screen is a work of Course Completion (TCC), entitled The ECA is also health: understanding the / professionals to support the Center for Family Health (NASF) of Queimadas / PB concerning the rights of children and adolescents, which is configured as a field study of scientific character, performed by quantitative and qualitative approach. Thus, this research was conducted at the Bull Stone NASF space realization of our stage, located in the city of Queimadas/ PB. The objectives of the investigation consisted in seeking to unravel the understanding of / NASF of the professional rights of childhood and adolescence, assuming that the Statute of the Child and Adolescent Health is also, in view of proposing a guarantee of service needs of such public, including those related to health. The survey was conducted during June-August of this year. The subjects were all / the top-level professionals inserted in said NASF, corresponding, therefore, the six professionals. The Data collection, systematization and analysis of the data used were a script for a semi-structured interviews, which were submitted to the technique of content analysis, grounded the light of the dialectical method. From the data collected, we can infer that there is a weakening in the knowledge of / as professionals about the rights of children and adolescents. In this sense, it was found that although there is a guaranteed right to health within the NASF of Queimadas, this is so functional, that is, most / of the professionals do it without a real knowledge of what really is child's right and adolescents, and a few, without recognizing the interrelationship between health and other fundamental rights. Thus, we can infer that such facts directly influence the quality of life of the segment referenced.

Keywords: Professional. Support Center for Family Health (NASF). Health. The Child and Adolescent (ECA).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I	Quanto à idade dos profissionais.....	52
Gráfico II	Quanto ao sexo dos profissionais.....	53
Gráfico III	Quanto ao ano de formação.....	53
Gráfico IV	Quanto às especializações.....	54
Gráfico V	Quanto às áreas de especialização.....	55
Gráfico VI	Quanto ao tempo de atuação na área da saúde.....	55
Gráfico VII	Quanto ao tempo de atuação no NASF.....	56
Gráfico VIII	Quanto às áreas paralelas de atuação.....	56
Gráfico IX	Quanto à aproximação com os direitos da criança e do adolescente.....	57
Gráfico X	Serviços que apoiam o segmento na cidade.....	58

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCBIA	Fundação Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência
FEBEM	Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografias Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEPS	Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBS	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNBEM	Política Nacional para Bem Estar do Menor
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Programa de Saúde no Território
PTS	Programa Terapêutico Singular
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SAMS	Sistema de Assistência Médica Suplementativa

SENTRAS	Secretaria de Trabalho e Ação Social
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	16
1.1 Trajetória histórica da Política de Saúde: da filantropia ao SUS.....	16
1.2 A Criação do NASF.....	22
1.3 Os desdobramentos da Política Neoliberal na Saúde: o caso brasileiro.....	25
2 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	31
2.1 O processo de construção da Política da Criança e do Adolescente.....	31
2.2 Proteção de direito: desvelando o Estatuto da Criança e do Adolescente.....	38
2.3 A relação entre o NASF e o ECA no tocante à atenção à saúde.....	44
2.4 Contextualização do NASF na cidade de Queimadas – PB.....	48
3 A COMPREENSÃO DOS/DAS PROFISSIONAIS DO NASF DE QUEIMADAS ACERCA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: resultados e análises dos dados.....	51
3.1 Aspectos metodológicos da pesquisa.....	51
3.2 Perfil dos profissionais.....	52
3.3 Compreensão dos/das profissionais no tocante aos direitos da criança e do adolescente.....	57
3.4 Demandas mais frequentes advindas da criança e do adolescente.....	59
3.5 Práticas direcionadas do público infanto-juvenil.....	60
3.6 Contribuição da garantia dos direitos da criança e do adolescente para a promoção, prevenção e reabilitação.....	61
3.7 Efetivação do ECA no desenvolvimento da prática cotidiana.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	70
ANEXOS.....	73

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde pública no Brasil foi perpassada por diversos e antagônicos momentos. Desse modo, com o passar das décadas, o Brasil passou por várias formas de organização sanitária, as quais propiciaram concessões e privações, inerentes ao contexto de ordenações sociais, econômicas, culturais, políticas e ideológicas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um significativo avanço na realidade sanitária brasileira, considerando que, até então, a população vivia a mercê da filantropia nesta área. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986 em Brasília (DF), configura-se como um marco na luta por um sistema unificado de saúde que garantisse qualidade de vida a toda a população.

A partir desse contexto de democratização oriundo da década de 1980, o SUS é finalmente conquistado e a saúde assume dimensão política ligada à democracia (BRAVO, 2009). Dessa maneira, a saúde perde o status de favor, privilégio ou caridade, passando a ser tratada com direito de todos.

O SUS tem como “porta de entrada” a Atenção Básica que, de acordo com o Ministério da Saúde (2003, p. 7), é caracterizada como “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”, sendo desenvolvida mediante trabalho multiprofissional, direcionado a determinadas populações de territórios específicos, pelos quais se responsabiliza.

Embora o SUS configure-se como uma grande conquista da população brasileira como também um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, seus princípios vão de encontro aos ditames do neoliberalismo, o que desafia a universalidade e igualdade a conviver, harmonicamente, com a privatização e precarização das políticas públicas. Diante disso, percebe-se a contradição existente entre a oferta de saúde como direito social garantido pelo Estado e a “complementaridade” do âmbito privado, aspectos declarados legalmente e, na prática, mascarados.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementa, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual, dois anos mais tarde, passa a ser adotado como Estratégia Saúde da Família (ESF), no intuito de promover alterações no modelo de assistência vigente no Brasil, privilegiando o nível primário.

No entanto, a prática nas ESF passa a apresentar uma série de dificuldades, entre as quais Teixeira (2001) destaca a diferenciação salarial entre as categorias, o que dificulta a

garantia de serviços de qualidade, a supervalorização de determinados profissionais e ainda a desvalorização daquele atuante em ESF. Assim, tendo como escopo ampliar a eficiência da ESF, o Ministério da Saúde institui os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) por intermédio da portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.

Os NASF surgem com o compromisso de promover transformações na prática dos profissionais das ESF e do próprio núcleo frente às políticas nacionais, assumindo como uma de suas atribuições o apoio matricial, o qual se complementa com o processo de trabalho das equipes de referências e está estreitamente relacionado ao conceito de educação permanente, compreendendo ainda as dimensões assistencial e técnico-pedagógica, as quais devem se articular, subsidiando as ações no referido espaço. O trabalho amplo e de apoio desenvolvido pelos NASF direciona-se a diversos segmentos, inclusive ao da infância e juventude, os quais passam a ter garantias efetivas e específicas somente após a institucionalização do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990).

Diante disso, cabe à equipe do NASF propor, discutir e planejar com as ESF ações de saúde da criança e do adolescente, além de contribuir para o aprimoramento destas. Nesse sentido, remete-se à importância do trabalho multiprofissional, ou seja, da articulação entre as Estratégias Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), da capacitação contínua dos profissionais destas instituições, em favor da viabilização e concretização dos direitos inerentes a crianças e adolescentes garantindo-lhes a melhoria da qualidade de vida.

A incidência de crianças ou na condição de acompanhantes dos pais ou demandando o atendimento pediátrico e a escassa presença de adolescentes na unidade, especificidades estas que requerem um olhar diferenciado.

A observação desses fatores, associada ao artigo 14 da mencionada Lei Estatutária, que imputa ao SUS a responsabilidade de desenvolver campanhas educacionais no intuito de prevenir o surgimento de doenças, despertou para a compatibilidade da proposta do NASF com tais competências. Tal assimilação levou-nos, a partir da experiência de estágio curricular desenvolvido no âmbito do NASF da cidade de Queimadas/PB, a investigar sobre o conhecimento dos profissionais deste a respeito dos direitos da criança e do adolescente, assim como verificar a existência e/ou efetividade de ações voltadas ao segmento na realidade deste município.

O estudo mostrou-se necessário à medida que o conhecimento mínimo dos profissionais da saúde a respeito dos mecanismos de proteção à criança e ao adolescente, assim como da rede de serviços disponíveis no município viabilizará a resolutividade de

problemas comuns ao segmento etário, respaldando ainda a construção e aperfeiçoamento de programas específicos.

A pesquisa foi realizada no NASF Pedra do Touro da cidade de Queimadas/PB, considerando que no outro existente não há assistente social vinculado/a à equipe, tendo como sujeitos todos os profissionais de nível superior que o compõem, os quais totalizam seis indivíduos.

A referida proposta investigativa teve cariz quanti-qualitativo e exploratório, subsidiado pelo método dialético, o qual nos permite análise institucional articulada às esferas micro e macro social. Além disso, mediante avaliação e aprovação do Comitê de Ética, os dados foram obtidos por meio de entrevistas com roteiro semi estruturado, as quais foram registradas com gravador, conforme nos foi autorizado pelos/as entrevistados/as, e submetidas à posterior análise de conteúdo.

Assim, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que se segue dividir-se-á em três capítulos, quais sejam: **A Política de Saúde Brasileira**, no qual será abordado o processo histórico que deu origem ao atual modelo sanitário no Brasil e os rebatimentos do neoliberalismo para concretização das prerrogativas do SUS; **O Estatuto da Criança e do Adolescente**, cujo foco constitui-se na evolução dos direitos deste segmento etário, abordando, desde o tratamento desumano ao qual eram submetidas crianças e adolescentes no início do século XIX até a conquista dos direitos fundamentais do segmento; e **A Compreensão dos/das profissionais do NASF de Queimadas acerca dos direitos da criança e do adolescente**: resultados e análises dos dados, que trata dos aspectos metodológicos utilizados na pesquisa, trazendo uma breve caracterização do espaço observado, como também a análise dos dados coletados.

Por fim, traçaram-se as considerações finais, as referências, os apêndices e os anexos. Acreditamos, portanto, que o conteúdo aqui abordado configura-se como uma discussão preliminar acerca da temática, tendo em vista a sua complexidade.

1 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

1.1 Trajetória Histórica da Política de Saúde: da Filantropia ao SUS

De acordo com Paim (2009), no Brasil colônia as questões relativas ao saneamento, ao trabalho dos médicos, farmacêuticos, cirurgiões e boticários e à fiscalização das doenças epidêmicas eram de responsabilidade do físico-mor e de seus delegados nas capitânias. Diante disso, o acesso da população ao atendimento médico ficava condicionado ao envio de cartas ao rei, solicitando os referidos profissionais. Em 1543, tal situação é alterada com o surgimento da primeira Santa Casa, a qual auxiliava os pobres, abrigando indigentes, viajantes e enfermos, respaldada na caridade cristã.

A transferência da Família Real para o Brasil, no início do século XIX, trouxe algumas melhorias para a saúde da população, entre as quais: a reforma dos serviços sanitários, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. Entretanto, a organização sanitária brasileira era rudimentar e centralizada, mostrando-se incapaz de assegurar a assistência aos doentes indiscriminadamente e independente de poder aquisitivo.

No início do século XX, emergem iniciativas que visam à organização da saúde, a qual adquire nova visibilidade com a responsabilização exclusiva dos estados e a tentativa de extensão do atendimento por todo o país, por meio da Reforma Carlos Chagas em 1923. Ainda neste ano os trabalhadores passaram a ter acesso à assistência médica através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais, a partir de 1930, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

No entanto, com o desenvolvimento industrial brasileiro e o conseqüente aumento da urbanização, ampliação do contingente de trabalhadores que viviam em condições insalubres acarretando em diversas epidemias, a saúde passa a ser considerada como Questão Social, exigindo, portanto, respostas não apenas do poder público, mas da sociedade de um modo geral.

De acordo com Bravo (2006), nesse período, a política sanitária nacional era subdividida em saúde pública e medicina previdenciária; na primeira as ações desenvolvidas estavam voltadas para a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, sobretudo, para as rurais; na segunda, as práticas eram destinadas àqueles vinculados aos IAPs. A partir da “sobreposição” da saúde previdenciária à pública (1966), a referida autora

ainda aponta para o auge do favorecimento da iniciativa privada¹ com o intuito desse setor atender aos interesses capitalistas tal como ocorria em outras nações.

As constantes epidemias influenciaram dois setores da sociedade: o poder público, que a partir dos reflexos na economia, passa a realizar campanhas sanitárias e reformas de órgãos vinculados à saúde pública; e a sociedade civil, a qual, representada por médicos, autoridades políticas e intelectuais, buscam construir um movimento pela mudança na organização sanitária brasileira, o que resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura de serviços de saúde pública em áreas rurais, os quais eram realizados de forma periódica e específica.

Segundo Paim (2009), a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social, pois, as campanhas lembravam uma operação militar². Diante disso, vale ressaltar que o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares.

Em 1974 publica-se o relatório de Lalonde, considerado um marco nas discussões de saúde e que, de acordo com Botazzo (2008), emergiu da preocupação do Ministro da Saúde do Canadá (Marc Lalonde) com as condições de saúde e com os gastos na área de cura e reabilitação neste país. O texto expõe a responsabilização do Estado mediante as condições apresentadas, direcionando-se mais aos determinantes da saúde, fragmentando-os em quatro categorias: “[...] a biologia humana; o ambiente; os estilos de vida; e a organização da assistência [...]”, a partir das quais a saúde será promovida e o sistema público nacional será reorganizado com ênfase no médico da família (BOTAZZO, 2008, p. 7).

A conjuntura de crise e conseqüente precariedade da prestação de serviços de saúde para a população fez emergir, na segunda metade da década de 1970, o Movimento Sanitário Brasileiro que, composto por segmentos populares e estudantis, pesquisadores e profissionais de saúde, objetivava democratizar o acesso à saúde e reestruturar os serviços prestados, mediante a proposta de uma Reforma Sanitária, assim como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nesse período, mais exatamente em reunião realizada no ano de 1979, a Assembléia Mundial de Saúde conceituou Atenção Primária à Saúde como:

¹ Entre a década de 1970 e 1980, desenvolveram-se diversas empresas de comercialização de planos de saúde no mercado fazendo surgir a medicina empresarial, a qual constituiu o Sistema de Assistência Médica Suplementativa (Sams).

² Diante da inexistência do Ministério da Saúde, a área ficava sob responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o qual executava tais campanhas obrigatórias e pontuais de combate às doenças epidêmicas (febre amarela, amarelão, lepra, tuberculose e varíola) onde “[...] muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária” (PAIM, 2009, p. 29).

[...] essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles, e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS apud STARFIELD, 2002, p.31).

Conforme afirma Bravo (2006), com o processo de democratização oriundo da década de 1980, a saúde assume uma dimensão política ligada à democracia e, como marco dessa luta por um sistema unificado e pela reforma sanitária houve, no ano de 1986 em Brasília – DF, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação de grande parte das instituições do setor, com a representação da sociedade civil dos profissionais e dos partidos políticos.

A VIII Conferência sediou a discussão de temáticas como: a reformulação aprofundada do campo da saúde e não apenas administrativa e financeira; a participação complementar da esfera privada, a qual seria gradativamente encerrada à medida que o Estado se fortalecesse; e a segregação da saúde da previdência e a afirmação dos recursos advindos dos impostos sob produtos/atividades nocivos à saúde para o financiamento desta, enquanto não lhe criasse um orçamento próprio (Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

A partir de então, a saúde passa a ser reconhecida como resultante de toda condição social em que está inserido o indivíduo, originando-se daí, em 1987, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, um ano mais tarde, se tornou o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal mudança de nomenclatura ocorreu mediante institucionalização da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passa a ser reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, cujo dever consiste em garantir, mediante políticas econômicas e sociais, a redução de riscos de doenças e de outros agravos à população, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação do indivíduo, permitindo assim uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2011). Desse modo a saúde perde, em definitivo, o status de favor, privilégio ou caridade.

Entre as principais características do SUS, encontra-se a peculiaridade de ser público e universal, descentralizado, com atendimento integral e participação popular, financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Além disso, ele configura-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo como “porta de entrada” a Atenção Básica que, de acordo com a Portaria 648/2006 é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, não integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a resolução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável [...] (BRASIL, 2006, p. 10).

