

A SAÚDE INFANTIL e o Desenvolvimento Sustentável da Sociedade Brasileira

JOSÉ LUÍZ EGYDIO SETÚBAL E MARCOS KISIL
(ORGANIZADORES)





A SAÚDE INFANTIL e o Desenvolvimento Sustentável da Sociedade Brasileira

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

A Saúde infantil e o desenvolvimento sustentável da sociedade brasileira [livro eletrônico] / José Luiz Setúbal...[et al.]. -- 1. ed. -- São Paulo : Fundação José Luiz Egydio Setúbal, 2022.
PDF.

Outros autores : Marcos Kisil, Paulo Saldiva, Lino de Macedo, Ana Luiza Navas, Hilton P. Silva.
ISBN 978-65-997290-1-0

1. Crianças 2. Crianças - Saúde 3. Crianças - Saúde emocional 4. Crianças - Saúde mental 5. Desenvolvimento sustentável 6. Políticas públicas I. Setúbal, José Luiz. II. Kisil, Marcos. III. Saldiva, Paulo. IV. Macedo, Lino de. V. Navas, Ana Luiza. VI. Silva, Hilton P.

22-104584

CDD-618.9289

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças : Saúde mental : Promoção da saúde
618.9289

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

A SAÚDE INFANTIL e o Desenvolvimento Sustentável da Sociedade Brasileira

JOSÉ LUÍZ EGYDIO SETÚBAL E MARCOS KISIL
(ORGANIZADORES)



expediente

CONSELHO SUPERIOR DA FJLES

José Luiz Egydio Setúbal (presidente)
Alfredo Egydio Setúbal
Ana Luiza Pereira Gomes Pinto Navas
Beatriz de Mattos Setúbal
Frederico Octávio Sabatel Bourroul
Gabriel de Mattos Setúbal
Henri Penchas
Marco Túlio Leite Rodrigues
Maria Alice de Toledo Damasceno Saiki
Olavo Egydio Mutarelli Setúbal

CONSELHO DELIBERATIVO DO HIS

José Luiz Egydio Setúbal (presidente)
Daniel Gomes Monteiro Beltrami
Frederico Octávio Sabatel Bourroul
Gonzalo Vecina Neto
José Antonio de Lima
Marco Tulio Leite Rodrigues
Vivien Bouzan Gomes Navarro Rosso

CONSELHO FISCAL FJLES/PENSI

Oswaldo Arantes Nogueira - titular
Rodolfo Henrique Fischer (Rudi) - titular
Rogério Pecchini - titular
Edison Tayar - suplente
Ricardo Lemos - suplente

Equipe

Heloisa Machado
Luciana Munaretti
Márcia Kalvon Woods
Marcos Kisil
Marcos Paulo de Lucca Silveira
Sandra Regina Mutarelli Setúbal

Organizadores desta publicação

José Luiz Egydio Setúbal
Marcos Kisil

Edição e revisão de textos

PrimaPagina
(Ricardo Meirelles e Mariana Leite)

Projeto gráfico e diagramação

Naru Design (Luciana Sugino)

Ilustrações

Andrea Petrlik/Adobe Stock

autores

ANA LUIZA NAVAS

Professora titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, fundadora e associada do Instituto ABCD (organização referência em dislexia) e coordenadora do conselho científico da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA).

HILTON P. SILVA

Professor da Universidade Federal do Pará (Ufpa) e da Universidade de Brasília (UnB), membro da coordenação do grupo temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), colaborador do Centro de Investigação em Antropologia e Saúde da Universidade de Coimbra.

JOSÉ LUIZ EGYDIO SETÚBAL

Médico com especialização em pediatria e pós-graduação em Economia e Gestão de Saúde, presidente do conselho da fundação que leva seu nome e do Fundo Areguá.

LINO DE MACEDO

Professor emérito do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, assessor do Instituto Pensi, da Fundação José Luiz Egydio Setúbal.

MARCOS KISIL

Médico, professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, assessor sênior da Fundação José Luiz Egydio Setúbal.

PAULO SALDIVA

Médico patologista, professor da Faculdade de Medicina da USP, membro da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Ciências.

sumário

08

APRESENTAÇÃO
A visão da FJLES
para a próxima
década

por José Luiz Setúbal

18

Saúde infantil:
entendendo
seu significado

30

Os Objetivos de
Desenvolvimento
Sustentável e a Fundação
José Luiz Egydio
Setúbal

60

Políticas públicas
para a infância
e a adolescência

100

A situação da
criança e do
adolescente no Brasil

142

O futuro da
medicina
por Paulo Saldiva

156

Família,
escola e saúde
das crianças
por Lino de Macedo

192

Saúde infantil
em situações de
vulnerabilidade:
Os transtornos do
neurodesenvolvimento
por Ana Luiza Navas

216

Racismo
estrutural
e saúde da
criança negra
por Marcos Kisil
e Hilton P. Silva



Apresentação

A VISÃO DA FJLES PARA A PRÓXIMA DÉCADA

POR JOSÉ LUIZ SETÚBAL

*"Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota."*

MADRE TERESA DE CALCUTÁ



Em 2001, próximo dos 50 anos, já realizado pessoal e profissionalmente, senti mais necessidade de complementar minha vida com atuação no campo social. Após um período de reflexão, escolhi a filantropia. Passei por várias experiências. Fui “professor” de alfabetização de jovens e adultos, ajudei a criar uma fundação familiar e voltei à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a organização social mais antiga do Brasil, num projeto de ex-alunos que culminou com um trabalho para apoiar a recuperação econômica e ética da instituição.

Em 2005, resolvi criar uma fundação. Adotei como causa a saúde infantil – afinal, havia dedicado minha vida profissional (como pediatra) à saúde de crianças e adolescentes. Minha crença era – e ainda é: “Uma infância saudável para uma sociedade melhor”. Este virou o nosso propósito. Acredito que trabalhar para as crianças terem uma infância saudável, em todos os aspectos, significa desenvolver cidadãos capazes de construir uma sociedade mais justa e melhor para um Brasil menos desigual.

Confesso que naquele momento não tinha clareza sobre o que seria a fundação nem o que faríamos. Sabia que teríamos o Sabará Hospital Infantil, um hospital pediátrico de medicina suplementar de alta qualidade, e que ele iria gerar recursos para a fundação realizar seus projetos sociais.

A fundação foi instituída em setembro de 2010, cinco anos depois de idealizada, tendo como causa a saúde da infância e como patrimônio, o Sabará. Seu nome inicial era Fundação Hospital Infantil Sabará, mas em 2014 passou a ter meu nome: Fundação José Luiz Egydio Setúbal (FJLES).