Diante da amplitude SUS, surge a necessidade de se elaborar uma legislação que viesse direcionar a aplicação do mesmo na conjuntura brasileira. Sanciona-se, então, em setembro de 1990, a Lei 8.080³, a qual estabelece condições para a promoção, proteção e reabilitação em saúde, além de determinar regimentos para a organização e funcionamento das ações e serviços realizados por instituições públicas, filantrópicas ou privadas; e, em dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142, cujas disposições tratam da participação comunitária na administração do SUS e da transferência de recursos entre os governos para a área da saúde.

A partir de então, adota-se um novo conceito de saúde, o qual passa a agrupar os diversos aspectos da vida cotidiana indispensáveis ao pleno exercício da vida saudável, como bem ratifica o artigo 3º da Lei 8.080/90:

³Em 28 de abril de 2011 foi criada a Lei 12.401, a qual altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011).

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2007, p. 371).

Diante disso, percebe-se o embate travado entre o projeto de reforma sanitária, o qual prega a oferta de saúde como política social e direito garantidos pelo Estado, e o privatista, que preconiza o atendimento de forma restrita e sucateada, enquanto os serviços mais complexos, portanto mais lucrativos, sejam disponibilizados via mercado. Assim, como afirma Bravo (2009, p. 100):

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implanta, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual tem como objetivo a concretização dos princípios e diretrizes do SUS por meio da reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, à qual Campos (2005) atribui três finalidades: promoção da saúde, que se remete a busca de redução da vulnerabilidade de determinado território; acolhimento da demanda, o qual versa pela alta resolutividade das necessidades da população, analisando as condições de saúde e os riscos aos quais o indivíduo está exposto na comunidade; e clínica reformulada e ampliada, que consiste em um entendimento amplo da vida do sujeito com o intuito de formular políticas de saúde eficazes, proporcionando, assim, a autonomia do cidadão e a produção da saúde.

De acordo com Corbo, Morosini e Pontes (2007), o PSF é responsabilizado por determinada área geográfica com, no máximo, 4.000 habitantes, tendo como equipe basilar um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e uma quantidade suficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para dar cobertura a toda a população cadastrada. Os referidos autores ainda remetem-se à liberdade que os gestores municipais têm de inserir outras especialidades na equipe, tendo como respaldo a demanda da população, a exemplo da Equipe de Saúde Bucal (ESB), cuja implementação é opcional, cabendo às

prefeituras proporcionar a completa infra-estrutura para o desempenho das atividades dos profissionais.

A partir de 1996 o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa e o PSF passa a ser adotado como Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que se constitui como uma iniciativa implementada no intuito de promover alterações no modelo de assistência vigente no Brasil, tendo como principal escopo privilegiar o nível primário assistencial em detrimento do ambulatorial, reduzindo assim, o fluxo nos hospitais.

Além disso, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – 2006), entre as características básicas da ESF estão: a realização de ações e cadastramentos perante a comunidade com a qual está comprometida, visando o cuidado com o indivíduo, família e comunidade mediante os problemas de saúde-doença, buscar construir e manter parcerias com instituições e organizações sociais e constituir-se como um espaço de construção da cidadania com vistas à participação popular (BRASIL, 2006).

No entanto, há uma série de dificuldades inerentes à concretização da ESF, entre as quais Corbo, Morosini e Pontes (2007) explicitam:

[...] a concretização de uma atenção básica resolutiva e contínua; a realização de uma política de gestão do trabalho que possibilite aos trabalhadores a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania; e a efetivação de uma política de educação profissional em saúde que permita uma formação profissional de qualidade tanto teórica-técnica quanto política para os trabalhadores do SUS (CORBO, MOROSINI E PONTES, 2007, p.103).

Esses aspectos são reforçados a partir da observação do trabalho cotidiano das ESFs, onde as condições objetivas disponíveis distanciam-se consideravelmente daquelas propostas. Diante disso, evidencia-se que a eficácia do atendimento básico depende diretamente dos instrumentos facilitadores que o materializariam, portanto não se há como realizar uma consulta domiciliar e/ou um acompanhamento com as famílias da área coberta sem que existam condições propícias para tanto, a exemplo de um transporte à disposição e um corpo de profissionais capacitados.

Além disso, como obstáculos à efetivação dos princípios do referido programa, Teixeira (2001) destaca ainda a supervalorização de determinados profissionais em detrimento daqueles atuantes em ESF, os quais são vistos como “aquele que lida com os pobres, executando, portanto, uma ‘medicina pobre’, como se o grau de conhecimento e capacidade fossem determinadas pela clientela atendida” (TEIXEIRA, 2001, p. 241).

Neste cenário de desvalorização e insuficiência da ESF seriam necessários investimentos maciços para a melhoria do atendimento à população, entretanto uma inovação teria maior credibilidade do que uma reformulação, desse modo, cria-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por uma equipe de profissionais especialistas com o intuito de apoiar a prestação de serviços à comunidade pela ESF.

1.2 A Criação do NASF

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM nº 154, institui em 24 de Janeiro de 2008 os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os quais têm como atribuição apoiar a ESF, no sentido de ampliar a abrangência e a finalidade das ações executadas no âmbito da Atenção Básica e elevar a resolutividade desta reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

No que se refere à composição da equipe, a Portaria do NASF (2008) determina a disposição em duas modalidades, apenas para fins de destinação de recursos: NASF 1, onde estarão inseridos um número mínimo de cinco profissionais, dentre os quais, acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional; e NASF 2, o qual pode conter assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional. A cada NASF atribui-se, no mínimo, oito equipes de SF e, no máximo, vinte, à exceção da Região Norte, onde o mínimo reduz-se para cinco.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), no que tange ao processo de trabalho, é necessário que se concilie e se defina as atribuições estabelecidas entre a equipe do NASF, a da ESF e o gestor em prol de uma construção conjunta de critérios para acionar o apoio. Neste interrelacionamento deve-se privilegiar a flexibilidade e a dinâmica, não deixando de lado a importância de estar sempre estabelecendo negociações, elencando prioridades, definindo usuários, avaliando a relação com a equipe de Saúde da Família, identificando responsabilidades concernentes a ambos os serviços, buscando parcerias e construindo atividades baseadas nos indicadores mais alarmantes.

É interessante que se esclareça que a função desempenhada pelo NASF é de apoio e não de porta de entrada do sistema, além de ser de extrema relevância o estabelecimento de vínculo entre a equipe do NASF e a da ESF, em especial no que se refere à elaboração de ambientes de aprendizagem coletiva para a gestão do cuidado, e a estipulação da “[...]”

responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado [...]” como eixos de trabalho (BRASIL, 2009, p.16).

Além disso, o NASF compromete-se com a promoção de transformações na atuação dos profissionais das equipes da ESF e do próprio NASF frente às políticas nacionais designadas pela mencionada portaria, no intuito de desempenharem:

[...] ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009, p.10).

Desse modo, torna-se indispensável a existência de uma compreensão sobre o conhecimento individual e compartilhado, isto é, sobre quais informações são comuns a todos os profissionais da equipe e quais dizem respeito apenas ao especialista; para tanto, a portaria do NASF especifica detalhadamente tais responsabilidades.

Diante do exposto, é interessante destacar a importância da integralidade no interior dos NASF, a qual é considerada a principal diretriz a ser praticada pelo referido serviço. Ela pode ser compreendida em três sentidos: a abordagem integral dos indivíduos; o desenvolvimento de práticas de saúde envolvendo ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e a organização do sistema tendo como finalidade a garantia do acesso da população à rede de serviços de acordo com as necessidades apresentadas.

É válido ressaltar ainda que a efetivação da mencionada diretriz pode representar uma relevante contribuição na organização do processo de trabalho, “de forma a afastar o risco da fragmentação” (BRASIL, 2009, p.17).

Diante das tarefas atribuídas ao NASF, é necessária a utilização de instrumentos facilitadores e organizadores do processo de trabalho, dentre os quais se destacam: o Apoio Matricial, a Pactuação do Apoio, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST).

O Apoio Matricial complementa-se com o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e é realizado por um corpo de profissionais que, não necessariamente, tem relação direta e cotidiana com os usuários, isto é, aqueles que frequentam periodicamente a unidade para a realização de ações e projetos junto à ESF e aos usuários. Além disso, tal apoio está estreitamente relacionado ao conceito de educação permanente, no entanto, o suporte não é restrito, compreendendo ainda as dimensões: assistencial, que promoverá ações clínicas diretas com os usuários do serviço; e técnico-pedagógica, que atuará no âmbito do auxílio

educativo com e para a equipe de profissionais; tais níveis devem estar articulados no intuito de subsidiar as ações desenvolvidas no espaço.

A Pactuação do Apoio engloba o momento anterior e posterior à implementação do NASF, ou seja, remete-se à importância do envolvimento entre gestor, equipes e sociedade no processo de definição dos profissionais necessários àquela localidade, tendo em vista o detalhado conhecimento acerca da demanda; e da atuação integrada dos gestores e equipes do NASF e de Saúde da Família na estruturação e gerenciamento das atividades desempenhadas.

A Clínica Ampliada traz-nos a relevância do trabalho desenvolvido de modo compartilhado, onde cada profissional desempenhe o seu papel de especialista, resultando em uma visão ampla envolvendo todos os aspectos referentes à realidade dos usuários e/ou dos grupos. Para tanto, se faz indispensável a utilização de instrumentos e técnicas que intermediem a comunicação entre as equipes e destas com a comunidade, o enfrentamento da abordagem mecânica, na qual se prega o “não envolvimento”, e respaldo governamental para o desenvolver da Clínica Ampliada, no sentido de que “[...] não é possível fazer clínica COM o outro sem lidar CONSIGO mesmo” (BRASIL, 2009, p. 27).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se num elemento clínico e gerencial que agrupa propostas e posicionamentos terapêuticos discutidos por equipe interdisciplinar, sendo direcionado a sujeitos individuais e coletivos, com auxílio do matriciamento, caso haja necessidade. Tal projeto desenvolve-se em diagnóstico, definição de metas, designação de responsabilidades e reavaliação.

No que tange ao Projeto de Saúde no Território (PST), trata-se de uma estratégia voltada para a concretização de práticas de promoção à saúde que envolvam, desde os serviços de saúde, às demais instituições sociais, assim como a comunidade. A relevância do projeto para a melhoria da qualidade de vida da população é ratificada à medida que se destaca a participação social como elemento de aproximação entre a comunidade, os gestores e as equipes de saúde, o que é explicitado com exatidão pelas Diretrizes do NASF:

O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisadas a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde

para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados (BRASIL, 2009, p. 30).

Passados quase quatro anos de criação do NASF, percebe-se que muito ainda se tem para refletir, discutir e analisar no intuito de preencher as lacunas verificadas no dia-a-dia das ações por ele desempenhadas. Deste rol de questões podemos destacar a viabilidade da proposta de apoio matricial, questionando-nos até que ponto podemos conceber este matriciamento possível considerando que, para o atendimento direto aos/as usuários/as, já se conta com a equipe de saúde da família e, além disso, se a própria ESF não possuía instrumentos suficientes para realizar o trabalho com a comunidade, como se poderia prover à equipe multiprofissional recursos para uma atuação efetiva?

Podemos pressupor que se algo necessita de auxílio é porque não caminha plenamente com o uso exclusivo das suas “próprias pernas”, portanto a ESF necessitava de investimentos que viessem a “fortalecer suas articulações” para garantir a qualidade das atividades realizadas e não um novo “programa” para “substituí-la”. Ainda assim, o Ministério da Saúde, sendo bem claro na sua “teoria legal”, cria o NASF com o objetivo de “[...] apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços [...], ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolutividade dela [...]” (BRASIL, 2009, p. 10).

O NASF nasce e inicia sua jornada sendo visto como inovação governamental composta por especialistas e criada para a melhoria da saúde do país, no entanto, com o passar dos tempos depara-se com as mesmas dificuldades da ESF, falta de subsídios para desenvolver sua prática. Dessa maneira, se a ESF e o NASF (que lhe forneceria apoio) não possuem instrumentos para o atendimento da população, seguindo a lógica adotada até então, seria necessário agora um Núcleo de Apoio ao NASF? Nesse sentido, percebemos que, se a política de saúde permanecer sendo operacionalizada dessa maneira, dificilmente abandonará o caráter fragmentado e precário no qual se encontra atualmente.

1.3 Desdobramentos da Política Neoliberal na Saúde: o caso brasileiro

Embora o neoliberalismo tenha sua face nefasta e, há quem afirme, catalisador de condições ao progresso, o “ajustamento” dos países aos ditames desse novo sistema não incidiu de modo homogêneo, diferenciando-se, portanto, de acordo com o período e intensidade com que fora implementado e é expandido.

Na América Latina, de acordo com Teixeira (1996), a afirmação da ideologia neoliberal sobreveio durante o Consenso de Washington em 1989, onde as reformas executadas no continente foram analisadas e, consensualmente, reconhecidas com excelência, intensificando, a partir de então, a disseminação dessa lógica. Apesar de tal evento ser considerado o ponto de partida das propostas neoliberais, duas décadas antes, o Chile, durante o governo de Pinochet, destacara-se pela instauração da primeira experiência do regime a nível de mundo.

Anderson (1995) aponta para a nascente do neoliberalismo, afirmando que o mesmo originou-se a partir do texto de Friedrich Hayek: O Caminho da Servidão (1944), o qual realiza um “ataque apaixonado” contra as limitações impostas ao mercado mediante força estatal, ameaçando a liberdade econômica e política. Assim sendo, caracteriza-o como uma reação teórica e política ao Estado interventor e de bem-estar existentes na Europa e na América do Norte durante o final da Segunda Guerra Mundial.

A grande crise mundial de 1973 vem oportunizar ao sistema neoliberal a chance de enraizar-se pela fragilidade inerente ao período pós-guerra, o qual apresentava, simultaneamente, baixas taxas de crescimento e altos níveis inflacionários. Diante disso, Anderson (1995) evidencia que o “remédio” para reerguer-se da recessão seria:

[...] Manter um Estado forte [...] em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de todo governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego [...] Dessa forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas [...] (ANDERSON, 1995, p.11).

Desse modo, tendo em vista que não há funcionamento do capital sem a proteção, incentivo e apoio do Estado, torna-se evidente a pretensão do sistema neoliberal de restituir-se mediante o estabelecimento de um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2007, p.227).

É válido ressaltar que, segundo Soares (2009), as consequências que insurgem, a partir da instauração do ajuste neoliberal nos países latino-americanos, transcendem o âmbito das crises conjunturais, a situação agrava-se quando se considera a “[...] herança estrutural extremamente heterogênea e desigual do ponto de vista social; dependente e periférica do ponto de vista econômico e instável e autoritária do ponto de vista político-institucional” (SOARES, 2009, p. 33), o que torna as possibilidades de reversão mínimas.

O processo eleitoral ocorrido em 1989 representou o rumo à democracia, entretanto, os posteriores governos dos “Fernandos” (Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso) associados à intensificação dos (des) ajustes neoliberais e aos percalços provenientes das estratégias de combate à inflação desencadearam déficits, sobretudo, sociais ao país.

No Brasil, a ofensiva neoliberal ingressa de modo tardio (considerando a implementação nos demais países), em meados de 1990, encontrando um cenário de vulnerabilidade política, social e econômica, que se prolongara na nação desde a crise dos anos de 1980, favorável à propagação da sua ideologia que incluía, inclusive, o reformismo estatal. Assim, a reforma instaurada seria de cariz administrativo e gerencial, de modo a estreitar cada vez mais o espaço de atuação do poder público, o que se evidenciaria por intermédio da privatização e da terceirização em curso.

Nesse contexto, propunha-se a eliminação do controle do Estado frente às relações mercadológicas, estabelecendo a tão “almejada” liberdade de mercado. Diante disso, emerge real face das privatizações, cuja concretização vem reduzir o setor público em defesa do fortalecimento incondicional do âmbito privado, mediante propagação do ideário de ineficiência e precariedade dos serviços públicos, ocasionando ainda a desvalorização da indústria nacional, por meio do incentivo à importação e à concorrência desigual, e o acentuado aumento da segregação entre ricos e pobres.