Ela é formada por cinco pilares: duas instituições funcionais (Sabará Hospital Infantil e Instituto Pensi), uma

iniciativa (Autismo e Realidade), um fundo patrimonial (*endowment*, fundo de investimentos cujos rendimentos são destinados à Fundação e a seus projetos) e a Fundação propriamente dita. Explicando um pouco mais:

O **Sabará Hospital Infantil** é uma instituição de saúde privada, especializada em pediatria. Seu resultado financeiro é depositado no fundo patrimonial para ser usado na causa da Fundação. Funciona também como campo de estágios para ensino e pesquisa do Instituto Pensi.

O **Instituto Pensi** é uma organização da sociedade civil de interesse público (Oscip) voltada à pesquisa e à educação, gerando e difundindo conhecimento sobre saúde na infância e na adolescência, e operacionalizando projetos sociais. Na difusão do conhecimento, utiliza-se das redes sociais, de publicações acadêmicas ou de livros – além de cursos, simpósios e congressos.

O **Autismo e Realidade** era uma organização social. Absorvido pela FJLES em 2015, hoje é uma iniciativa dedicada ao transtorno do espectro autista (TEA). A Fundação passou a ter a criança com deficiência como uma de suas prioridades e o autismo como uma de suas linhas de *advocacy*.

O **fundo patrimonial**, ou *endowment*, é onde ficam os recursos da FJLES. Está no estatuto da Fundação, é controlado e administrado por profissionais de grandes instituições financeiras, sob orientação do Conselho Superior. Tem a finalidade de garantir a perenidade da FJLES e a continuidade de seus projetos sociais mesmo em tempos de instabilidade – como ocorreu em 2020, durante a pandemia de covid-19.

A **Fundação José Luiz Egydio Setúbal** é a organizadora dessas instâncias todas. Cabe a ela alinhar os projetos e

ajustar a missão e a visão de cada instituição aos valores e ao propósito da FJLES. Preferencialmente, nossos projetos são feitos com parceiros, sempre que possível envolvendo diversos segmentos, como governo, academia, empresas e terceiro setor. Procuramos apoiar políticas públicas existentes ou gerar conhecimento para aprimorá-las – e, eventualmente, estabelecer uma nova política pública.

Outro papel da Fundação, hoje preponderante, é o de *advocacy* da causa da saúde na infância e na adolescência.

POR QUE O *ADVOCACY* DA SAÚDE INFANTIL?

Etimologicamente, "infância" tem origem no latim *infantia*, em que *fan* significa falante e *in* é uma partícula de negação. Portanto, *infans* refere-se ao indivíduo que ainda não fala, que é incapaz de falar. Já o termo "saúde" vem do latim *salus*: salvação, conservação (da vida); afastamento do perigo. Nesse sentido, a Fundação pretende ser a voz da infância, dessa população que não pode falar, em defesa de sua proteção, da conservação da vida.

Entendemos a infância de forma abrangente: até os 18 anos (*leia mais sobre isso no capítulo 1*). Mas sabemos que os anos iniciais são particularmente importantes. Desde o começo do século XXI, com a melhoria dos equipamentos de neurofisiologia e neuroimagem, e trabalhos como os do professor James Heckman sobre primeira infância e neurodesenvolvimento, tem ficado claro que o que ocorre nessa fase repercute no restante da vida.

No entanto, crianças e adolescentes têm sido negligenciados no Brasil – basta ver os números de violência, abusos, mortes, desnutrição e gravidez precoce, entre

outros (*leia mais no capítulo 4 sobre a situação das crianças brasileiras*). Em função disso, lutamos para que essa população tenha acesso a uma infância saudável – não só nos aspectos biológicos, mas em todas as outras dimensões, como psicológicas e sociais. Se conseguirmos isso, alcançaremos nosso propósito: "Criança saudável para uma sociedade melhor".

NA PRÓXIMA DÉCADA, UMA OPÇÃO PELOS ODS

Os primeiros anos da FJLES foram dedicados sobretudo a sua consolidação. Para a próxima década, fizemos uma opção clara: apoiar os esforços para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma série de metas socioeconômicas e ambientais, divididas em 17 objetivos, que os países da ONU, incluindo o Brasil, se comprometeram a atingir até 2030.

Os ODS fazem parte da Agenda 2030. São os sucessores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujas metas expiraram em 2015 e trouxeram avanços relevantes em várias áreas, embora ainda haja muito a ser feito. Nos ODS, as metas são mais ambiciosas e mais abrangentes, além de enfatizarem a necessidade de um desenvolvimento harmônico em três pilares: econômico, social e ambiental. Para a Agenda 2030 ser efetivamente implementada, o governo, o empresariado e a sociedade civil precisam estabelecer prioridades e executar as ações necessárias, avaliando-as em seus processos, produtos e impactos.

Desde 2016 estamos atentos aos ODS, e já os utilizamos como orientação geral no planejamento estratégico de 2017 e 2018. Numa etapa seguinte, cotejamos as priori-

dades da Fundação, os maiores problemas de saúde de crianças e adolescentes brasileiros (na avaliação de nossos especialistas) e os 17 ODS. Assim, identificamos os Objetivos com os quais mais podemos contribuir.

O processo está mais detalhado no capítulo 2, mas, resumidamente, escolhemos quatro ODS ligados à missão da FJLES para nortear diretamente nosso trabalho. São os que chamamos de Objetivos primários:

- **ODS 2**, sobre segurança alimentar e melhoria nutricional.
- **ODS 3**, sobre saúde e bem-estar.
- **ODS 4**, sobre educação de qualidade. No nosso caso, com enfoque em saúde da criança na escola e em inclusão de crianças com deficiência e transtorno do espectro autista. Em 2020, outra preocupação passou a ser a saúde mental das crianças que ficaram afastadas da escola em razão das necessidades de distanciamento social.
- **ODS 16**, sobre paz e justiça. No nosso caso, com ênfase na proteção das crianças contra todas as formas de violência.

Além disso, identificamos outros quatro Objetivos em que a Fundação pode atuar, desde que em apoio a programas voltados aos ODS citados acima. Esses outros quatro são o que chamamos de Objetivos secundários: ODS 1 (erradicação da pobreza), 6 (acesso a água potável e saneamento), 8 (trabalho decente e crescimento econômico) e 11 (cidades e comunidades sustentáveis).

Por fim, há o ODS 17, que estamos chamando de opera-

cional, pois diz respeito a parcerias. Neste ponto, reforçamos nossa intenção de não ser uma instituição operadora – ou seja, que concebe, implanta e administra projetos em contato direto com os beneficiários. Nossa opção é por ser uma fundação doadora de recursos, de modo a aproveitar expertises já existentes em outras organizações para a execução de programas ou projetos. Isso significa que, para cumprir sua missão, a Fundação precisa estabelecer parcerias e, para tanto, elaborar critérios para a escolha de parceiros.

COMO A FUNDAÇÃO VAI ATUAR

O Sabará Hospital Infantil, em seu papel de oferecer assistência médica de excelência, hoje faz basicamente atendimentos de medicina suplementar. Temos planos de aumentar a gratuidade em parcerias com o setor público, reforçando nossa ação no ODS 3. Também deve ser ampliado nosso programa de residência – já há uma residência médica, estamos estudando uma residência multidisciplinar e outra em enfermagem. Por ser considerado um dos melhores em sua área na América Latina, o Sabará é muito procurado para ser campo de pesquisa de medicamentos e aparelhos voltados a crianças e adolescentes. Pretendemos intensificar nossa participação em projetos junto a escolas do ensino básico e na capacitação de professores.

O Instituto Pensi, em rápido crescimento, vem trabalhando com universidades brasileiras e estrangeiras, além de desenvolver políticas públicas com o Ministério da Saúde por meio de editais. Faz pesquisas para aperfeiçoar o diagnóstico precoce de TEA, mantém parcerias com entidades públicas e acadêmicas para acolhimento de crianças e treina milhares de profissionais de saúde todos os

anos. Temos planos de ampliar a pós-graduação (inclusive as residências médicas, de enfermagem e multidisciplinar) e de publicar mais livros. Estará especialmente aberto a parcerias no terceiro setor e na iniciativa privada para estabelecer projetos voltados à saúde de crianças e adolescentes, nas áreas pertinentes aos ODS.

Para o Autismo e Realidade, a intenção é elaborar um plano de captação, criar projetos específicos de autismo e ampliar o material para consulta dos pais e leigos.

O fundo patrimonial permanecerá com a finalidade de garantir a continuidade dos projetos sociais e de pesquisa, tanto do Instituto Pensi quanto da Fundação. Em 2020, devido à pandemia, pela primeira vez o Sabará não gerou recursos, o que abalou um pouco o planejamento de aumentar regularmente os investimentos sociais. A expectativa é que a situação se normalize nos próximos anos.

A Fundação deve continuar alinhando o trabalho das diversas frentes e costurando parcerias. Parece-nos importante manter, no corpo clínico e no quadro de professores, profissionais de várias universidades; firmar contato com formadores de opinião no público leigo; gerir e participar de redes sociais amplas e diversificadas, com muitos seguidores; ter assessoria de imprensa e acesso à imprensa de qualidade; ter autossuficiência financeira, autonomia e agilidade decisória; aperfeiçoar a estrutura para *advocacy*; e ter governança e compliance bem estruturados.

BASES CONSOLIDADAS

Este livro visa consolidar as bases para as ações da FJLES nos próximos anos. Não só explicitando como nossa atua-

ção será moldada pelos ODS (capítulo 2), mas também sintetizando os conceitos de saúde infantil com que trabalhamos (capítulo 1), resumindo o marco legal em que atuamos (capítulo 3) e mostrando, por meio de dezenas de indicadores socioeconômicos, os desafios que crianças e adolescentes enfrentam no Brasil (capítulo 4).

Um segundo conjunto de textos, escritos por autores convidados, debruça-se sobre alguns pontos que consideramos fundamentais em saúde infantil. Assim, no capítulo 5, Paulo Saraiva explora cenários prováveis para o futuro da medicina, destacando pontos que nos são caros, como a telemedicina e a necessidade de a saúde abrir-se para novas áreas, como a geografia. No capítulo 6, Lino de Macedo mostra a importância da escola nas ações de saúde para crianças e adolescentes – algo que dialoga diretamente com nossa abordagem para o ODS 4. No capítulo 7, Ana Luiza Navas trata dos transtornos de neurodesenvolvimento, um tema a que a Fundação vem se dedicando com mais intensidade desde que incorporamos a Autismo e Realidade, como citei anteriormente. Por fim, no capítulo 8 Marcos Kisil e Hilton Pereira da Silva abordam um aspecto que a Fundação enxerga como transversal a todas as suas ações: o combate ao racismo. Sem uma atenção especial à população negra infantojuvenil, o Brasil não conseguirá cumprir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Nosso intuito, com esta publicação, é organizar informações dispersas sobre infância e adolescência e gerar reflexões que contribuam para a melhoria da saúde das crianças e dos jovens brasileiros. Gerar, portanto, oportunidades para que outras vozes se juntem à nossa em defesa dos que ainda não falam – em defesa de crianças saudáveis, capazes de construir um país melhor.

1

Saúde infantil: entendendo seu significado



Introdução

Pode-se dizer que o final da década de 1980 no Brasil, período de redemocratização especialmente marcado por um misto de confusões e esperanças, mudou a maneira como se formulam estratégias para a saúde infantil no país. O que significa dizer, usando o conceito de biopolítica de Foucault (2008b), que mudou o modo como se vê a criança em geral, e sua saúde em particular: o modo como se investe politicamente na área para produzir cidadãos, para incluir a vida, a saúde e os modos de viver como preocupação e alvo de investimentos do Estado.

O primeiro marco foi a Constituição de 1988, que adotou uma nova lógica para o setor, em boa parte inspirada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, um evento com processos e estrutura inovadores, realizado dois anos antes. Na Carta Magna, a saúde – ligada à seguridade social e resultante das políticas sociais e econômicas – torna-se um direito de cidadania e uma obrigação do Estado. Deve ser provida pelo poder público, embora os serviços também possam ser prestados pela iniciativa privada.

A grande transformação instituída pela Constituição foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Por meio dele, instauram-se ao menos três importantes novidades. Uma: universalidade, equidade e integralidade convertem-se em princípios básicos para os serviços, submetidos ao controle social. Outra: serviços e ações são oferecidos (e financiados) pelo Estado de modo descentralizado, abrangendo as instâncias federal, estadual e municipal. E a terceira: as práticas de atenção à saúde passam a ser orientadas por um conceito mais amplo,

que inclui fatores sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais como determinantes das condições físicas e psicológicas.

Essas diretrizes eram direcionadas a todos os brasileiros. Um olhar específico para a infância apareceu dois anos depois da Constituição e no mesmo ano da regulamentação do SUS. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, estabeleceu e reafirmou os direitos desse grupo. Ele define como crianças pessoas com até 12 anos incompletos e como adolescentes, as de 12 a 18 – e ressalva que, em casos expressos em lei, o estatuto aplica-se também às que têm até 21 anos.

A todos atribui “os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, [...] a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. E explicita que a criança tem “direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (DIGIÁCOMO, 2011).

A partir de então, crianças e adolescentes tornam-se um campo específico para formulação e execução de políticas no SUS. Foi criada uma série de ações para promover, prevenir, tratar e recuperar a saúde infantil e juvenil. A infância, como um momento de vida, passou a ter cuidados e atenção específicos.

Além disso, o ECA impulsiona outro conceito fundamental: o de desenvolvimento infantil.