Entretanto, entre o público e o privado há um terceiro setor, o qual atua como instrumento maquiador da desresponsabilização estatal perante suas obrigações legalmente determinadas por meio do apelo ao voluntariado, isto é, as organizações sem fins lucrativos e a sociedade civil passam a ser convocadas a colaborarem, voluntariamente, a organizar e executar as políticas sociais em nome da solidariedade.

Desse modo, como afirma Soares (2009, p.45):

Política e socialmente torna-se cada vez mais difícil, no Brasil, a manutenção desse tipo de ajuste neoliberal com uma recessão tão profunda, prolongada e generalizada, cujos efeitos “estabilizadores” pretendidos parecem ser, além de remotos, bastante questionáveis. Esses efeitos podem ser verificados por meio de alguns indicadores que já que já evidenciam uma recessão profunda, um recrudescimento da inflação e, sobretudo, uma precarização da situação social (desemprego, baixos salários, etc.) aliada a uma pauperização das políticas sociais, o que agrava ainda mais a situação [...].

O conteúdo social da Constituição Federal de 1988 assegura-nos o acesso igualitário aos serviços de saúde, a universalidade assistencial àqueles que demandarem e o direito à previdência de modo uniforme, equivalente e acrescido de seletividade e distributividade, mediante contribuição. Apesar de estar legalmente apresentada, na prática, a seguridade social não demonstra as características que lhe são inerentes em lei, não se mostrando capaz de articular as três políticas, montando “[...] uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.161).

A instauração do SUS configura-se como um grande avanço a saúde da população brasileira no final dos anos de 1980, entretanto, tal sistema esbarra em um forte e poderoso entrave à sua plena efetivação: o neoliberalismo, o qual tem entre os seus pilares a lucratividade e o processo de privatização, refletindo direta e estrategicamente na precarização das políticas públicas.

Ao contrário do que se é estabelecido em lei, às condições de acesso da população mais carente aos serviços básicos de saúde, assim como aos recursos que garantem a sua manutenção (água, saneamento, educação, emprego, moradia, etc.), são extremamente precarizadas, marcadas pelo desenvolvimento de ações pontuais, em sua maioria, paliativas e/ou curativas em detrimento do trabalho articulado de prevenção e promoção, teoricamente preconizado pela Atenção Primária.

Em análise na Revista Radis, o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, remete-se ao fato de que a maioria da população, sobretudo a classe média, utiliza os serviços do SUS, contudo não reconhece tal uso, fortalecendo o aspecto cultural de que o sistema público é para pobres. Mais adiante o secretário ressalta a amplitude representada pelo SUS enfatizando que ele não se restringe à assistência médico-hospitalar, mas abrange diversos serviços cotidianos: “Quando vamos comprar o pão, compramos na padaria do SUS, pois a vigilância sanitária cuida da fiscalização daquele estabelecimento”, esclarece (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011, p. 16).

Apesar da desigual concorrência entre os sistemas público e privado e do prejuízo social ocasionado, no âmbito mercadológico considera-se “saudável” a coexistência de ambos havendo ainda autores crentes de que não houve impactos no país a partir da política neoliberal e que a saúde permanece como direito de todo cidadão, conforme sinaliza Fuhrmann (2004, p. 18):

No caso particular da saúde pública, o esperado impacto deletério das políticas neoliberais sobre as ações e serviços de saúde no País não se confirmou. Ao contrário do prognóstico inicial de desmonte dos serviços públicos de saúde, o mercado privado não se ampliou e o Estado vem assumindo de forma progressiva a saúde como direito de cidadania para todo o cidadão brasileiro. É possível afirmar que no caso específico do Brasil, a idéia de reorganizar o Sistema de Saúde Pública dentro de uma visão excludente, ou seja, uma rede de serviços pobre para os pobres, não logrou êxito.

A transformação da saúde com o avançar das décadas e do neoliberalismo tem sido notável, o que era caridade, passou a ser direito universal e, hoje, assume claramente o papel de mercadoria plenamente comercializável; o serviço que teria apenas a participação complementar da iniciativa privada encontra-se, mesmo que de forma implícita, submisso aos ditames neoliberais e privatistas; o avanço que representa a implementação das farmácias populares em todo o Brasil, por exemplo, esconde a elevação dos níveis de lucratividade que os laboratórios privados conquistaram à custa do SUS.

É válido salientar ainda que, como se não bastassem os aspectos deletérios provocados pela política neoliberal na política de saúde, os serviços de saúde estão diretamente associados ao desejo de reconhecimento político, ou seja, é comum evidenciar os gestores apropriarem-se da aquisição de um benefício para a área ou o bom desempenho das práticas em saúde em determinada localidade, colocando-os como méritos próprios de sua administração, o que ofusca as qualidades do Sistema Único restando-lhe apenas a desqualificação profissional, de serviços e de produtos apontada frequentemente pela mídia nacional.

Tal posicionamento mostra-se claramente uma estratégia governamental de aquisição de “créditos extras” para possíveis e futuras reeleições, até por que tais gestores não assumem, de forma alguma, responsabilidades por equívocos cometidos nos serviços de saúde de suas respectivas regiões, enquanto às ações louváveis há uma disputa pela “autoria”, isto é, assim como exemplifica a jornalista Conceição Lemes, “filho feio não tem pai; já para o bonito, é preciso fazer teste de DNA de tantos candidatos à paternidade” (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011, p.17).

Ao que nos parece, a ilusão de progresso e avanço político-econômico e social pregada pelo ideário neoliberal apenas camuflam as reais intenções respaldadas em antiga proposta do Banco Mundial cuja fundamentação consiste em banir a condição de direito social incorporada à saúde, a qual seria substituída por procedimentos mais simples de baixos custos direcionados àqueles que pudessem pagar, enquanto aos demais restariam os prontos-socorros

e as Santas Casas (GOUVEIA; PALMA, 1999), ou seja, seria o retorno de antigas práticas abominadas no passado.

A tese afronta, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a universalidade, uma política focalista; contra a integralidade, uma “cesta básica”; contra a igualdade, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado [...] (GOUVEIA; PALMA, 1999, p.141).

Assim, tem-se claro que a proposta neoliberal ocasiona desfalques significativos nos serviços de saúde, buscando incorporar os procedimentos mais lucrativos à sua lógica excludente e fragmentada, refletindo no sucateamento proposital dos serviços públicos, o que vai de encontro à legislação vigente na área.

2 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

2.1 O processo de construção da Política da Criança e do Adolescente

Historicamente, embora se tenha a família, a igreja, o Estado e a sociedade como protetores oficiais das crianças e adolescentes, a responsabilização e tutela destes tem sido, cada vez mais, objeto de discussão e polêmica, dividindo opiniões no que tange à instauração e concretização dos direitos dos mesmos.

Apesar de haver um acervo tão amplo que se coloca como guardião da infância e da juventude, observa-se um passado obscuro, onde a omissão e a negligência assumiam papel de lei, em especial para aqueles advindos de famílias pobres. Diante disso, destaca-se a influência econômica no tratamento ao segmento, tendo em vista que apenas os nascidos no âmago da alta sociedade teriam a infância garantida, enquanto aos demais restaria a correção jurídico-assistencial.

A inexistência de um aparato legal que viesse a explicar minuciosamente e defender os direitos da criança e do adolescente, tornava as peculiaridades inerentes a esta fase da vida condicionadas à classe social em que se encontravam. Portanto, os direitos, ainda não legalizados nem universalizados, configuravam-se como privilégio daqueles poucos bem nascidos.

Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, os direitos e deveres desta categoria são universalizados, passando a fazer parte da vida de todos os “pequenos cidadãos” independentemente da sua condição econômica e posicionamento social. Além disso, a partir de então, a família, a sociedade e o Estado tornaram-se legalmente responsáveis pelas crianças e adolescentes devendo garantir-lhes os serviços e cuidados essenciais à sua sobrevivência saudável.

A consolidação do ECA vem unificar os direitos da infância e juventude, convertendo decretos e leis que apontavam uma defesa parcial e discriminatória do segmento em obrigatoriedade, tornando as ações e políticas públicas específicas em direito e não mais regalia de poucos ou caridade do governo aos necessitados, abandonados ou delinquentes. Entretanto a conquista do Estatuto é resultado de uma luta contínua de segmentos societários contra o histórico de atrocidades cometidas com crianças e adolescentes desde o período imperial, quando a economia era escravocrata.

No ano de 1830 emerge a primeira Lei penal do império, a qual estabelece responsabilidade penal para menores a partir de quatorze anos, acrescentando ainda que aqueles que cometerem crimes serão recolhidos nas Casas de Correção pelo tempo determinado pela justiça, contanto que não exceda os dezessete anos. Tal posicionamento cria uma situação preocupante devido à inexistência, nesses ambientes, de sobreposição da educação sobre medidas punitivas. Apenas dois anos mais tarde surgem tentativas de mudanças mediante regulamento para a Casa de Correção, com o intuito de separar os menores delinquentes e mendigos daqueles criminosos, tomando como referência as penalidades distintas.

No império era notável a responsabilização da Igreja pelas crianças, o que ocorria em comum acordo com o governo, demonstrando o cariz religioso e assistencialista impregnado na legislação do período e ainda o vínculo político e jurídico estabelecido entre estas instituições.

A partir da segunda metade do século XIX havia uma tímida preocupação com o âmbito educacional, tendo-se elaborado leis que tratavam da regulamentação do ensino primário e secundário. No entanto, a iniciativa sucedeu as agitações sociais de 1828, presumindo o tipo de educação que se ia propagar, o que é ratificado pelo anúncio imperial: “[...] que haja todo o desvelo na educação religiosa e regularidade de costumes, como bases principais da boa ordem da sociedade” (Renault apud Rizzini, 1995, p.106).

Em 1852 o Ministério dos Negócios da Justiça do Rio de Janeiro estende as disposições do Código Criminal aos escravos menores o que, quase duas décadas mais tarde, fez institucionalizar-se a Lei do Ventre Livre, segundo a qual os filhos das escravas nasceriam libertos e aos senhores e ao governo estipular-se-iam obrigações, repleta de brechas, frente ao segmento.

Essa conjuntura foi marcada por transformações jurídicas, sociais e estruturais que, atreladas à urbanização e à industrialização, fizeram emergir novas demandas, sobretudo no que diz respeito aos conhecimentos médicos, higiene e prevenção de doenças. Para lidar com este cenário enfoca-se a família como centro do cuidado, sendo necessário saneá-la para alcançar a sociedade como um todo.

Diante da percepção de que o acesso à família dar-se-ia por intermédio da criança, houve o embate entre médicos e juristas, cujos esforços direcionaram-se à elaboração de conhecimentos inovadores referentes à infância, tendo em vista a relevância desta para uma nação civilizada. Além disso, atentava-se para o alto índice de mortalidade, principalmente no primeiro ano de vida, o que gerou bases para a Puericultura no Brasil.

Com a Proclamação da República e a preocupação com a reestruturação política e social do país, a mísera proteção à criança que havia sido construída é sobreposta por práticas de cunho discriminatório social ou econômico e, acima de tudo, relacionadas a punições criminais. Nesse contexto, as ações e decretos da época destinavam-se a “limpar” a sociedade desses “menores vagabundos” não na intenção de protegê-los e prestar-lhes assistência, mas de corrigi-los através do trabalho.

A fatídica e crescente criminalização de crianças e adolescentes ocasionou a apreensão destes em ambientes irregulares e junto a adultos, o que foi caracterizado por Evaristo de Moraes⁴ como “Laboratório de Crimes”, cujo indivíduo liberto,

[...] atirado na rua, não tem seus passos amparados por uma sociedade de patronato, nem os conselhos de qualquer alma caridosa que lhe fale no bem e na virtude, no trabalho e na honra. Lá, já tinha feito suas relações, que não mais abandonará: cá fora, logo as procura, bem cedo as encontra nas lóbregas tavolagens e nos sórdidos bordeis. Assim se reatam conversas, se completa o ensinamento, se originam os grupos (Tribuna apud RIZZINI, 1995, p. 120).

A década de 1920 é considerada promissora da legislação em defesa da criança e do adolescente, apesar desta apresentar dúbia posição, pois, ao passo em que defende o segmento colocando-o como gênese da humanidade, apresenta-o como ameaça à ordem, pressupondo a idéia de incompatibilidade entre a defesa paralela da criança e da sociedade, mostrando como possibilidade a escolha entre uma ou outra.

Em 1921 a Lei 4.242 vem, em seu artigo 3º, permitir ao governo a criação de serviços de proteção e assistência à criança em situações de abandono e/ou delinquência, o que se configura como uma conquista para os setores envolvidos com a causa, a qual atingiu uma dimensão ainda maior no ano seguinte, quando se realiza o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância.

No período compreendido entre 1923 e 1927 foram instituídos diversos decretos, os quais focalizavam na criação de um aparato institucional de proteção à infância e à juventude,

⁴Nascido na cidade do Rio de Janeiro em 26 de outubro de 1871, Evaristo de Moraes foi uma figura pública de grande visibilidade à época e, falecido no dia 30 de junho de 1939, na sua cidade natal. “[...] Advogado criminal, “rábula”, estreou na tribuna do Júri em 12 de outubro de 1894, e manteve, durante esse longo período de sua atividade forense, uma situação de grande destaque como criminalista e tribuno judiciário. [...] bacharelou aos 45 anos, em 1916, pela Faculdade de Direito de Niterói. Publicou várias obras dentre as quais – “Problemas de direito penal e de psicologia criminal”, “Reminiscências de um rábula criminalista”, “Ensaio de patologia social”, “Criminalidade passional”, “Um erro judiciário: o caso Pontes Visgheiro”. – Em 1938 foi nomeado lente de direito penal da Escola de Direito da Universidade do Brasil. – Pertencia à Academia Carioca de Letras, e exercia à data de seu falecimento a presidência da Sociedade Brasileira de Criminologia” (disponível em: <http://www.migalhas.com.br>, acesso em 25/11/2011).

a exemplo do decreto de nº 16.273 de 1923, a partir do qual se insere Juiz de Menores na área administrativa jurídica; o nº 16.300 de 1924, cujo conteúdo determinava a inclusão da “Inspetoria da Hygiene Infantil” no Departamento Nacional de Saúde Pública; e o nº 16.388 do mesmo ano, que regulamenta a criação do Conselho de Assistência e Proteção dos Menores.

Este último decreto merece destaque, tendo em vista que, em suas determinações, se identificara, sobretudo o artigo 222 do Cap. V (parte especial), com aspectos incorporados no Código de Menores (1927) e no próprio ECA (1990), que se remetem aos princípios da integralidade e universalidade:

[...] visitar e fiscalizar os estabelecimentos de educação de menores, fabricas e oficinas onde trabalhem, e comunicar ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores [...] irregularidades, que notarem; fazer propaganda na Capital Federal e no; Estados, com o fim de, não só prevenir os males sociais e tendentes a produzir o abandono, a perversão e o crime entre os menores, ou compromete." sua saúde e vida, mas também de indicar os meios que neutralizem os efeitos desses males; promover por todos os meios ao seu alcance a completa prestação de assistência aos menores sem recursos, doentes ou débeis; ocupar-se do estudo e resolução de todos os problemas relacionados com a infância e adolescência [...] (DECRETO Nº 17.943, 1927, p.36).

Embora tal conteúdo represente avanço na defesa da criança e do adolescente, a herança da segregação econômico-social não deixa de existir, apenas camufla-se em pontuais decisões e iniciativas “democráticas”, como por exemplo, no mesmo discurso de proteção ao menor abandonado, encontrado no Código de Menores, acrescenta-se o cuidado àqueles que apresentem ameaça de, posteriormente, ingressar na situação de abandono, deixando às autoridades a liberdade de apreender quem lhes for aparentemente suspeito e imponha perigo à ordem.

Um avanço significativo trazido pelo mencionado Código foi o estabelecimento de idade mínima, locais e horários de trabalho aos menores, impondo ainda condições de descanso e regras aos empregadores, o que, segundo Rizzini (1995), não resultou em reações empresariais, devido tal atitude soar como um convite à fiscalização em suas empresas. Apesar deste “passo tímido”, a nova justiça instituída no país posiciona-se como inibidora da criminalidade infantil, fortalecida pela argumentação da necessidade de preservação da “pureza” das crianças com o intuito de prevenir a criminalidade em geral, discurso este que

ratifica a preocupação prioritariamente com a nação em detrimento da infância e juventude (LONGO, 2009, grifos nossos).

Quanto à natureza das ações punitivas e severas para os chamados menores, Longo (2009) esclarece-nos brevemente as justificativas legais sobre a “necessidade” da rigidez à qual o segmento era submetido:

O menor estará mais visado pelos mecanismos disciplinares e normativos por ser a garantia da reprodução do modo capitalista, a garantia do trabalhador honesto e eficiente. A punição do menor, mesmo que seja para sua regeneração, denota um caráter híbrido no código de menores, pois a sociedade desigual é que produz menores abandonados e delinquentes, mas a lei está baseada nos argumentos científicos, morais, e jurídicos para justificar a necessidade da punição (LONGO, 2009, p.5).

Assim, diante dos reflexos conjunturais no trato à criança e ao adolescente, Lyra considera-os “[...] mais do que inocentes, vítimas dos tentáculos da miséria, da qual decorrem o abandono, as doenças, os vícios, os crimes e tudo mais [...]”, apontando ainda como desnecessária a criação de novas leis, tendo em vista que “[...] os menores não precisam desses monumentos, mas de pão, de saúde, de educação” (LYRA apud RIZZINI, 1995, p.136).

A argumentação dos autores coloca-nos frente a duas faces da questão: uma delas pode ser justificada pelo caráter teórico das leis, isto é, mostra-se eficaz em sua redação, mas não o é na concretização de seus princípios; na outra, percebe-se que a oferta de pão, saúde e educação sem que haja legislação específica que a regule pode inserir tal posicionamento no universo da caridade e do assistencialismo, os quais marginalizam o direito do cidadão, desresponsabilizando as instâncias governamentais de suas obrigações para com a sociedade.

A partir da década de 1930 o segmento infanto-juvenil adquire nova visibilidade societária, passando a ser reconhecido como um problema advindo da situação de miséria à qual estava submetido. Desse modo, fortalece-se a assistência social, cujo “objeto” de atuação configurar-se-ia nos “desajustes sociais”, responsabilizando legalmente o Estado pelos cuidados à infância e juventude, assim como nos esclarece o Art. 127 do texto constitucional de 1937:

[...] a infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento de suas faculdades. O abandono moral, intelectual

ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis à sua preservação física e moral, e cria ao Estado o dever de provê-las do conforto e dos cuidados indispensáveis à preservação física e moral. [...] (BRASIL, 1937, p. 32).

A intervenção do Serviço Social diante das causas da criança e do adolescente influencia diretamente na aquisição de novas conquistas para o segmento, a citar a minimização das medidas punitivas e a ampliação do cuidado aos menores por meio da criação de órgãos, nas diversas esferas de governo, que viessem a atender tais objetivos. Entretanto, tal iniciativa tinha como principal objetivo proteger os menores da corrente comunista, a qual ameaçara o país, e não os colocar na posição de cidadãos de direitos.

Mediante a promulgação do Código Penal de 1940, emergem mudanças significativas no cenário nacional, principalmente no que se refere à infância e à juventude. No ano de 1941, cria-se o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), o qual tem como atribuições a orientação dos serviços de assistência aos menores “desvalidos”, acompanhar investigações sociais e psicopedagógicas destes, acolhê-los adequadamente em condições salubres, buscar compreender as causas de possíveis abandonos e situações de delinquência e publicizar os resultados obtidos (Decreto-Lei 3.799, 1941).

Deste contexto advêm discussões acerca do cariz predominantemente jurídico do, até então vigente, código de Menores, as quais se unem com a conjuntura de restabelecimento democrático no país, onde são explicitadas as incontáveis denúncias de maus tratos e violência cometidas pelo SAM⁵ aos internos e terminam por demandar emergência de modificações na assistência ao menor. Diante disso, na aparente intenção de libertar-se das ações repressivas do SAM, institui-se a Política Nacional para Bem Estar do Menor (PNBEM – Lei 4.513 de 1964) e, simultaneamente, a FUNABEM (Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor).

Muito embora a FUNABEM seja amplamente divulgada pelo seu papel de guardião da criança “vítima da pobreza”, segundo Longo (2009) a instituição tem como atribuição conter a elevação da marginalidade infanto-juvenil, o que somente seria possível, de acordo com o discurso governamental, por meio da institucionalização dos menores, sejam eles abandonados e/ou delinquentes, características estas relacionadas exclusivamente à prole da classe trabalhadora.

⁵Em especial a partir da década de 1950, de acordo com Rizzini (1995, p.278), a conduta do Serviço de Assistência ao Menor aguçou a imaginação popular, passando a representar perigo à criança pobre e sendo chamado de “Fábrica de Criminosos”, “Sucursal do Inferno”, “Fábrica de Monstros Morais” e até atribuiu-se um novo significado à sigla SAM: “Sem Amor ao Menor”.

Desse modo, considerando a grande massa trabalhadora existente, tornar-se-ia inviável a concretização das propostas da PNBEM de acolhimento dos filhos desta classe. Assim, surge o Novo Código de Menores, aprovado em 1979 pela Lei 6.697/79, que, além de vir sobrepor à denominação “menor infrator/abandonado” a categoria de menor em situação irregular, preconiza a assistência proteção e vigilância aos menores que se apresentem em situação irregular, cujo Art. 2º da mencionada Lei, exemplifica por aquele que seja:

- I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:
 - a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
 - b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;
- II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;
- III - em perigo moral, devido a:
 - a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;
 - b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;
- IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;
- V - Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;
- VI - autor de infração penal (BRASIL, 1979, p.1).

Em meio a avaliações e críticas sofridas com o passar dos anos, entre as quais a “acusação” de atuar apenas no Rio de Janeiro e não a nível nacional como se propusera, a FUNABEM compromete-se em desenvolver “uma nova política de bem estar do menor” na qual se incorporaria descentralização e ação conjunta, o resgate da cidadania e a modernização.

Todavia, assim como nos é comum vivenciar na conjuntura histórica brasileira, as propostas, mesmo documentadas, divergiam drasticamente da prática e terminava-se por recorrer às velhas práticas que faziam uso nefasto da repressão e punição em prejuízo da proteção e educação, no intuito de corrigir os menores.

Portanto, há de se considerar que a legislação existente não se mostra eficiente quanto à proteção à criança e ao adolescente sendo, eminentemente, de caráter fragmentado e assistencialista, tornando necessária a mobilização social a nível nacional e internacional em prol da construção de um novo aparato legal que, articulando os diversos setores da sociedade, viesse a proteger efetivamente o segmento propiciando-lhe direitos que o posicionem na condição de cidadão.

É nesse contexto do final da década de 1980 e início dos anos de 1990 que emergem: a Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente das Nações Unidas (1989), a qual

reconhece a necessidade de proteção às crianças, antes e após o seu nascimento, em virtude da falta de maturidade destas; a Constituição Federal Brasileira, que em seu Artigo 227 atribui responsabilidades à família, sociedade e Estado quanto à proteção ao segmento; o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Fundação Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (FCBIA), cujo surgimento sequencia a extinção da FUNABEM, tendo como objetivo contemplar os princípios do estatuto desempenhando ações junto às demais esferas governamentais.

2.2 Proteção de direito: desvelando o Estatuto da Criança e do Adolescente

Quando se fala em defesa dos direitos (e deveres) da criança e do adolescente evidencia-se o embate de opiniões entre aqueles que apóiam a concretização de um instrumento em defesa do bem estar físico, moral, social e psicológico das crianças e adolescentes, e os que dela discordam. Deparamo-nos, dessa maneira, com duas argumentações: os que criticam a referida Lei considerando-a inaplicável à realidade brasileira tomando como respaldo os lamentáveis acontecimentos do início da década de 1990, a citar os “[...] arrastões que levaram o pânico às praias da Zona Sul do Rio de Janeiro [...], a destruição do ‘quadrilátero’ da FEBEM paulista [...] e a chacina da Candelária, em pleno centro do Rio [...]”; já os que lutavam/lutam em defesa dela, mostram-se “[...] convictos de que, se pecado houve, foi por timidez e não por excesso [...]” quanto à elaboração do mencionado Estatuto (VOGEL, 1993, p.325).

Destarte, no âmago dessa divergência de idéias, em 13 de julho de 1990, é aprovada a Lei 8069/90, a qual institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com o intuito de proteger integral e indiscriminadamente a infância e a juventude proporcionando-lhes, com absoluta prioridade e desde o início da vida⁶, subsídios para uma existência digna, harmoniosa e saudável.

Entre elogios e críticas, defesas e embates o ECA instaurou uma nova forma de enxergar a criança e o adolescente contemplando, inclusive, o contexto social, familiar e societário em que ela se insere, trazendo à conjuntura nacional aspectos pioneiros sobre o assunto, refletindo em repercussões mundiais positivas em se tratando de aparato legal para, de fato, proteger a criança e o adolescente, sendo considerada criança aqueles/as cuja faixa

⁶ Considera-se a proteção ao segmento infante-juvenil desde o início da vida, devido ser assegurados, no próprio Estatuto, direitos e prioridades à gestante, os quais englobam desde o atendimento pré e perinatal, apoio alimentar à mãe e ao recém nascido até condições propícias ao aleitamento para aquelas inseridas no mercado de trabalho público e/ou privado.

etária seja inferior a doze anos incompletos, e adolescente aqueles/as entre doze e dezoito anos de idade.

Para que sejam contemplados o respeito, a liberdade e a dignidade, pressupostos pelo ECA no trato à criança e ao adolescente, é indispensável o acompanhamento de adultos e/ou instituições para que lhe seja garantido o seu desenvolvimento autônomo e profícuo. Para tanto, tal liberdade limita-se aos aspectos referidos no art.16 da Lei 8.069/90: direito de ir e vir, de opinar e expressar-se, escolher sua preferência religiosa, divertir-se, opinar no âmbito familiar, comunitário e político e de buscar proteção, ajuda e orientação quando lhe convier.

Considerando a necessidade de responsáveis pelo cuidado com a infância e a juventude, a família, considerada como instituição basilar da sociedade, deve ser ambiente primeiro e, se possível, único de criação e convivência desse segmento. A conservação dos vínculos familiares deverá ser priorizada, recorrendo-se, em segundo plano apenas, à colocação em família substituta tendo por finalidade a substituição definitiva da “institucionalização infantil”, a qual nos remete a precedentes de crueldade, perceptíveis nas medidas corretivas e punitivas outrora aplicadas nos abrigos.

A comunidade familiar passou por significativas alterações com o passar das décadas, mediante aprovação da Lei 12.010 em agosto de 2009, sua constituição passa a transcender a comunidade formada pelos pais e descendentes, considerando-se como tal pessoas com nível de parentesco com as quais a criança e/ou adolescente mantenha afinidade e vínculos afetivos; esta aceitação de outras compreensões de família advém da necessidade de adaptá-la ao contexto social, histórico e cultural que se mostra cada vez mais diverso e indispensável à socialização de crianças e adolescentes.

Nesse contexto de novas composições familiares, o ECA menciona a possibilidade de reconhecimento dos/as filhos/as nascidos fora do matrimônio, ressaltando mais adiante que o direito de filiação poderá ser exercido sem quaisquer prejuízos contra pais e herdeiros, assim como bem nos esclarece, respectivamente, os artigos 26 e 27 da referida Lei:

Art. 26. Os filhos havidos fora do casamento poderão ser reconhecidos pelos pais, conjunta ou separadamente, no próprio termo de nascimento, por testamento, mediante escritura ou outro documento público, qualquer que seja a origem da filiação [...]

Art. 27. O reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e imprescritível, podendo ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem qualquer restrição, observado o segredo de justiça (BRASIL, 2008, p.20).

De acordo com a redação legal os pais “poderão” reconhecer a paternidade dos filhos, outrora chamados “ilegítimos”, enquanto estes têm direito de exigí-la. Desse modo, presumindo a obrigatoriedade do reconhecimento, já que nos é assegurado algo à medida que alguém tem por obrigação cumpri-lo, consideramos tal iniciativa como uma evolução no âmbito dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, em especial, no que tange à igualdade entre a prole.

É válido ressaltar que a capacidade de proteção e socialização incorporada à família deve sobrepor-se ao seu modo de estruturação, deixando-se de lado o favorecimento do modelo nuclear, o qual muitas vezes não oferece condições propícias para a criança e o adolescente, comprometendo o seu desenvolvimento pleno e saudável.

Muito embora o seio da família natural seja o ambiente ideal para o crescimento da prole, o Estatuto estabelece formas de acolhimento temporárias ou definitivas às crianças e adolescentes, caso seja-lhes inviável a convivência familiar e tenham sido esgotadas todas as alternativas e tentativas de permanência, são elas:

- ✓ **A guarda:** tem como escopo suprir eventual falta dos pais ou ocasiões urgentes, pressupondo assistência material, moral e educacional, atribuindo à criança ou adolescente condição de dependente, podendo ser anulada, a qualquer momento, por ato judicial fundamentado;
- ✓ **A tutela:** pode ser concedida perante morte dos pais, declaração de ausência, suspensão do poder familiar, ou ainda de maneira testamentária (vontade expressa em documento), dativa (estabelecida, em juízo, a pessoa idônea) e legítima (detém o direito devido ao parentesco);
- ✓ **A adoção:** além de ser a única medida que gera um estado de filiação e uma plenitude de direitos entre os filhos já existentes, constitui-se como irrevogável, podendo ser exercida também por apenas uma pessoa. Tal medida deverá ser precedida por um estágio de convivência, exceto se o adotado já se encontrar em tutela ou guarda do adotante, de modo a ter constituído o vínculo.

Desse modo, estar-lhe-á assegurada a proteção integral, no seio da sua família, independentemente da forma como está constituída, fazendo-se cumprir o dever do Estado, da sociedade e da instituição familiar de propiciar à criança e ao adolescente atendimento das suas necessidades básicas, tornando-lhes cidadãos de direito. Assim, tendo como pretensão a preparação cotidiana para o desenvolvimento da cidadania torna-se primordial o acesso irrestrito à educação, cultura, esporte e lazer, tendo em vista que, neste âmbito, estarão disponíveis inúmeras opções entre as quais lhe caberá suas escolhas, que, indiscutivelmente,

terão por reflexo o respeito dos educadores, pais e sociedade, como “anexo” da liberdade que lhe é imputada.

O direito à educação para crianças e adolescentes divide responsabilidade entre os pais e poder público: aos primeiros compete a obrigatoriedade de efetuar a matrícula na rede regular de ensino e interagir com o processo educacional, enquanto ao Estado cabe a incumbência de prover ensino fundamental e médio gratuitos, bem como condições para o acesso e permanência na escola, atenção especial aos portadores de deficiência, atendimento em creches e pré-escolas, ofertar educação regular no período noturno para aqueles jovens que trabalham durante o dia e subsidiar o acesso aos níveis educacionais mais elevados (BRASIL, 2008).

No entanto, o que se constata nas salas de aula brasileiras é um simples “criadouro” de mão de obra, vale salientar, mecânica, que atenda à demanda mercadológica, um dos motivos pelos quais se “expulsa” inúmeros jovens do universo escolar. Nesse sentido, concordamos com Camargo (2007), quando, em análise da problemática, ele culpabiliza não os pais, alunos e/ou educadores pela evasão escolar, mas a própria escola, afirmando que:

[...] A educação brasileira possui um currículo baseado na transmissão de conteúdos, fechada para o contexto social e preocupada muito mais com as disciplinas técnicas do que com as disciplinas reflexivas do mundo em que vivemos. [Além disso,] confunde-se formação com apropriação e memorização de conteúdos disciplinares. É uma escola pouco atraente, que utiliza a avaliação como instrumento de punição, ferramenta de poder para professores, e mero medidor de absorção de conteúdos. O resultado é o desestímulo, o abalo da auto-estima, o abandono, e a perda de referência da educação como fator de integração à sociedade, ao emprego e a melhoria da qualidade de vida destes jovens e suas famílias (CAMARGO, 2007, p.1 – grifos nossos).