Desenvolvimento infantil: fases e atributos

Várias sociedades consideram que, juridicamente, uma pessoa passa a ser um adulto responsável por seus atos após 21 anos de idade – ou seja, 8 mil dias. O percurso até esse marco, porém, não é homogêneo: compreende várias faixas com necessidades próprias e tipos diferentes de relação com o ambiente.

Nas últimas duas décadas, a neurociência trouxe evidências, por exemplo, de que os primeiros mil dias (da concepção até os 2 anos) requerem atenção especial. Os bebês não são apenas seres humanos de pequenas dimensões. Precisam de cuidados dos adultos para sobreviver e desenvolver seu potencial neurológico, psíquico e motor. Nessa fase é que se molda a arquitetura cerebral, a partir da interação da herança genética com o meio onde a criança vive. Mesmo em outras etapas, crianças e adolescentes continuam a demandar zelo em situações críticas.

A nomenclatura adotada neste livro para identificar as fases da infância e da adolescência parte de Bundy et al. (2017), que incorporam definições e usos delineados em 2016 pela Comissão Lancet para a Saúde e o Bem-Estar do Adolescente. A Figura 1 representa um esforço de síntese que incorpora diferentes fases ou nomenclaturas sobre o desenvolvimento, da infância até a idade adulta.

FIGURA 1
NOMENCLATURA PARA AS IDADES E AS QUATRO PRINCIPAIS FASES DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Adaptado de BUNDY et al. (2017, p. 4)

A Figura 1 mostra que há sobreposição de fases e termos. A primeira infância, por exemplo (desde o útero materno até os 5 anos), engloba os primeiros mil dias. A idade de escolaridade fundamental envolve a segunda infância e a adolescência precoce. As quatro etapas críticas para o desenvolvimento infantil (identificadas na coluna da direita) alinham-se a diversas faixas etárias.

A essas etapas correspondem necessidades que evoluem ao longo do ciclo de vida e que exigem um atendimento holístico, sintetizado na Tabela 1.

TABELA 1
PRINCIPAIS FASES DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Fase	Período	Importância para o desenvolvimento	Exemplos de intervenção
Primeiros mil dias	Fase uterina (9 meses) a 2 anos	Fase com mais rápido crescimento do corpo e do cérebro; assegura todo o desenvolvimento subsequente; maior risco de mortalidade.	Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; estímulo responsivo.
Crescimento e consolidação na segunda infância	5 a 9 anos	Crescimento constante do corpo, enquanto as funções sensoriais e motoras do cérebro se desenvolvem; risco não desprezível de morte; é possível alguma recuperação do crescimento.	Controle de doenças, dieta de qualidade, promoção de comportamentos que geram saúde e bem-estar.
Aceleração do crescimento na adolescência	10 a 14 anos	Crescimento físico rápido, em velocidades não vistas desde os 2 anos; crescimento rápido dos centros de desenvolvimento emocional; fase principal para recuperação de crescimento corretivo.	Semelhantes às da idade anterior, além de vacinação, exercícios físicos estruturados e promoção de desenvolvimento emocional saudável.
Crescimento e consolidação na adolescência	15 a 19 anos	Consolidação do crescimento físico e especialmente de ligações cerebrais; comportamento de risco associado ao desenvolvimento socioemocional; última chance de crescimento corretivo em altura.	Mais foco em saúde reprodutiva, incentivos para permanecer na escola, proteção contra riscos excessivos e identificação precoce de problemas de saúde mental.

Adaptado de Bundy et al (2017)

O olhar holístico é reforçado por Souza e Veríssimo (2015), que destacam cinco atributos que orientam o entendimento do desenvolvimento infantil, como mostra a Tabela 2. Nela, a categoria Antecedentes é sintetizada pelo conectivo "É influenciado por"; a categoria Atributos está indicada pelo conectivo "É caracterizado por"; a categoria Consequências está indicada pelos conectivos "Adequado, leva a" e "Prejudicado, leva a"; e a categoria Definição está indicada pelo conectivo "É definido como".

TABELA 2

O DESENVOLVIMENTO INFANTIL...				
...é definido como	...é caracterizado por	...é influenciado por	...prejudicado leva a	...adequado leva a
<ul style="list-style-type: none"> • Processo: único de cada criança, que se inicia na concepção e segue por toda a vida; contínuo, dinâmico e progressivo; • Dimensões biológica, psicológica e social; • Aquisição de habilidades; • Estágios ou etapas; • Processo ativo da própria criança; • Dependente da relação com o cuidador primário e com o contexto; • Meio de a criança incorporar-se à sociedade. 	<p>Alcance de habilidades em diversas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades motoras: aquisição de movimentos como andar, correr, pular; controle e destreza manual; • Habilidades cognitivas: capacidades de raciocínio e inteligência; • Habilidades de linguagem: capacidade de utilizar a linguagem para comunicação; • Habilidades psicossociais: capacidade de interação social. 	<p>Aspectos da gestação: exposição a poluentes ambientais; uso de medicamentos, álcool, tabaco e outras drogas pela gestante; alimentação e doenças maternas;</p> <p>Aspectos próprios da criança: prematuridade e baixo peso ao nascer; crescimento; doenças;</p> <p>Aspectos do cuidado à criança: saúde mental materna; desenvolvimento cognitivo dos pais; vínculo e interação dos pais com a criança; características do ambiente; exposição à violência doméstica; intervenção profissional;</p> <p>Condições socioeconômicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menor renda e piores condições sociais; • Atrasos de linguagem, de cognição e do desenvolvimento motor; • Prejuízo no desempenho escolar; • Problemas de comportamento, agressividade e dificuldades emocionais; • Dificuldades de relacionamento e de desenvolvimento social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor desempenho escolar; • Facilidade de relacionamento; • Menor desvantagem social; • Melhor desempenho cognitivo; • Melhores condições socioeconômicas, de emprego e qualidade de vida.

Adaptado de Souza e Veríssimo (2015)

Com base nessa sistematização, o desenvolvimento infantil pode ser conceituado como:

parte do desenvolvimento humano, um processo único de cada criança que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive. É expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária. O período pré-natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo, que decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta. (SOUZA *apud* SOUZA; VERÍSSIMO, 2015, p. 1101)

SÍNTESE

Posicionamento da FJLES

1

CONCEITO DE SAÚDE INFANTIL

É o bem-estar físico, mental, intelectual, social e emocional – não apenas a ausência de doenças. Crianças saudáveis vivem em famílias, ambientes e comunidades que lhes proporcionam oportunidades de desenvolver plenamente seu potencial.

2

FAIXA ETÁRIA DE ATUAÇÃO

0 a 18 anos

3

NOMENCLATURA PARA AS FASES DO DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL

Primeira Infância: 0 a 5 anos

Segunda Infância: 6 a 10 anos

Adolescência Precoce: 11 a 15 anos

Adolescência Tardia: 16 a 18 anos

Saúde Escolar: 5 a 18 anos

Referências

BUNDY, D. A. P. *et al.* (ed.). **Child and Adolescent Health and Development**. 3. ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525272/>.
Acesso em: 02 fev. 2022.