Estabelece-se, ainda, no capítulo V do ECA, regimentos para a profissionalização e proteção no trabalho, elencando as condições para o empregador inserir jovens no âmbito de suas empresas; entre os condicionantes, encontra-se: a proibição de trabalho àqueles menores de quatorze anos, exceto em condição de aprendiz⁷, a qual presume disposição de bolsa; a compatibilidade de horários às atividades educacionais; a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários aos maiores de quatorze anos em processo de aprendizagem; e a

⁷ O artigo 7º, em seu inciso XXXIII, da Constituição Federal explicita de modo mais claro os condicionantes para a inserção de jovens no mercado de trabalho, ratificando determinando como proibido “[...] o trabalho noturno ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos” (BRASIL, 2011, p. 22).

predominância do caráter educativo em prol do desenvolvimento pessoal e social do adolescente. Além disso, é indissociável desta capacitação a adequabilidade às condições do mercado de trabalho e o respeito à peculiaridade de pessoa em desenvolvimento, do adolescente empregado.

Como toda determinação legal, para que seja posta em prática, necessita de fiscalização (o que nem sempre implica em sê-lo), ao Ministério Público compete “[...] a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e indisponíveis” (BRASIL, 2011, P. 92), assim sendo cabe a este a defesa da efetivação dos direitos da criança e do adolescente e, conseqüentemente, a inspeção das instituições que os acolhe e das medidas a eles aplicadas nos termos da legislação vigente.

Entretanto, vê-se comumente a aplicabilidade isolada das medidas previstas em lei, sem que se considere a amplitude de fatores que circundam a criança e o adolescente, marginalizando o cariz educacional e pedagógico preconizados, e nem tão pouco executando o direito individual prescrito no artigo 106 do Estatuto, segundo o qual “Nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente” (BRASIL, 2008, p. 49).

Diante do exposto, Melo (2000) esclarece os possíveis resultantes da conduta daqueles que deveriam prezar pela defesa incondicional dos direitos da infância e da juventude:

Agindo assim, não fiscalizam os estabelecimentos onde estas crianças e adolescentes ficam internados, quando é o caso de internação (é só assistir à televisão e perceber que quase toda semana há rebeliões nos "estabelecimentos destinados à recuperação" dos menores infratores), não atentando para o fato de que esses jovens lá estão para se tornarem pessoas melhores e se desenvolverem de acordo com as regras da sociedade (que muitas vezes nem são tão justas como querem aparentar); não se preocupam com o destino daquele "cheira-cola" que é posto novamente no convívio da família, muitas vezes problemática, o que se constata pelas estatísticas, sendo ela (a família) um dos maiores fatores que levam esses jovens a permanecerem nas ruas (MELO, 2000, p. 1).

A criminalização do segmento infanto-juvenil e discriminação do Estatuto da Criança e do Adolescente têm sido influenciadas pela mídia, a partir da qual se criou o mito de que a referida Lei veio acobertar os “pequenos delinquentes”. Contudo, percebe-se que “Abre-se o olho quando o fato ilícito é atribuído aos adolescentes [...], mas fecha-se quando o agente da ilicitude é o poder público que não cumpre a lei [...]” (MELO, 2000, p. 1) posicionando a

família como “célula central do problema” perante os telespectadores assíduos dos telejornais sensacionalistas de plantão.

Nesse contexto cumpre-se mencionar que, de acordo com o aparato legal de proteção à criança e ao adolescente, todos os sujeitos individuais e coletivos são responsáveis pelo acolhimento desses indivíduos; sendo assim, a tv aberta constitui-se como um dos instrumentos inerentes ao sistema de proteção à infância e a juventude, o qual é caracterizado como “[...] o universo normativo relativo aos direitos da criança e do adolescente, composto por regras e princípios referidos direta ou indiretamente a eles [...]” (PEREIRA JÚNIOR, 2006, p. 88), havendo ainda a rede protetiva que engloba as entidades e instituições que atuam no mencionado sistema.

Assim, como parte integrante desse universo protetivo “As emissoras de rádio e televisão somente exibirão, no horário recomendado para o público infanto-juvenil, programas com finalidades educativas, artísticas, culturais e informativas” (BRASIL, 2008, p. 36), ou pelo menos deveriam seguir tais determinações Estatutárias em prol do bem estar físico, mental, moral e social da criança e do adolescente.

Tendo em vista que, a cada dia “perdido” em frente à programação fetichista e alienadora da mídia telecomunicativa, evidencia-se claramente o não cumprimento das “recomendações” do ECA, implica-nos inferir que, mesmo sob as determinações legais (teóricas), o sistema de informações midiáticas no Brasil atua de modo inconstitucional, assim como explicita Fonteles (2008, p. 78):

[...] se diante da questão da publicidade voltada para o público infantil, for feita uma interpretação sistemática da Constituição Federal de 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código de Defesa do Consumidor, concluir-se-ia pela total ilegalidade dessa prática. Ainda que na vida cotidiana essa atividade seja tolerada.

A lógica indiscriminada do capital parece não encontrar barreiras para a disseminação de suas atrocidades, utilizando-se dos mais diversos meios para ludibriar os mais distintos públicos, dentre os quais nem as crianças e os adolescentes são poupados. A mídia, tão universal quanto o direito à saúde, por exemplo, adentra no seio de todas as classes sociais no mesmo nível de proporcionalidade, competindo

[...] com os valores familiares dentro das mentes, almas e corações das crianças [significando] que as crianças são [constantemente] bombardeadas da manhã à noite com mensagens produzidas não com o objetivo de tornar suas vidas melhores, mas de [enfeitá-las, no

intuito de] vender alguma coisa [...] (LINN apud FONTELES, 2008, p. 78-79, grifos nossos).

Se existindo todo um aparato legal em defesa da criança e do adolescente, ainda se há negligência dos direitos fundamentais a eles inerentes, mais alarmante seria caso não o existisse perante a conjuntura atual de negação de direitos e redução constante do papel do Estado. Portanto, diante da impotência esclarecida da legislação frente à ofensiva do capital, cabe-nos refletir acerca de um dos aspectos indispensáveis à manutenção da qualidade de vida do segmento: o direito à saúde.

2.3 A relação entre o NASF e o ECA no tocante à atenção à saúde

A infância e a juventude passaram a ter garantias efetivas a partir da promulgação da Constituição Federal (1988) e da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a partir dos quais se torna obrigatória a garantia de todos os direitos do segmento pela família, sociedade e Estado assim como assegura o Artigo 227 da Lei Maior:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2011, p. 144).

Apesar de haver legalmente o dever do poder público de prover cuidados à criança e ao adolescente, vale destacar que o Estado aparece em terceiro plano tanto na Constituição quanto no próprio Estatuto, isto é, a redação dos textos traduz, implicitamente, a intencionalidade de desresponsabilização pública cabendo a esta proteger o segmento, entretanto, apenas perante a ausência das demais instituições referenciadas.

No que tange à promoção da saúde deste segmento, o ECA apresenta nitidamente na sua redação a obrigatoriedade do poder público quanto ao atendimento integral da criança e do adolescente sendo-lhes assegurado, via Sistema Único de Saúde, “[...] o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em saúde”, atendimento especializado àqueles portadores de deficiência e o fornecimento gratuito de “[...] medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (BRASIL, 2008, p.17).

Não obstante as incumbências legais do Estado diante do segmento, o Relatório da Saúde à Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas (2002) enfatiza um relevante aumento da participação da sociedade civil através de organizações não governamentais, a citar: a ABRINQ e a Pastoral da Criança. A primeira “articula e mobiliza a sociedade civil e o poder público para transformar a criança e o adolescente em prioridade, promover e dar visibilidade a políticas e ações bem-sucedidas que possam ser disseminadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), já a segunda promove ações destinadas à sobrevivência e ao desenvolvimento integral da criança, além da melhoria da qualidade de vida das famílias carentes.

Tais entidades ratificam a continuidade do processo de desresponsabilização do Estado na gestão das políticas públicas, na medida em que conclamam a sociedade de um modo geral para, voluntariamente, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes acolhidos pelas referidas instituições. Esse caráter fica claro quando são mencionadas as pessoas que desempenham as ações:

O trabalho voluntário é realizado prioritariamente por mulheres pobres, independentemente de raça, cor, religião ou opção política, capacitadas como líderes comunitárias. Ao assumirem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias vizinhas, para que se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social, transformam suas próprias famílias e comunidades, resgatando valores e práticas de valorização da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 18).

Ainda assim, de acordo com o art. 14 do Estatuto (2008), o SUS tem por competência promover programas de assistência médica e odontológica que atendam à demanda infantil e, ainda, desenvolver campanhas educacionais para pais, educadores e alunos no intuito de precaver enfermidades.

Nesse propósito, de informar para prevenir, insere-se o trabalho multiprofissional da equipe do NASF, cabendo a esta propor, discutir e planejar com as Equipes de Saúde da Família ações de saúde da criança e do adolescente, além de contribuir para o aprimoramento destas. Nesse sentido, remete-se à importância do trabalho multiprofissional, ou seja, da articulação entre as Estratégias Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), da capacitação contínua dos profissionais destas instituições, em prol da melhoria da qualidade de vida do segmento infanto-juvenil.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2009) incluem-se nessa dinâmica ações para a promoção da saúde integral da criança e do recém-nascido, incentivo e proteção

ao aleitamento materno, prevenção da violência, promoção da cultura de paz e investigação de óbitos infantis, considerando os direitos da gestante e do próprio bebê, desde a sua gestação.

Desse modo, cabe à equipe do NASF, entre as diversas atribuições destinadas à infância, apoiar a ESF na identificação de crianças que sinalizem perigos clínicos e atrasos de desenvolvimento, orientando os pais ou responsáveis ao estímulo e encaminhando-as, quando necessário, ao serviço especializado mais próximo; na interpretação, execução e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança; realizar visitas domiciliares àquelas em situação de risco; desenvolver práticas de educação permanente com os profissionais das ESF para ações de puericultura, auxiliar na elaboração de estratégias de atendimento, acolhimento e acompanhamento das crianças que apresentem problemas familiares, risco social ou afetivo-cultural, entre outras.

No que tange à adolescência, ela configura-se como um período marcado por transformações anatômicas, fisiológicas, sociais, psicológicas e sexuais, as quais refletem diretamente no comportamento infanto-juvenil. Diante disso, compete à equipe especialista subsidiar as ESF na busca pela adequação dos serviços às demandas do referido segmento considerando como princípios fundamentais: a ética, caracterizada pela preservação do respeito, autonomia e liberdade (previstos no ECA) na relação entre profissional e adolescentes; a privacidade, que considera o direito do adolescente obter o atendimento sozinho; e o sigilo, a partir do qual jovens e adolescentes terão garantida a confidencialidade das informações prestadas, exceto em situações que envolverem riscos relevantes tanto para a pessoa quanto para terceiros, onde os pais ou responsáveis serão devidamente comunicados (BRASIL, 2009).

Além disso, tendo em vista o baixo índice de adoecimento dos adolescentes e o fato de que estes, raramente, têm consideradas suas necessidades e especificidades, os profissionais do NASF têm o papel discutir com as ESF sobre o planejamento de ações desenvolvidas conforme as principais diretrizes para a atenção e cuidado integral de jovens e adolescentes, dentre as quais o Ministério da Saúde (2009, p. 118) elenca:

[...] a promoção da saúde integral de adolescentes e jovens, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como fator de proteção e de prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo, álcool e outras drogas, e de agravos como os que são ocasionados pela violência de um modo geral, atenção à saúde da gestante adolescente e ao adolescente do sexo masculino.

Diante disso, é indispensável destacarmos a importância do envolvimento dos/as adolescentes com os mais diversos setores da sociedade, tais como: as escolas, os Centros de Referência Especializada em Assistência (CREAS), os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), igrejas, grupos de jovens e de entretenimento e, inclusive, os serviços de saúde, como forma de contribuir para resolutividade efetiva das questões que envolvem os adolescentes através do vínculo estabelecido entre estes e a equipe de saúde.

A frequência das crianças e adolescentes no NASF de Queimadas tem proporção e objetivos diferenciados. A presença das primeiras é constante na unidade, entretanto, na condição de meras acompanhantes e/ou demandárias da consulta pediátrica, o que desperta para a ausência de práticas educativas e recreativas direcionadas a esta faixa etária, sobressaindo-se, assim, o fator patológico afastando a possibilidade de contato direto com elas, que propiciaria a identificação de problemas familiares e/ou sociais que, por ventura, existam.

No que se refere aos (as) adolescentes a realidade é inversa, pois, constitui-se como um público, em sua maioria, ausente da unidade (exceto nos casos de gravidez na adolescência, onde se evidencia uma procura mais constante à procura da realização do pré-natal). A situação que se apresenta é inquietante, tendo em vista que se trata de um segmento em processo de transformações e descobertas, ressaltando-nos a necessidade da promoção de ações educativas e até criação e fortalecimento de grupos destinados à permuta de experiências e conhecimentos entre os/as profissionais e este público.

A partir da observação de ações desenvolvidas na cidade, nas quais crianças distraíam-se mediante apresentações com fantoches e paródias, por exemplo, e adolescentes interessaram-se por atividades culturais, a citar teatro e dança, foi verificado que se é possível utilizar-se do que já lhes é atraente para transmitir-lhes informações essenciais ao seu convívio e bem-estar social.

Desse modo, torna-se imperativa a viabilização de políticas públicas contínuas direcionadas à infância e à juventude, não apenas como cumprimento de regulação legal, mas como forma de garantir proteção a tal segmento, como também promover a disseminação de informações, estimulando, assim, a prevenção de males inerentes a este público em situação de vulnerabilidade. Para tanto, torna-se imprescindível que se tratem crianças e adolescentes, considerando suas peculiaridades: no caso das primeiras, atuando em consonância com a Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, enquanto aos segundos, fortalecendo a autonomia e não lançando juízos de valor.

2.4 Contextualização do NASF na cidade de Queimadas - PB

A cidade de Queimadas localiza-se no Agreste paraibano e começou a ser povoada por volta de 1889, sendo distrito de Campina Grande até dezembro de 1961, data em que se emancipa politicamente e eleva-se à condição de município por meio da lei estadual nº 2.622. Atualmente sua população é estimada em 41.049 habitantes (IBGE, 2010), com a área da unidade territorial de 401,114 km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) correspondente a 0,59.

No que tange aos aspectos econômicos, a cidade caracteriza-se pelo desenvolvimento simultâneo da agricultura, pecuária e do comércio; nas manifestações culturais, preserva, nas áreas rurais, a tradição bicentenária do Côco de Roda e possui, ainda, um considerável potencial turístico seja através de eventos (Festa de Reis) ou de esportes radicais (rapel no Complexo Pedra do Touro).

O município conta com uma razoável estrutura social de atendimento à população, isto é, por intermédio da Secretaria de Trabalho e Ação Social (SETRAS), é subsidiado pelas seguintes instituições: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o qual é constituído por 2 assistentes sociais e 2 psicólogos; e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que possui assistente social, pedagoga, psicóloga e advogado. Além disso, há o Pro Jovem Adolescente, formado por quatro pedagogas e um nutricionista, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), apoiado por quatro pedagogas, uma coordenadora e uma nutricionista, e o Programa Bolsa Família (PBF) composto por gestor, assistente social e digitadores.

Quanto à esfera da saúde, a cidade é assistida por 27 estabelecimentos, dentre os quais 24 são públicos, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, e 3 pertencem à iniciativa privada (IBGE, 2009). Percebe-se ainda que há a cobertura total da ESF na região e, além disso, de acordo com a atual secretária de saúde do município (2009 – 2010), Queimadas tem atingido e/ou superado as metas de campanhas de vacinação, como é o caso da 3^o dose tetravalente. Entretanto, se a Estratégia Saúde da Família fosse suficientemente eficaz na prevenção, promoção e reabilitação em saúde, como se é demonstrado, não haveria a necessidade da criação de um instrumento que viesse a apoiá-la, o que não se constitui peculiaridade deste município, mas se aplica ao contexto nacional.

Em setembro de 2008 fora encaminhado o projeto do NASF da referida cidade e, logo mais em janeiro de 2009, a equipe começou a desempenhar suas atividades ainda sem

estrutura montada, numa sala de apoio na Secretaria de Saúde. Posteriormente, iniciou-se uma reforma no local destinado à sua sede, a qual foi inaugurada em 14 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade.

O NASF de Queimadas localiza-se na Avenida Severino Bezerra Cabral, s/n no centro da cidade e conta com uma estrutura física composta por: uma sala de espera, uma recepção, três consultórios (a exceção do de ginecologia, os demais funcionam conforme a demanda diária), uma sala multifuncional, uma brinquedoteca, uma copa e três banheiros. Se considerarmos a proporção de profissionais tal acomodação torna-se insuficiente para comportar as duas equipes, entretanto, cabe lembrar que o objetivo principal do NASF seria prestar apoio à ESF, o que não demandaria uma sede.

O fato de existir, para o NASF de Queimadas, uma sede surpreende aos que tomam conhecimento, pois, como suas diretrizes já apontam, ele deve auxiliar a ESF no atendimento à comunidade e não realizá-lo. Na verdade o que aconteceu foi a transformação do que seria apoio em uma equipe de profissionais especialistas que atendem às demandas não comportadas pelas estratégias.

Muito embora seja inerente ao NASF tanto o apoio matricial como assistencial, o que se presencia é realização cotidiana de consultas, o que descaracteriza a função de apoio e configura-se mais como uma nova unidade de saúde, com funcionamento semelhante à ESF, sendo que composta por especialistas e com outra nomenclatura. Tal predominância era explicada devido à deficiência do município no que tange à saúde e, inclusive à inexistência de hospital no mesmo, entretanto, mesmo após a instauração de uma unidade hospitalar na cidade o atendimento por parte do NASF continuou sendo prestado, apenas com modificações nos horários de funcionamento.

Apesar disso, a equipe desenvolve esporadicamente projetos (gestantes de auto-risco, terapia comunitária, caravana da saúde, grupo do climatério, etc), atividades (consultas domiciliares, atendimentos grupais e individuais, etc) e programas (antitabagismo, atendimento clínico nutricional nas creches, etc), os quais transcendem o espaço da unidade, e descentralizam-se para as dezesseis ESFs existentes nos bairros da cidade.

A continuidade dessas atividades, muitas vezes é inviabilizada pelas condições materiais oferecidas pelo governo municipal, ou seja, ciclos de debates, consultas domiciliares, reuniões de grupos, sobretudo na área rural, têm sua realização, qualidade e resultados comprometidos devido à dificuldade de deslocamento, pois, o único transporte “disponibilizado” para o NASF divide dias e horários com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade.

Na atual sede funcionam dois NASF: Pedra do Touro e Tataguassú. O primeiro, hoje⁸, é constituído por assistente social, psicóloga, educador físico, duas fisioterapeutas, ginecologista e acupunturista; enquanto ao segundo integram os seguintes profissionais atualmente: nutricionista, psicóloga, duas fisioterapeutas, pediatra, educadora física e ginecologista/obstetra. Há ainda a equipe de apoio comum a ambos, a citar: técnica em enfermagem, recepcionista, auxiliara de limpeza e vigilante.

A cada NASF atuante cabe a responsabilidade por oito equipes de Estratégia Saúde da Família, as quais possuem entre 1.500 e 4.200 pessoas atendidas, como explicita o quadro a seguir, construído a partir de documentos internos da unidade:

Equipes de saúde (NASF I)	População	Equipes de saúde (NASF II)	População
Castanho	2.998	Ligeiro I	3.215
Zumbi	1.679	Ligeiro II	2.741
Central	4.195	Guritiba	2.104
Aníbal Teixeira	2.953	Olho d'água	3.356
Vila	3.951	Barracão	1.592
Rua Nova	2.431	Malhada Grande	2.339
Zé Velho	1.912	Riacho do Meio	2.608
Baixa Verde	1.644	Campinas	1.499
Total →	21.763	Total →	19.454

Fonte: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) – Queimadas/PB (2009).

Em se tratando do perfil da população atendida verificou-se que há a predominância de usuários/as de baixo nível social, residentes tanto em área rural como urbana, de faixa etária variada e, em sua maioria, mulheres. No que tange especificamente à infância, a presença na unidade restringe-se aos dias em que a pediatra realiza atendimentos de puericultura, e à adolescência pouco se vê a procura dos serviços da equipe multiprofissional.

⁸A princípio, na equipe do NASF Pedra do Touro, existia ainda, ginecologista e pediatra, no entanto, no período em que foi desenvolvida a pesquisa, a primeira encontrava-se afastada das suas atribuições devido problemas pessoais, enquanto o segundo havia falecido.

3 A COMPREENSÃO DOS/DAS PROFISSIONAIS DO NASF DE QUEIMADAS ACERCA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: resultados e análises dos dados

3.1 Aspectos metodológicos da pesquisa

A investigação que ora apresentamos teve caráter quanti-qualitativo e exploratório, indispensáveis para que se mantivesse uma primeira aproximação com o tema. De acordo com Gil (2002), o estudo exploratório objetiva propiciar maior proximidade com o problema, no sentido de torná-lo mais visível ou ainda no intuito de construir hipóteses, proporcionando ainda o aperfeiçoamento de idéias ou descobrimento de intuições.

Além disso, o estudo respaldou-se no método dialético, que de acordo com Richardson (2008), possui dois princípios fundamentais: o de conexão universal dos objetos e fenômenos e o de movimento permanente e do desenvolvimento, os quais demonstram o compromisso da pesquisa com a constante articulação entre as dimensões micro e macro sociais da instituição observada.

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Queimadas, onde funcionam duas equipes: NASF Tataguassú e NASF Pedra do Touro, constituídos por cerca de 15 profissionais, dentre os quais, foram sujeitos da investigação todos aqueles de nível superior inseridos no NASF Pedra do Touro, o que corresponde a 6 profissionais, tendo em vista que outro não possui Assistente Social vinculada/o à sua equipe.

Vale salientar que os instrumentos que viabilizaram o referido estudo foram submetidos à avaliação do Comitê de Ética, passando a ser executado apenas após aprovação deste. Diante disso, os dados foram obtidos mediante entrevistas com roteiro semi estruturado, registradas através do gravador, conforme nos foi permitido, considerado essencial para manter fidelidade ao conteúdo das falas. Tais registros foram submetidos à análise de conteúdo, a qual é caracterizada como:

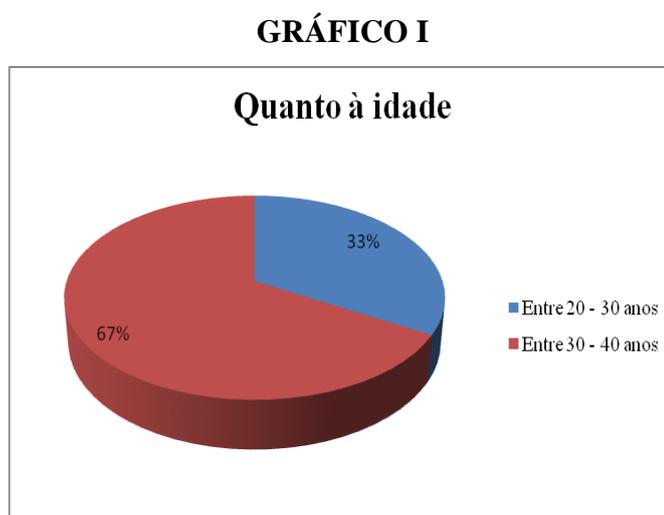
Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Considerando que, a concretização dos direitos fundamentais da criança e do adolescente é indissociável do mínimo de conhecimento do conteúdo legal a respeito, despertou-se para a necessidade de saber se este existia no âmbito do NASF, pois a partir do momento em que um profissional da saúde detém tais informações, ele tem propriedade para intervir na situação-problema que lhe for demandada direta ou indiretamente pelo usuário do serviço, como também para “[...] prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 2008, p. 33).

Diante disso, desenvolveu-se o estudo visando identificar qual o nível de conhecimento existente entre os profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família da cidade de Queimadas a respeito dos direitos da criança e do adolescente, quais as entidades existentes no município que os protegem, assim como verificar se há atividades direcionadas ao segmento e quais são elas, identificando aí a existência ou não do trabalho multiprofissional e/ou em rede.

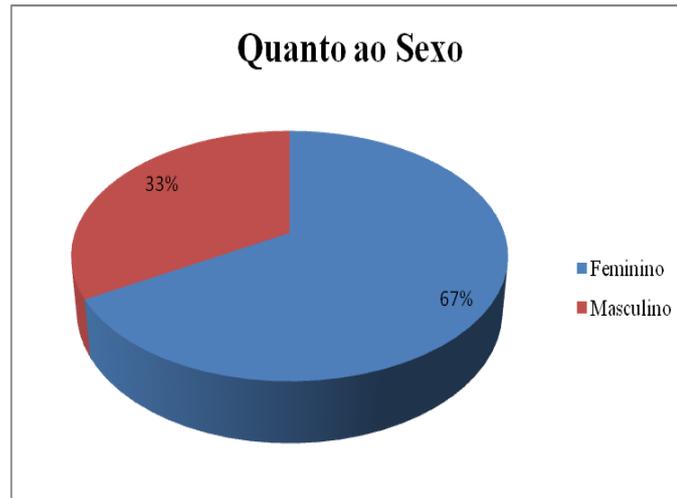
A coleta dos dados possibilitou-nos identificar aspectos diversos dos profissionais que compõem o NASF do município de Queimadas, a citar: idade, sexo ano da graduação, permitindo-nos traçar o perfil da equipe, assim como nos explicita os gráficos que se seguem.

3.2 Perfil dos/as profissionais entrevistados



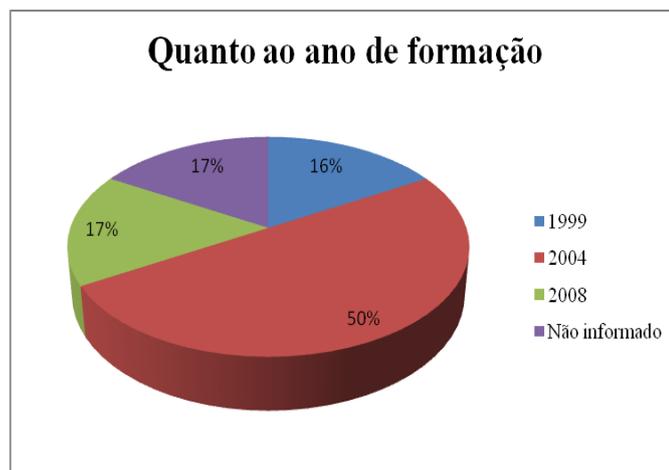
Fonte: Primária.

No tocante a faixa etária, 33% dos/as entrevistados/as tem entre vinte e trinta anos e 67% está na faixa etária compreendida entre trinta e quarenta anos.

GRÁFICO II

Fonte: Primária

Com relação ao sexo, foi evidenciado que a maioria dos/as profissionais entrevistados/as é do sexo feminino.

GRÁFICO III

Fonte: Primária

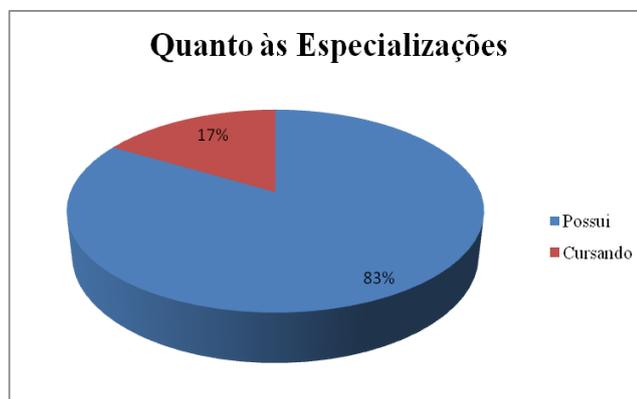
O gráfico acima explicita que 16% dos/as entrevistados/as formaram-se nos anos de 1990, especificamente em 1999, enquanto 67% formou-se na primeira década dos anos 2000.

Destarte, a formação dos/as profissionais entrevistados/as mostra-se bem recente, fator que pode contribuir para a construção de propostas que visem o desenvolvimento de ações conjuntas frente ao serviço, considerando a escassez de conhecimentos e/ou experiências existentes a respeito do próprio NASF.

No tocante a área de formação dos/as profissionais inseridos/as no NASF, constatou-se a existência de diversas especialidades, tendo em vista que há dois profissionais de

fisioterapia, um de acupuntura, um de educação física, um de psicologia e um de serviço social.

GRÁFICO IV



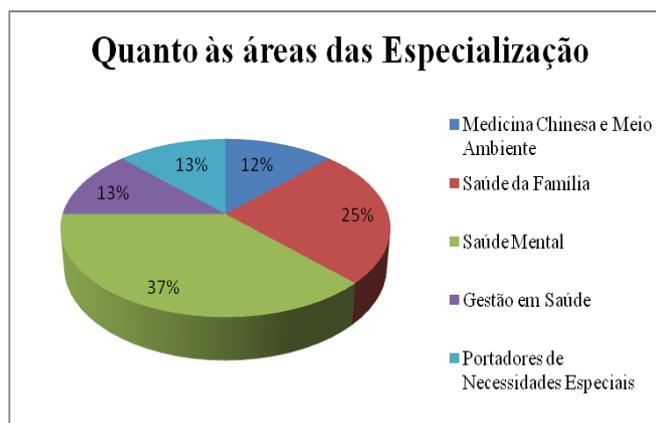
Fonte: Primária

A respeito da busca por qualificação profissional, constata-se que a equipe do NASF encontra-se em constante aperfeiçoamento. Considerando que 83% da equipe já possui especialização e 17% encontra-se cursando especializações. Portanto, nota-se que a totalidade dos profissionais reconhece a necessidade e relevância de especializarem-se para a melhoria da qualidade de suas práticas.

No que tange às áreas de especializações, identificou-se as mais distintas, porém indispensáveis para a concretização do novo conceito de saúde adotado desde 1948 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e ratificado pela Constituição Federal de 1988, que passa a compreender, conforme já fora mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, a saúde como resultante de uma série de fatores.

Ressalta-se que apesar da predominância da busca por especialização na área de Saúde Mental (37%), destacou-se também a busca pela área de Saúde da Família (25%) e das áreas da Medicina Chinesa e do Meio Ambiente (12%) como também da Gestão em Saúde (13%) e Necessidades Especiais (13%), conforme pode explicitar o gráfico abaixo:

GRÁFICO V



Fonte: Primária

É válido ressaltar ainda que as áreas do Meio Ambiente e da Medicina Chinesa, não se restringem ao mero conhecimento profissional, mas expande-se à utilização nas práticas cotidianas. Quanto ao primeiro foi observada a utilização de sucos naturais como complemento aos tratamentos desenvolvidos, enquanto à segunda atribui-se a compreensão de que “[...] sempre há dois indivíduos: há um indivíduo interno e há um indivíduo externo [...]” (Entrevista 1).

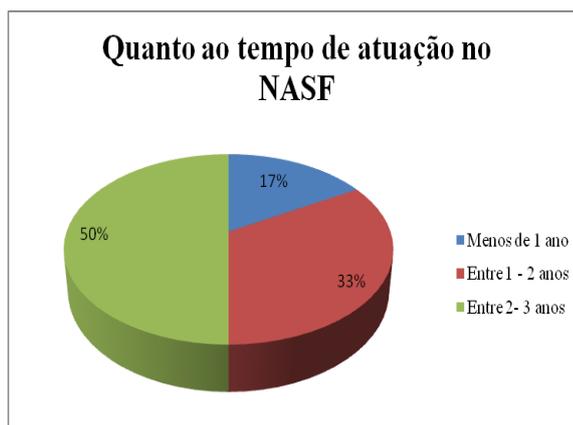
GRÁFICO VI



Fonte: Primária

Os profissionais entrevistados trabalham de dois a nove anos na área de saúde, fator o qual demonstra certa experiência nesta área, tendo em vista que 83% do total de profissionais que participaram da pesquisa atuam na saúde no período compreendido entre seis e nove anos.