DIGIÁCOMO, M. J. **ECA**: Estatuto da Criança e do Adolescente anotado e interpretado. 2. ed. São Paulo: FTD, 2011.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

MELLO, D. F. *et al.* A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 604-610, jul./ago. 2014.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3651.2458>.
Acesso em: 02 fev. 2022

MUSTARD, J. F. Early Human Development: equity from the start – Latin America. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Manizales (Colômbia), v. 7, n. 2, p. 639-680, jul./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000200004.
Acesso em: 02 fev. 2022.

SHONKOFF, J. P.; GARNER, A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. e232-e246, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SOUZA, J. M. **Desenvolvimento infantil**: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, R. Desenvolvimento Infantil: análise de um conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, nov./dez. 2015.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

2

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Fundação José Luiz Egydio Setúbal



Introdução

Datas redondas são propícias a reflexões, balanços e projeções para o futuro. Não foi diferente no ano 2000. Todos os países ligados às Nações Unidas, inclusive o Brasil, aderiram à Declaração do Milênio, um esforço mundial para obter melhorias em áreas como renda, meio ambiente e igualdade de gênero. Esse esforço traduziu-se em oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹, subdivididos em 21 metas, que deveriam ser cumpridas até 2015.

A estratégia gerou avanços importantes em desenvolvimento humano no período, a ponto de inspirar a criação de outra agenda global – mais ampla, mais ambiciosa. Assim como em 2000, em 2015 os 193 Estados-membros da ONU, em reunião de cúpula na sede da organização em Nova York, concordaram em tomar medidas para pôr o planeta em uma trilha melhor. Adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que inclui os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais estão vinculadas 169 metas a serem alcançadas até 2030.

Como se nota pelo próprio número de objetivos e metas, as promessas tornaram-se mais extensas. Aos temas já presentes nos ODM, os ODS acrescentam outros – como desigualdade, paz e justiça, consumo e produção sustentáveis –, e desdobram os ambientais em vários objetivos. Além disso, dizem respeito a todos os países – os ODM tinham como foco primordial as nações em desenvolvimento.

¹ São os seguintes: **1)** Acabar com a fome e a miséria, **2)** Oferecer educação básica de qualidade para todos, **3)** Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, **4)** Reduzir a mortalidade infantil, **5)** Melhorar a saúde das gestantes, **6)** Combater a aids, a malária e outras doenças, **7)** Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, e **8)** Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



ODS #01

Erradicação da pobreza

Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares



ODS #02

Fome zero e agricultura sustentável

Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável



ODS #03

Saúde e bem-estar

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades



ODS #04

Educação de qualidade

Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos



ODS #05

Igualdade de gênero

Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas



ODS #06

Água potável e saneamento

Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos



ODS #07

Energia limpa e acessível

Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos



ODS #08

Trabalho decente e crescimento econômico

Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos



ODS #09

Indústria, inovação e infraestrutura

Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação



ODS #10

Redução das desigualdades

Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles



ODS #11

Cidades e comunidades sustentáveis

Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis



ODS #12

Consumo e produção responsáveis

Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis



ODS #13

Ação contra a mudança global do clima

Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos



ODS #14

Vida na água

Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável



ODS #15

Vida terrestre

Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação dos solos e deter a perda de biodiversidade



ODS #16

Paz, justiça e instituições eficazes

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis



ODS #17

Parcerias e meios de implementação

Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

É uma agenda que pressupõe um olhar integrado e exige medidas inovadoras para se tornar realidade em nível mundial, nacional e subnacional. A implantação de tais medidas requer, como salienta o texto da Agenda 2030, o desenvolvimento de capacidades, a produção de dados atualizados, confiáveis e desagregados, bem como recursos internacionais, nacionais, públicos e privados

(com ou sem fins lucrativos). Requer também uma perspectiva abrangente, resumida no documento da Agenda 2030 na forma dos “5 Ps”.

Os 5 Ps do desenvolvimento sustentável

#01 PESSOAS
Estamos determinados a acabar com a pobreza e a fome, em todas as suas formas e dimensões, e a garantir que todos os seres humanos possam realizar o seu potencial em dignidade e igualdade, em um ambiente saudável.

#02 PLANETA
Estamos determinados a proteger o planeta da degradação, sobretudo por meio do consumo e da produção sustentáveis, da gestão sustentável dos seus recursos naturais e tomando medidas urgentes sobre a mudança climática, para que ele possa suportar as necessidades das gerações presentes e futuras.

#03 PROSPERIDADE
Estamos determinados a assegurar que todos os seres humanos possam desfrutar de uma vida próspera e de plena realização pessoal, e que o progresso econômico, social e tecnológico ocorra em harmonia com a natureza.

#04 PAZ
Estamos determinados a promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas que estão livres do medo e da violência. Não pode haver desenvolvimento sustentável sem paz e não há paz sem desenvolvimento sustentável.

#05 PARCERIA
Estamos determinados a mobilizar os meios necessários para implementar esta Agenda por meio de uma Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável revitalizada, com base num espírito de solidariedade global reforçada, concentrada em especial nas necessidades dos mais pobres e mais vulneráveis e com a participação de todos os países, todas as partes interessadas e todas as pessoas.

Um desafio da magnitude dos ODS demanda ainda a união de esforços de várias esferas para estabelecer prioridades, colocar programas em prática, monitorá-los e avaliá-los. No Brasil, um dos mecanismos para a implementação da Agenda 2030 era a Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, criada em outubro de 2016 e extinta por decreto em dezembro de 2019. De caráter consultivo, compunha-se de 16 membros, ligados à sociedade civil e aos governos federal, estaduais e municipais; a representante da sociedade civil na área da infância e da adolescência era a Fundação Abrinq, cujos estudos serviram de referência para a FJLES a estabelecer os ODS como elemento norteador.

O papel da comissão era elaborar planos de ação para alcançar os ODS, identificar e divulgar boas práticas na

área, articular os vários atores envolvidos e monitorar o desempenho do país nas metas.

Os ODS como norte

A sociedade civil organizada tem função relevante nos ODS. Desde o lançamento da Agenda 2030, inúmeros fóruns e redes do setor mobilizaram-se para incluir as metas em suas pautas. São evidentes as possibilidades de atuação em articulação política, produção e disseminação de conhecimentos, qualificação e inserção do tema em várias instâncias de participação social. As organizações podem ainda lançar ações de impacto nos temas cobertos pelos ODS. O Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, do governo federal, lista alguns desses temas: redução de desigualdades de gênero e cor/raça; promoção dos direitos humanos; apoio a povos indígenas e comunidades tradicionais; segurança alimentar e nutricional; transparência e acesso à informação; e direitos das crianças e dos adolescentes. Especificamente sobre esta área, o relatório menciona “enfrentamento da violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes; erradicação do trabalho infantil; promoção de direitos das meninas e mulheres, direitos da pessoa com deficiência”, entre outros. (BRASIL, 2017, p. 35).

As empresas também estão se engajando. Muitas delas, diretamente ou por meio de seus institutos, alinham suas políticas de responsabilidade social aos ODS. Pode-se notar uma articulação de lideranças empresariais em prol da Agenda 2030 e de estratégias ESG (sigla em inglês para questões ambientais, sociais e de governança). Com mais de 700 signatários, a rede brasileira é a maior das Américas no Pacto Global, iniciativa das Na-

ções Unidas em que companhias se engajam em torno de dez princípios ligados a direitos humanos, trabalho, meio ambiente e combate à corrupção.

Foi nesse cenário que a Fundação José Luís Egydio Setúbal (FJLES) decidiu usar os ODS como guia para suas ações e seus programas. Revisou os 17 Objetivos e as 169 metas propostas, averiguando quais vão ao encontro de sua missão em prol da saúde de crianças e adolescentes. Sob esse prisma, foi possível dividir os Objetivos em três tipos:

- **Primários:** Objetivos que atendem diretamente à missão e ao propósito da Fundação;
- **Secundários:** Objetivos em que a Fundação pode atuar direta ou indiretamente, em apoio ao desenvolvimento dos Objetivos primários;
- **Operacionais:** Objetivos relativos ao *modus operandi* da própria Fundação.

ODS ORIENTAM A FJLES NA DEFINIÇÃO DE:



Focos primários:

Objetivos diretamente ligados à missão da Fundação, expressa em sua definição de saúde.



Focos secundários:

Objetivos em que a Fundação pode atuar direta ou indiretamente, por meio de projetos específicos, em apoio ao desenvolvimento dos Objetivos primários.



Focos operacionais:

Objetivo ligado ao *modus operandi* da Fundação.

Objetivos de importância primária para a FJLES



POR QUE ESTÁ ENTRE OS OBJETIVOS PRIMÁRIOS PARA A FUNDAÇÃO

A segurança alimentar e a situação nutricional estão diretamente ligadas à saúde de crianças e adolescentes.

PROBLEMA

A mortalidade na infância provocada por má nutrição caiu muito no Brasil durante a vigência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a agenda que antecedeu os ODS. Em 2000, a desnutrição matou 1.782 crianças brasileiras – quase cinco por dia. Em 2015, 291 – uma a cada 30 horas, aproximadamente. Em 2019, foram 211. Isso significa que a fome deixou de ser uma questão relevante no país nos últimos anos?

Evidente que não. Primeiro, porque qualquer óbito por falta de comida deveria ser motivo de vergonha numa nação que está entre os maiores produtores de alimentos. Segundo, porque a falta de nutrientes não pode ser analisada apenas sob a perspectiva de seu pior resultado, a mortalidade. Ela traz efeitos negativos no ganho de peso de bebês e no crescimento de crianças, com aumento no risco de doenças infecciosas e de comprometimento do

desenvolvimento psicomotor. São problemas que têm potencial para se estender (ou mesmo se agravar) na adolescência e na fase adulta.

Entre crianças de até 1 ano, o principal indicador de desnutrição é a relação entre o peso e a idade. As falhas na nutrição podem começar mesmo antes do nascimento – ainda no útero –, em decorrência de uma alimentação materna pouco saudável, com impacto, por exemplo, no desenvolvimento do sistema imunológico do bebê. Por isso, o baixo peso ao nascer é um preditor importante da sobrevivência infantil: quanto menor ele for, maior será o risco de morte precoce. O déficit de peso pode ser provocado por situações pontuais, emergenciais, de redução do consumo de alimentos; frequentemente, é amenizado ou solucionado por meio de boas práticas alimentares ou estratégias de intervenção. Para crianças com idade a partir de 1 ano, o indicador mais monitorado é a relação entre altura e idade. Em geral, o déficit de estatura origina-se de debilidades nutricionais contínuas, inclusive durante a gestação. O tratamento tende a ser mais complexo e de longo prazo.

Os dois indicadores mostraram melhorias no começo deste século, mas tendência de piora a partir de 2015 (*leia mais no capítulo 4*).

Outro problema com tendência de piora – neste caso, praticamente ininterrupta – é o excesso de peso. Quase um terço das crianças e dos adolescentes de 10 a 19 anos tem peso elevado para a idade, como será visto no capítulo 4. Embora gerem sintomas opostos, a desnutrição e a obesidade frequentemente têm causas semelhantes: má nutrição, devido a hábitos alimentares pouco saudáveis. Não por acaso, as regiões com os piores números são as mesmas nos dois casos: Norte e Nordeste.

POSICIONAMENTO DA FJLES

OBJETIVO PRIORITÁRIO

A nutrição infantil tem impacto decisivo no desenvolvimento da criança, com influência inclusive na vida adulta. Uma alimentação adequada desde os primeiros meses de vida (na verdade mesmo antes, ainda na fase intrauterina) é crucial para o bom desenvolvimento do sistema nervoso central, por exemplo. Quantidades corretas de minerais essenciais, vitaminas, proteínas e certas gorduras ajudam a evitar déficits permanentes na função cerebral. Por isso, mais do que um dos Objetivos primários, a segurança alimentar está entre as prioridades da Fundação para esta década.

Três questões são de interesse programático e deverão ter soluções apoiadas em contextos específicos:

- **Baixo peso ao nascer**
- **Desnutrição entre crianças**
- **Obesidade entre crianças**

Em 2020, a FJLES encomendou um *paper* sobre segurança alimentar e o discutiu no 2º Fórum de Políticas em Saúde na Infância. Os debates mostraram que o Brasil enfrenta três problemas simultâneos: desnutrição, fome oculta (carência de nutrientes) e excesso de peso. E que, para enfrentá-los, é preciso adotar medidas desde a gestação, passando pelo período de amamentação e pelo de introdução de outros alimentos. Os autores do *paper* destacaram ainda que o tema não pode ser visto exclusivamente sob a perspectiva médica: comer é uma prática social e, portanto, fatores culturais e psicossociais têm de ser considerados. É com essa visão que pretendemos agir.



POR QUE ESTÁ ENTRE OS OBJETIVOS PRIMÁRIOS PARA A FUNDAÇÃO

É o Objetivo que agrega os temas mais intimamente ligados à missão e ao propósito da Fundação de atuar na área da saúde de crianças e adolescentes.

PROBLEMA

A saúde é um direito fundamental por excelência, uma vez que é indissociável do direito à vida e a uma existência digna. No Brasil, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), todos têm direito de acesso aos serviços públicos da área, sejam de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação ou cuidados paliativos.

Diversas estratégias foram lançadas para assegurar esse direito de acordo com as premissas preconizadas pela Constituição – universalidade, integralidade e equidade. Uma das medidas de maior impacto foi a criação do Programa Saúde da Família – hoje Estratégia de Saúde da Família –, por prever ações que permitam atendimento integral e preventivo, centrado na família.

No entanto, o Brasil ainda está longe de conseguir oferecer serviços universais e de qualidade para todos. Entre especialistas consultados em reportagem do jornal Folha de S.Paulo, um dos pontos mais destacados é a importância de aumentar a cobertura e a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde – chamadas de portas de entrada do

SUS. Uma pesquisa do Banco Mundial indicou que o nível de eficiência da atenção primária é de apenas 63%. Falhas de gestão, capacitação insuficiente de recursos humanos e baixo acesso a tecnologias estão entre os principais problemas. Também é necessário elevar o número de profissionais na Estratégia de Saúde da Família (as equipes hoje estão sobrecarregadas) e o acesso a exames complementares.

A gestão do SUS é descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre o governo federal, estados e municípios. Estes são relativamente eficientes, mas muitos têm pouca capacidade de execução – basta lembrar que quase 80% das cidades abrigam até 20 mil habitantes e 81% são dependentes financeiramente de recursos estaduais e federais. O uso de telemedicina nas unidades básicas pode ser útil em alguns casos, para evitar encaminhamentos desnecessários a especialistas. Mas alguns estudiosos avaliam que é necessário algo mais estrutural: a criação de um novo nível de organização do SUS, o regional.

Ainda como melhoria de gestão, o grupo consultado pela Folha de S.Paulo recomenda uma integração completa dos dados dos pacientes – hoje, os sistemas nem sempre se conversam, de modo que por vezes diferentes profissionais requisitam os mesmos exames. Além disso, não se têm informações sobre o histórico das pessoas: a que consultas já compareceram, quais remédios tomaram, a quais procedimentos foram submetidas?

Os entrevistados também recomendaram fortalecer a medicina baseada em evidências, de forma a estabelecer protocolos que sirvam de referência nacional para tratamentos clínicos. Um passo essencial seria fortalecer a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que analisa a introdução de medicamentos e tratamentos.

Outro passo fundamental é aprimorar a medição e divulgação de indicadores de custo e qualidade. Uma das iniciativas na área, o Índice de Desempenho do SUS, foi abandonada em 2015.

METAS DO ODS 3 PARA O BRASIL

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Meta 3.1

Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Meta 3.2

Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos.

Meta 3.3

Até 2030, acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de aids, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e outras doenças transmissíveis.

Meta 3.4

Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.

Meta 3.5

Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool.

Meta 3.6

Até 2030, reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentes no trânsito.

Meta 3.7

Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento reprodutivo, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

Meta 3.8

Assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.

Meta 3b

Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis; proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população.

Meta 3c

Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, o desenvolvimento, a formação e a retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.

POSICIONAMENTO DA FJLES

OBJETIVO PRIORITÁRIO

Como dito, este ODS incorpora em grande medida a missão e o propósito da FJLES. Porém, é importante a Fundação dar contribuição destacada em alguns temas:

- **Cobertura e acesso aos serviços de saúde pela população infantil e adolescente**
- **Atendimento ao pré-natal e à saúde neonatal**
- **Cobertura de vacinação**
- **Prevenção da gravidez na adolescência**
- **Aleitamento materno**
- **Óbitos infantis por causas claramente evitáveis**
- **Uso de novas tecnologias que podem melhorar a oferta de serviços, especialmente pelo SUS, como telemedicina e inteligência artificial**

Este ODS abrange duas das três prioridades da FJLES até 2030. Uma delas é a imunização. O Brasil chegou a ser modelo em campanhas de vacinação: a cobertura contra diversas doenças foi maior que 80% para crianças de até 1 ano por muito tempo. Porém, contaminado por um cenário global de crises de confiança e de propagação de notícias falsas, o país regrediu nessa área. Não tem atingido metas de vacinação contra várias enfermidades (*leia mais no capítulo 4*). Por isso, esse assunto é um dos que a Fundação trabalhará com ênfase nos próximos anos.

No 2º Fórum de Políticas Públicas para a Infância, recomendamos um *paper* e o debatemos. Os especialistas da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) apresentaram diversas recomendações para ampliar a cobertura vacinal – que incluem parcerias com instituições (como escolas), extensão do horário de funcionamento das unidades de saúde, intervenções junto à área médica e aperfeiçoamento da comunicação.

A outra prioridade da FJLES envolvida neste ODS é a saúde mental (meta 3.4) – indissociável de bem-estar ou de saúde, simplesmente. De novo, trata-se de um tema que merece atenção desde muito cedo (a partir da gestação) e que pode ter impacto na vida adulta. Alguns estudos estimam que, entre crianças e adolescentes, os transtornos mentais são mais comuns que a asma, por exemplo, e quase tão comuns quanto a obesidade.

Esta é uma das prioridades da Fundação por ao menos duas razões. Uma, porque é um problema sério – as dúvidas sobre a seriedade do problema dissiparam-se, esperamos, durante a covid-19, quando o isolamento social, a recessão econômica, o mergulho forçado nos meios digitais e, sobretudo, a perda de pessoas próximas desafiaram pessoas de todas as idades, mas especialmente as crianças, por estarem ainda em fase de desenvolvimento cerebral. Outra razão é que é o tema ainda é tabu, e a superação do estigma é um dos primeiros desafios a serem enfrentados, como mostraram o *paper* e os debates sobre saúde mental produzidos pela FJLES no 2º Fórum Nacional de Políticas Públicas para a Infância.



POR QUE ESTÁ ENTRE OS OBJETIVOS PRIMÁRIOS PARA A FUNDAÇÃO

Uma educação de qualidade pode auxiliar muito a formação de cidadãos saudáveis e sociedades menos desiguais, comprometidas com o bem-estar de todos.

PROBLEMA

Este ODS, em sua formulação, abriga todos os níveis educacionais, pessoas de várias idades. Na avaliação da FJLES, a missão da Fundação deve priorizar dois temas ligados à garantia de uma educação inclusiva e equitativa: as oportunidades oferecidas às crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e a necessidade de valorizar a saúde escolar.

A inclusão de crianças com TEA no ensino regular

O transtorno do espectro autista é um distúrbio no desenvolvimento provocado por questões genéticas e por outros fatores do cotidiano. Com amparo da legislação brasileira (como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e o Estatuto da Criança e do Adolescente), todas as crianças com autismo devem ser incluídas no ensino regular, em escolas comuns, ao lado de outros colegas.

Eventualmente, a escola terá de se adaptar para dar atendimento adequado, em qualquer nível de ensino – por exemplo, contratando professores especializados em educação especial, para que a criança diagnosticada com

TEA possa de fato se desenvolver. Não basta que ela frequente a escola: é necessário que ela aprenda.

Infelizmente, porém, apesar dos avanços recentes, a maioria das instituições de ensino brasileiras está despreparada para acolher de fato esses alunos: não conta com tutores especializados nem tem plano pedagógico para essas situações.

Saúde escolar

Esse é um termo que tem sido usado com frequência para se referir a conceitos distintos. Aqui, vamos seguir Antonio e Mendes (2010), que propõem, como base de sua abordagem, uma interação entre as UBS, de um lado, e as creches e escolas, de outro. Afinal, a saúde não é apenas um estado (uma situação biológica), mas um processo que envolve os modos de vida e as várias relações do indivíduo e da comunidade.

Para os dois autores, saúde escolar tem relação com:

- **Aquisição de hábitos saudáveis:** as crianças adquirem hábitos alimentares em dois ambientes principais: a família e a escola. Na escola, elas têm acesso a informações seguras sobre o tema, a conhecimentos que vão fundamentar sua compreensão. Isso ocorre nas aulas, claro. Mas igualmente no modo de lidar com “a merenda, a cantina, a atividade física, o lazer, a expressividade (e as artes?), a convivência pacífica e a construção dos comportamentos solidários”. Conhecimentos que ajudam crianças e jovens a levar uma vida melhor têm impacto maior do que médicos, remédios e terapias.

- **Articulação escola/sociedade:** a escola é uma das mais importantes instituições de socialização de crianças e

adolescentes. Precisa dialogar constantemente com a comunidade, para compreender quais são as prioridades na área de saúde – sob pena de políticas de grande alcance serem aplicadas de modo homogêneo, desconectadas das realidades locais.

O Ministério da Educação (MEC) estipula que atividades nesse segmento sejam feitas segundo a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, com a criação de vínculos entre os centros de saúde e os espaços de educação (não só escolas, mas também praças e ginásios). As iniciativas podem abranger avaliação das condições de saúde dos estudantes, prevenção e promoção ligadas a fatores de risco, capacitação de profissionais das duas áreas, de familiares e de cuidadores. Nos componentes curriculares, é comum que sejam abordados temas como prevenção ao uso de drogas, álcool e cigarro; educação para a sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; violência física, mental e sexual.

POSICIONAMENTO DA FJLES

Este ODS trata de duas áreas de preocupação da FJLES citadas anteriormente: transtorno do espectro autista e saúde escolar.

A Fundação incorporou, em 2015, a organização da sociedade civil Autismo e Realidade e, assim, passou a difundir conhecimento sobre o tema, combatendo preconceitos e orientando familiares, professores e cuidadores. Nosso acervo é composto por vários materiais para esse público: manuais, ferramentas de apoio e cursos on-line, que abordam assuntos como cotidiano familiar, inclusão na escola, transição para a idade adulta e entrada no mercado de trabalho. Há ainda livros, filmes e artigos sobre as particularidades do TEA.

No Instituto Pensi, um dos braços da Fundação, a atuação se dá por meio de pesquisas sobre triagem neonatal para imunodeficiências (que tenta detectar precocemente portadores de síndromes genéticas) e do projeto Rastreamento Ocular, que usa a técnica *eye tracking* para identificar com antecedência sinais de transtorno do espectro autista em crianças de 0 a 4 anos em situação de vulnerabilidade social.

O interesse pela saúde escolar resulta do envolvimento da FJLES com a comunidade da região de Higienópolis, na capital paulista, onde opera uma policlínica comunitária dedicada a infância e adolescência. Nessa operação, fica clara a necessidade de diálogo entre creches, unidades de ensino pré-escolar e escolas públicas.



POR QUE ESTÁ ENTRE OS OBJETIVOS PRIMÁRIOS PARA A FUNDAÇÃO

A Constituição brasileira, em seu artigo 227, faz mais do que estabelecer uma série de direitos a crianças, adolescentes e jovens. Ela estipula que assegurar tais direitos é “absoluta prioridade”. Dos 12 direitos citados, o primeiro é o direito à vida. O mesmo trecho afirma que também é dever de todos (família, sociedade e Estado) colocar esse grupo “a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. A FJLES, em seus programas, pretende apoiar o Brasil a de fato tratar essa matéria como prioritária.

PROBLEMA

Das várias metas previstas no ODS 16, uma diz respeito exclusivamente às crianças: a meta 16.2. No texto adaptado para as realidades e os desafios do Brasil, a formulação é esta: “Proteger todas as crianças e adolescentes do abuso, exploração, tráfico, tortura e todas as outras formas de violência”.

Como salienta o texto da meta – e também o artigo 227 da Constituição –, a violência contra esse grupo pode assumir diferentes aspectos. A Coalizão Brasileira pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes (grupo de organizações do qual a Fundação faz parte) indica algumas das formas:

letalidade, violência doméstica, abuso, exploração, casamento precoce, violência no sistema socioeducativo, violência institucional, trabalho infantil, violência nas tecnologias de informação e comunicação, violência no acesso à saúde e violência nos meios de comunicação. (*Coalizão Brasileira pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes, 2018, p. 4*)

O Brasil não dispõe de dados suficientes para se fazer uma análise mais aprofundada e matizada sobre o quadro da violência contra crianças e adolescentes. Em especial quando envolve crimes tipificados em lei, a subnotificação é muito grande: muitos jovens são coagidos a não registrar denúncias.

As informações de que dispomos delineiam um cenário misto: alguns tipos de crimes recuaram, outros permanecem em patamares elevados e outros continuam a crescer (*leia mais no capítulo 4*). Na violência que envolve questões sexuais, as meninas são as principais vítimas – reflexo de uma ideologia que privilegia os homens nas relações de

poder, alimenta a cultura do machismo e dissemina (por vezes de modo implícito) a ideia de que a mulher é objeto de desejo e propriedade do homem. Essas perspectivas acabam legitimando – e mesmo incentivando – diversas formas de violência, entre as quais o estupro. Nos crimes que envolvem armas (em especial armas de fogo), os meninos são os mais afetados – sobretudo os pretos e pardos.

POSICIONAMENTO DA FJLES

Para a Fundação, toda forma de violência e negligência que afeta a população infantil e adolescente deve ser combatida. Priorizamos o combate ao abuso e à violência sexual, física e psicológica, bem como o combate à negligência de pais, cuidadores, profissionais e autoridades.

Objetivos secundários



Como visto anteriormente, estes Objetivos serão contemplados de acordo com as oportunidades que aparecerem em projetos dos programas que atendem os Objetivos primários. Por exemplo, projetos voltados a comunidades específicas e que demandem:

- **Ações contra a pobreza, como atividades econômicas e de geração de emprego, ou capacitação profissionalizante para o grupo populacional beneficiado.**
- **Medidas de saneamento e acesso a serviços de água tratada e