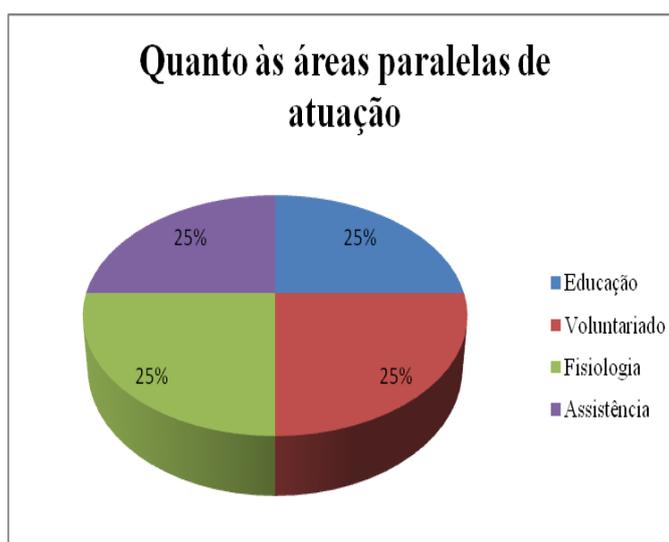
GRÁFICO VII



Fonte: Primária

No que se refere ao tempo de atuação no NASF, constatou-se que tal período não poderia exceder os três anos de sua criação nem tão pouco os 2 de implementação no município de Queimadas. Verifica-se que a grande parte dos profissionais entrevistados afirma atuar no Núcleo entre 2 e 3 anos (50%), 33% no período de 1 e 2 anos e, apenas 17% desempenha atividades no NASF a menos de um ano.

GRÁFICO VIII



Fonte: Primária

Conforme os dados coletados e expostos no gráfico acima, 25% dos profissionais, sujeitos desta pesquisa, trabalharam na área de educação, 25% na esfera do voluntariado, 25% na fisiologia, e 25% na assistencial.

Tal diversidade de áreas de trabalho demonstra que a equipe que compõe o NASF de Queimadas apresenta um perfil diferenciado de experiências, fator o qual pode/deve

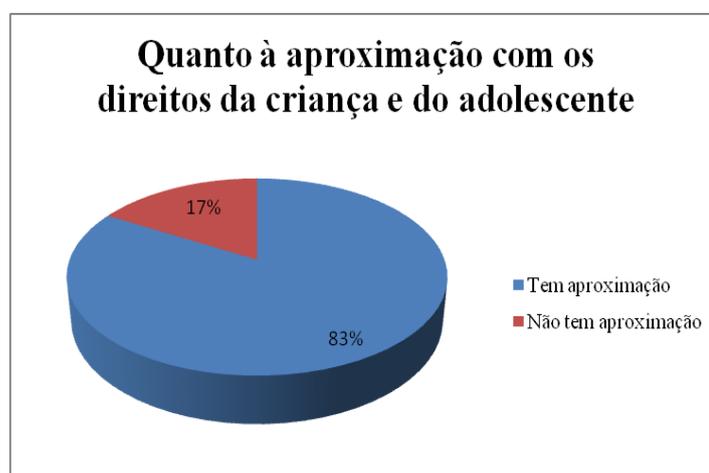
contribuir significativamente para o encaminhamento das demandas que surgem no cotidiano profissional.

3.3 Compreensão dos/as profissionais no tocante aos direitos da criança e do adolescente

Considerando a relevância dos profissionais da saúde para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, os quais se constituem em pré-requisitos para o bem estar deste segmento, buscou-se investigar se tais profissionais tinham conhecimento a respeito da Lei 8.069/90, que rege sobre os direitos fundamentais da infância e da juventude.

Entre os entrevistados, 83% afirmou ter aproximação com os direitos da criança e do adolescente, enquanto 17% disse não o ter, assim como se apresenta o gráfico a seguir:

GRÁFICO IX



Fonte: Primária.

Apesar do resultado visivelmente satisfatório, há de se considerar os modos como os profissionais afirmaram ter aproximação à temática referente aos direitos da criança e do adolescente, conforme evidenciaremos a partir das falas abaixo:

[...] tenho tanto pelo que eu vi na faculdade e que eu já li por mim [...] mas na minha prática diária só se, claro né que a gente trabalha respaldado sabendo que tem o Estatuto e tudo, mas aquela coisa assim, diretamente eu li com o ECA, não né?! Mas, a gente tem né aproximação tá assegurado com o que dá [...] (Entrevista 3).

[...] quando eu tava no CRAS ou no CREAS, eu [lidava] diretamente [...] ao Estatuto, mas aqui nem tanto, mas não deixa de ser né; quando se trata de adolescentes grávidas essa questão que eu trabalho aqui no NASF, então eu preciso tá em contato, claro, com o Estatuto [...] (Entrevista 5).

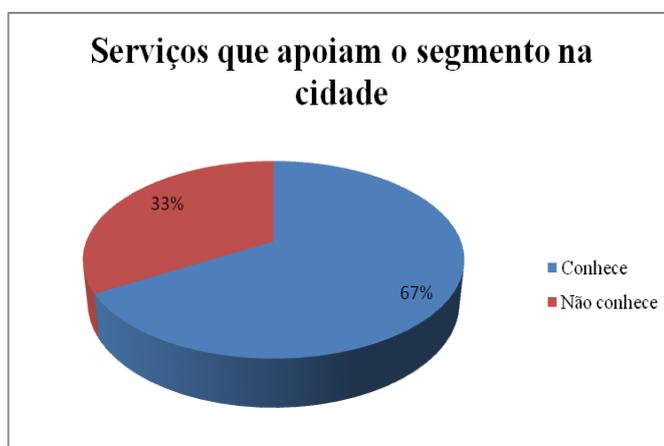
[...] a clientela infantil ainda é pequena [...] o usuário na parte infanto-juvenil que veio não necessitava dessa parte de direitos da criança (Entrevista 6).

As entrevistas apresentadas nos propiciam visões diversas do tema em questão. Na entrevista três pode-se constatar que o/a profissional afirma ter transcendido o âmbito acadêmico e buscado conhecer o Estatuto, mesmo que não o faça na íntegra. O/a profissional cinco, explica que já esteve em um trabalho mais direto, o qual exigia conhecimento mais amplo acerca dos direitos da infância e da juventude, no entanto ressalva a necessidade de manter este contato para atender às demandas do segmento.

Numa outra perspectiva encontra-se a entrevista 6, onde se afirma não conhecer a Lei estatutária devido à “clientela” ser reduzida e, além disso, aquela que lhe chega não se relaciona aos direitos. Ora, para se atender a criança e o adolescente é indispensável que se tenha esclarecido o que lhe é garantido legalmente, independente da quantidade de procura e, ainda mais, se a saúde constitui-se um dos direitos fundamentais da infância e da juventude, aquele/a “pequeno/a usuário/a” do NASF busca, através deste dispositivo, a concretização desse direito.

Ainda nesse sentido, identificamos que 67% dos/as profissionais dizem conhecer os serviços que assistem o segmento infanto-juvenil na cidade e 33% afirmaram não os conhecer, o que é ilustrado no gráfico abaixo:

GRÁFICO X



Fonte: Primária.

A partir das falas que serão apresentadas, pode-se perceber uma fragilidade do conhecimento dos/as profissionais quanto às funcionalidades e atribuições das instituições existentes na cidade, tendo em vista que os entrevistados/as que compuseram o percentual

minoritário afirmaram desconhecer tais mecanismos, no entanto os cita em questões subsequentes: “[...] caso você se depare com [certos] tipos de problemas a quem encaminhar, aí você fala o CRAS, o CAPS, CREAS, PETI, Pro Jovem [...]” (entrevista 3)

Diante disso, é imprescindível a disseminação não apenas dos órgãos públicos existentes, mas também da suas respectivas funções e do público ao qual está direcionado, tendo por finalidade informar os cidadãos e, sobretudo os/as profissionais acerca dos serviços disponíveis, e em que situações acioná-los.

3.4 Demandas mais frequentes advindas da criança e do adolescente

Os/as profissionais abordaram questões diversas, todavia as problemáticas referentes à prostituição e a gravidez na adolescência foram os temas mais mencionados.

Ressalta-se, de fato, que o índice de gravidez na adolescência é alarmante na cidade, o que pode ser evidenciado também nos encontros mensais de grupos de gestantes na unidade, os quais são constituídos, predominantemente, por jovens de faixa etária entre 14 e 19 anos. Contudo, as questões apresentadas pelas gestantes grávidas estão relacionadas a situações evidenciadas no convívio com o genitor dos seus/as futuros/as filhos/as, vejamos:

[...] a problemática dessas meninas é o relacionamento com o esposo, que fez o filho tá dentro de casa com ele agora só que ele não tá dando atenção mais a ela, porque ela tá feia, aí vem a depressão, as dores, que desencadeia um monte de problemas psicossomáticos [...] (Entrevista 1).

Nesse sentido, a entrevista referenciada acima também aponta a preocupação com essas jovens mães no período posterior a gravidez, ou seja, que tipo de assistência elas teriam ao retornarem da maternidade, considerando o fato de que, muitas delas são abandonadas por seus companheiros e/ou expulsas de casa perante o anúncio da gravidez.

[...] não existe uma instituição, não existe um órgão que possa acolher, não tem pra receber, um recém nascido, a verdade é essa [...], nem as creches, claro que não aceita, tem a idade, [...] a faixa etária pra deixar. Então assim, [...] a gente orienta, mas quando a gente olha pra um lado e pro outro, é muito difícil, sem o apoio da família, quer dizer, a gente vê que ela está perdida [...] a dificuldade que surge é essa, na prática, [...] elas pensam logo em dá o bebê, em fazer besteira, tem uma que tentou suicídio três vezes [...] (Entrevista 5).

Outro aspecto relevante destacado foi a prostituição associada às drogas, índices estes que, quanto mais próximo for de Campina Grande, elevam-se ainda mais. De acordo com a entrevista 2, tal relação se dá devido à existência de um posto de combustível, no limite dos municípios, onde “[...] caminhoneiros vêm, tem questão de trazer drogas, de abuso contra as meninas ali de 13,14,15 anos que a gente vê constantemente [...]” (Entrevista 2).

Diante da preocupação exposta, mostra-se necessário o conhecimento acerca do desempenho de atividades voltadas para a criança e o adolescente, como forma de trabalhar as problemáticas mais preocupantes que circundam o segmento, objetivando reduzir os índices alarmantes de negligência existentes na realidade local, bem como na realidade macro social evidenciada na sociedade brasileira.

3.5 Práticas direcionadas ao público infanto-juvenil

A totalidade dos/das profissionais entrevistados/as afirmou já ter desenvolvido e/ou desenvolver atividades junto ao público infanto-juvenil, conforme veremos abaixo:

Eu faço parte de uma associação que faz um trabalho com crianças e adolescentes com hortas medicinais. [...]. Aqui na comunidade de Queimadas, eu e a dentista a gente tá montando essa mesma perspectiva [...] e sem falar que faço parte lá da... de outros grupos da Igreja com Jovens também, só isso. [...]. Tendo qualidade de vida, o resto se ajeita (Entrevista 1);

Tem as atividades que a gente faz na área de esporte que a gente proporciona pra eles pra tentar tirá-los dessa visão de tá se autodestraindo [...] aí tem alguns projetos como a Academia ao Ar Livre, tem o Projeto Fazer Crescer que é pra crianças e adolescentes e tem o Projeto Extremo que é pra o Pro Jovem, pra uma faixa etária mais alta [...] (Entrevista 2);

[...], a gente falou em violência intra-familiar na escola, tipo palestras educacionais apenas (Entrevista 3);

O grupo de gestante de risco que tinha algumas adolescentes grávidas. A gente tinha esse grupo aí sempre tinha a participação de alguns profissionais, sempre eu tava presente através de palestras, através de exercícios relacionados à parte de postura e orientação de amamentação (Entrevista 4);

[...] eu fiz trabalho no tempo do Agente Jovem e já trabalhei com Pro Jovem também, direcionados mesmo a isso. [...] Teatro do Oprimido, aonde nesse teatro a gente falava de diferentes temáticas, questão de preconceito, questão que envolvia relacionamento familiar, direitos violados [...] Meio ambiente também [...] Reciclagem [...] (Entrevista 5);

Atendimento individual né, na área de fisioterapia e uma avaliação clínica que envolveu fisioterapia, psicologia e nutrição pra avaliar o desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos, numa Caravana de Saúde que a gente fez lá no município (Entrevista 6).

Diante das falas em destaque, pode-se constatar que, apesar de todos/as entrevistados/as desenvolverem atividades voltadas para crianças e adolescentes, apenas 33% o fazem e/ou pretendem fazê-lo no âmbito de suas atribuições no próprio NASF.

Indubitavelmente compreendemos que as crianças e os adolescentes precisam manter-se informados acerca das suas responsabilidades (amamentação em caso de gravidez na adolescência, atividades voltadas ao trabalho, etc) enquanto sujeitos sociais em processo de desenvolvimento. No entanto, é válido ressaltar que a estes também é indispensável o conhecimento acerca dos seus direitos, os quais vêm sendo violados tanto no âmbito da família, quanto em todas esferas da sociedade na atual conjuntura.

3.6 Contribuição da garantia dos direitos da criança e do adolescente para a promoção, prevenção e reabilitação

Diante do questionamento acerca da relevância desta relação entre os direitos da criança e do adolescente e a promoção, prevenção e reabilitação, os/as profissionais foram unânimes ao concordar com tal contribuição. No entanto, o sentido do termo “reabilitação” é considerado com ressalvas, destacando-se a importância de executá-lo de modo literal, levando em conta as peculiaridades do ambiente em que estão inseridas crianças e adolescentes, assim como nos reafirma a entrevista 1:

[...] a palavra “reabilitação” tem que ser exercida na íntegra, só que não é; o reabilitar é: eu pegar as características que já têm e mantê-las, só que não é assim a reabilitação social das crianças; as vezes a gente quer impor novas idéias mas elas têm características bem diferentes [...].

A reabilitação para ser viabilizada, necessita de um conjunto de ações as quais são operacionalizadas pelos sujeitos, mas advêm de um contexto muito mais amplo, o qual lhe propicia efetivas condições para a sua operacionalização, ou seja, deve ser propiciada pelo aparelho de Estado.

O estabelecimento de vínculos entre a educação e a saúde também foi apontado como indispensável para a prevenção, promoção e reabilitação. De fato compreendemos que o

âmbito educacional configura-se como um espaço formador de opiniões, o qual tem inestimável influência sobre a formação pessoal, social e moral dos indivíduos.

Essa articulação entre a saúde e a educação, embora não se configure como recente⁹, é bastante estimada, devido se constituírem em pilares essenciais para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Tal positividade das ações promotoras da saúde no interior das escolas é dimensionada como:

[...] espaço social que agrega um grupo etário em processo de formação e em fase de inquietações, destacou-se como um cenário ideal para implementação de ações de promoção da saúde e a construção de valores e hábitos de vida saudáveis.

A ação educativa em saúde dentro das escolas foi compreendida como um processo para conduzir os indivíduos e/ou grupos a assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de sua saúde. A escola foi considerada um espaço propício para a qualificação de jovens, fortalecendo-os para o enfrentamento da vida em todas as suas dimensões (OLIVEIRA, 2006, p.280).

A relevância esclarecida pela referida autora também é ratificada por grande parte dos/das profissionais entrevistados/as, os/as quais nos levaram a crer que em Queimadas não é diferente,

[...] no município são os dois maiores ícones do qual a gente pode mexer com eles e pode mudar toda estrutura de uma cidade, então se a gente tem uma educação alicerçada e uma saúde que dá apoio, a gente consegue muita coisa [...] (Entrevista 2).

A fala acima demonstra o esclarecimento do/a entrevistado/a no tocante a compreensão de que a saúde e a educação configuram-se como dois eixos indispensáveis, os quais devem caminhar de forma articulada.

⁹Em 1996 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) criou a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (IEPS) no intuito de rever os modelos de atenção à saúde escolar. Tal Iniciativa questionava, ainda, a relação autoritária estabelecida entre as áreas, afirmando que os percalços permaneceriam caso a educação mantivesse sua condição de submissão perante a saúde (SILVA, 2008). Diante disso, ressalva-se a importância do trabalho intersetorial, no qual se envolve diversos profissionais, entretanto respeitando a especialidade de cada um deles. Tal atividade constitui-se como atribuição dos profissionais das ESF que devem cuidar da população adscrita, sobretudo “[...] no âmbito da saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário” (BRASIL, 2006, p. 42).

3.7 Efetivação do ECA no desenvolvimento da prática cotidiana

Considerando a vivência diária da equipe do NASF com as crianças e os adolescentes, buscou-se visualizar como as ações individuais de cada profissional poderiam implicar em melhorias na qualidade de vida do segmento em questão. Desse modo, um dos aspectos ressaltados foi a criação de vínculo dos profissionais da saúde tanto com os/as usuários/as quanto com a família deste, o que resultará na compreensão do indivíduo como um todo, no seu contexto familiar e social.

Merece ser enfatizado que são raras às vezes em que se encontra um profissional da área médica reconhecendo a necessidade dos/as usuários/as além da patologia, além daquele indivíduo doente que se coloca à sua frente, no entanto, no âmbito do NASF, identificou-se tal postura reafirmando o compromisso daqueles que atuam na saúde a partir de um entendimento amplo, ou seja, com base no conceito ampliado de saúde defendido pela OMS e ratificado na Constituição Federal Brasileira de 1988.

Além do aspecto acima enfatizado foi pontuado ainda o fato de que a oferta de um serviço não garante sua efetividade, mas a forma como eles são prestados podem fazer o diferencial:

[...] com todos os outros, eu crio esse vínculo, que eu, como profissional da saúde, tenho essa obrigação, eu só sei do teu problema se eu entender a tua vida [...] tem agente de saúde que passa numa casa: ‘dona Maria a senhora como é que tá... a sua pressão...a tá bom tá certo...’ tem agente que diz: “opa dona Maria como é que tá a senhora mulher... e aí como é que tá as coisas... e os meninos tão aí ainda...’ a abordagem é diferente, e isso é que conta [...]” (Entrevista 1).

A prática cotidiana dos/das profissionais do NASF caracteriza-se, predominantemente, pela realização de palestras educacionais, formação de grupos, distribuição de folders, aconselhamento, tanto na unidade quanto no apoio às ESF. No entanto, muitas ações são dificultadas devido à falta de esclarecimento dos pais sobre determinadas temáticas e até mesmo em razão do preconceito existente na sociedade.

As atividades a respeito da sexualidade voltadas as crianças e adolescentes, por exemplo, são vistas mais como estímulo do que mesmo como prevenção, sendo assim tolhidas do âmbito educacional, assim como nos exemplifica a entrevista abaixo:

Uma coisa que a gente vê muito aqui [...] pra que a gente evite, primeiramente as DST's depois a gravidez, tem que se fazer a distribuição dos preservativos e muitas vezes a gente é barrado, não literalmente [...] mas a gente encontra uns obstáculos devido os pais as mães não aceitarem 'ah, porque meu filho é pequeno tem 12,13,14 anos...' mas eles não sabem que, muitos deles, já tem uma vida sexual ativa, há muito tempo mesmo [...] sempre batem na tecla: se eu der um preservativo eu vou tá estimulando meu filho a prática sexual [...] (Entrevista 2).

Diante da situação ilustrada, o/a profissional complementa afirmando o caráter indispensável do desenvolvimento de tais atividades acerca dos mais diversos assuntos, ou seja, partindo do princípio de que é mais viável as crianças e adolescentes serem esclarecidos/as por profissionais, tendo em vista que estes informarão de modo coerente e preventivo, do que absorver as visões distorcidas e comumente disseminadas nos ambientes que frequentam.

Outro aspecto referente à prática cotidiana que nos foi relatado remete-se à escassez de recursos para o desempenho de atividades e viabilização de direitos, isto é, há profissionais capacitados e até uma estrutura física montada, no entanto, quando se busca auxílio nas instâncias governamentais este lhe é insuficiente ou negado. Perante estes percalços encontrados na prática cotidiana, o relato a seguir mostra-se esclarecedor:

[...] na medida do possível sabe, eu tenho tentado fazer aos pouquinhos [...]. Tem hora que a gente bota a cabeça no travesseiro e não consegue dormir, vontade têm muitas [...] mas tem coisa que é muito difícil... existe a hierarquia né, aí fica difícil, muito difícil [...] (Entrevista 5).

A partir da fala acima fica perceptível que, por mais que haja boa vontade e compromisso por parte dos/as profissionais, apenas isso não é suficiente para viabilizar o atendimento às demandas identificadas no cotidiano profissional, tendo em vista que as condições objetivas (infra-estrutura, etc) também se configuram como primordiais para o atendimento das necessidades da população usuária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados para a concretização deste trabalho evidenciam-se que a política de saúde brasileira já passou por significativas modificações oriundas da conjuntura política, social e econômica vivenciada no país e no mundo. Dentre essas alterações destaca-se a conquista da saúde pública como direito do cidadão, o que foi possível em meados da década de 1990, mediante efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como “porta de entrada” a Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com o passar dos anos a ESF começa a não mostrar eficiência e, portanto, passa a ser (propositalmente ou não) sucateada, demandando, assim maiores incentivos públicos, os quais vêm em janeiro de 2008, quando o Ministério da Saúde cria os Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no intuito de expandir a abrangência e a finalidade das ações desempenhadas na esfera da Atenção Básica, ampliando a resolutividade desta e reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Além disso, compromete-se com a promoção de transformações na prática dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família e do próprio NASF frente às políticas nacionais que priorizam a atenção, promoção e integração no âmbito da saúde e ainda práticas complementares, interdisciplinares e de humanização direcionadas aos mais diversos segmentos.

Diante disso, tendo em vista a condição de vulnerabilidade e de sujeito em transformação inerente à criança e ao adolescente, é válido salientar o papel do NASF no que tange a este segmento, cabendo à equipe propor, discutir e planejar com as ESF ações de saúde da criança e do adolescente, o que nos remonta a relevância do trabalho articulado entre os serviços objetivando a concretização de políticas públicas voltadas para a infância e a adolescência em prol da melhoria da qualidade de vida destas. Tal atribuição está diretamente relacionada aos preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde também são ressaltados os demais direitos fundamentais do segmento, assim como, são responsabilizados o Estado, a família e a sociedade pelo cuidado com as crianças e os adolescentes.

Diante da pesquisa realizada verificou-se que os/as profissionais entrevistados/as, possuem um restrito conhecimento sobre os direitos da criança e do adolescente, isto é, afirmam conhecer o Estatuto, no entanto quando questionados sobre aspectos contidos nele, desconhecem. Além disso, a partir das falas, pode-se inferir que alguns destes profissionais enfatizavam não ter lidado ainda com essa parte dos direitos da criança e do adolescente,

mesmo estando desempenhando suas funções no âmbito da saúde, garantia fundamental do segmento.

Constatou-se ainda no decorrer da pesquisa que a maioria das práticas desenvolvidas para a infância são voltadas à patologia, não priorizando, portanto, ações educativas em puericultura, mostrando-nos como imprescindível a elaboração de projetos preventivos que venham a atender tal faixa etária de forma interativa como lhes é conveniente e atendendo aos pressupostos legais.

Quando se trata da adolescência notou-se a necessidade ainda maior de ações preventivas e contínuas, pois há uma predominante ausência de demanda deste segmento ao serviço. A presença dos adolescentes no NASF ocorre esporadicamente e em casos específicos, como a gravidez na adolescência, fator que apresenta índices elevadíssimos na cidade e que requer maiores cuidados, diante disso, percebe-se a possibilidade da realização de encontros com os mesmos, visando a troca de experiências com outros adolescentes e, especialmente, com os profissionais da saúde, os quais são devidamente capacitados para lidar com tais aspectos inerentes à fase de desenvolvimentos em que se encontram.

Outro aspecto preocupante constatado durante a pesquisa foi a inquietação dos/as profissionais no que tange à carência de recursos para a realização das atividades, fato evidenciado durante o período de observação do estágio curricular, quando as ações educativas que necessitavam de uma continuidade, eram inviabilizadas pela ausência de material e/ou recursos para tanto.

Diante do exposto podemos concluir que o perceptível desconhecimento dos profissionais do NASF da cidade de Queimadas acerca dos direitos da criança e do adolescente influencia diretamente a escassez de práticas destinadas ao segmento. Ainda assim, tal fator não pode, de forma alguma, ser atribuído exclusivamente a estes, pois, muitas vezes há a demanda e a vontade de se trabalhar, contudo não existem incentivos públicos para o desempenho.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Cap. I, p. 09 – 23.
- BARDIN, Laurence. Definição e relação com as outras ciências. *In*: BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. França, 1977. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOTAZZO, Carlos. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. *In*: BOTAZZO, Carlos; OLIVEIRA, Maria Aparecida de. (Orgs) **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.
- BRASIL. Constituição (1927). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília: Câmara Federal, 1937.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. **Leis de assistência e proteção a menores**. Rio de Janeiro, 1927. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17943-a-12-outubro-1927-501820-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 29 out 2011.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 3.799 de 5 de novembro de 1941. **Serviço de Assistência a Menores**. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 02 Nov 2011.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlatada. – 6. Ed. – Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações, 2008.
- BRASIL. Lei nº 12.010 de 3 de agosto de 2009. **Lei da Adoção**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm>. Acesso em: 05 Jun 2011.
- BRASIL. Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979. **Código de Menores**. Brasília, 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/L6697.htm>. Acesso em: 29 out 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: legislação federal compilada – 1973 a 2006. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al], (Orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CAMARGO, Wallace. **O ECA e a falácia do argumento da impunidade**. Disponível em: <<http://wallacecamargo.blogspot.com/2007/02/o-eca-e-falacia-do-argumento-da.html>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modo de co-produção singular do sistema único de saúde: impasses e perspectivas. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 81, jan/abr de 2009.

CORBO, Anamaria D'Andréa; MOROSINI, Márcia Valéria G.C; PONTES, Ana Lucia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: CORBO, Anamaria D'Andréa; MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Orgs). **Modelo de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONTELES, Brinze Sampaio Teles. Sistema de Proteção à Criança. In: FONTELES, Brinze Sampaio Teles. **A publicidade abusiva em face da hipossuficiência da criança**. Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008.

FUHRMANN, Nadia Lucia. Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. **Civitas**, Porto Alegre, vol. 4, nº 1, jan/jun de 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. Ed. São Paulo: Editora, 2002.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS**: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100014&script=sci_arttext> . Acesso em: 16 set. 2011.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 14 set. 2011, às 21:22.

LAVOR, Adriano de; DOMINGUEZ, Bruno; MACHADO, Kátia. O SUS que não se vê. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, nº 104, abril de 2011.

LONGO, Isis Sousa. **Da legislação menorista ao ECA**: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Disponível em: <http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>. Acesso em: 01 nov 2011.

MELO, Sírley Fabiann Cordeiro de Lima. Breve análise sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 5, n. 45, 1 set. 2000. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/1645>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

NETTO, José Paulo; REIS, Marcelo Braz Morais dos. **Economia política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré [et al]. A promoção da saúde e a interface com a educação: a experiência do município de Sobral – Ceará. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA JÚNIOR, Antônio Jorge. Direito da criança e do adolescente à formação integral no Brasil. In: PEREIRA JÚNIOR, Antônio Jorge. **Direito de formação da criança e do adolescente em face da TV comercial aberta no Brasil: o exercício do poder-dever de educar diante da programação televisiva**. Tese apresentada à Comissão de Pós Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry [et al]. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Editora atlas, 2008.

SILVA, Carlos dos Santos. O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças adolescentes e jovens? In: BRASIL. Ministério da Educação. **Saúde e educação**. Salto para o futuro, Boletim 12, agosto de 2008.

SILVA, Enid Rocha Andrade da. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a percepção das instituições de abrigo. In: SILVA, Enid Rocha Andrade da (Coord.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para criança e adolescente no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, Francisco José Soares. O neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, Francisco José Soares (Org); ALVES, Giovanni; NETO, José Meneleu; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (Org). **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996. P. 195-252.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. [et al], (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TEIXEIRA, Melissa Araújo. **A Cidade**. Disponível em: <<http://www.queimadas.pb.gov.br/telas/cidade/>>. Acesso em 14 set 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistado nº _____

1. Idade:
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. FORMAÇÃO
 - 3.1 Especialidade:
 - 3.2 Ano:
 - 3.3 Universidade:
 - 3.4 Especializações: Sim () Não ()
 - 3.4.1 Se sim, quais?
4. Há quanto tempo atua na área da saúde?
5. Já desenvolveu práticas em outras áreas?
 - 5.1 Se sim, quais?
6. Há quanto tempo está no NASF?
7. Tem aproximação com a temática dos direitos da criança e do adolescente?
 - 7.1 Se sim, quais são eles?
8. Conhece a rede de serviços que apóia a criança e o adolescente no município de Queimadas?
 - 8.1 Se sim, quais são eles?
 - 8.2 Mantém contato com algum? Sim () Não ()
9. Atualmente qual a demanda mais frequente advinda das crianças e adolescentes do município?
10. Já desenvolveu práticas direcionadas ao segmento infanto-juvenil?
 - 10.1 Se sim, quais?
11. Você considera que a garantia dos direitos da criança e do adolescente pode contribuir para a promoção, prevenção e reabilitação?
 - 11.1 Por quê?
12. Como a sua prática individual cotidiana no NASF pode contribuir para a efetivação dos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)?

Apêndice 02

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE TAMBÉM É SAÚDE: Um estudo acerca dos conhecimentos dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Queimadas - PB sobre o ECA**, sob a responsabilidade da professora Lúcia Maria Patriota. O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pela pesquisadora de que:

1. A pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o conhecimento dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Queimadas – PB sobre os direitos da criança e do adolescente, objetivando a elaboração e aperfeiçoamento de programas direcionados a tais segmentos, assim como expandir a resolutividade de problemas a eles inerentes.
2. Seu objetivo é identificar o conhecimento dos profissionais do NASF de Queimadas sobre os direitos da criança e do adolescente.
3. Os dados serão coletados através de uma entrevista elaborada para este fim.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais. Em nenhum momento ou documento meu nome será citado e as informações fornecidas por mim apenas serão acessadas pela pesquisadora responsável e seu orientando.
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (083) - 3310.7001.
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

Campina Grande, ____ de _____ de 2011.

Participante

Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 01
AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA MONOGRAFICA

Declaro para os devidos fins de pesquisa, que a acadêmica do curso de Serviço Social, GERLÂNIA DE MELO PAIVA, da Universidade Estadual da Paraíba, esta apta a realizar sua pesquisa acadêmica no serviço de saúde NASF, após análise do esboço do seu projeto: O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE TAMBÉM É SAÚDE: UM ESTUDO ACERCA DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE QUEIMADAS -PB SOBRE O ECA.

Renovamos votos de estima e apresso.

Damião Calafange
Diretor Administrativo

Prefeitura Municipal de Queimadas
Secretaria Municipal de Saúde-SESAU
Damião Silva Calafange
Diretor Administrativo

Queimadas, 24 de março de 2011.

ANEXO 2
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0061.0.133.000-11

Data da Entrega: 25/03/2011

PARECER

- X APROVADO
NÃO APROVADO
PENDENTE

TÍTULO: O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE TAMBÉM É SAÚDE: um estudo acerca dos conhecimentos dos profissionais do NASF de Queimadas/PB sobre o ECA

PESQUISADOR: Lucia Maria Patriota

APROVADO: Sem peso avaliativo, mas por uma questão didática, sugerimos a mudança do verbo identificar, no objetivo geral, pois mesmo tem característica de específico; a retirada do nome da orientanda na capa; que os itens do sumário e dos objetivos (metodologia), sejam indicados por números arábicos, ao invés de tpicados, e acrescentar no tópico Local e sujeitos da pesquisa (ainda na metodologia), o termo “nível superior” diante da expressão “... todos os profissionais...” - do contrário parecerá que serão indiscriminadamente todos os profissionais, até os técnicos etc.

Campina Grande-PB, 12 de abril de 2011

Relator: 06

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof.ª Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa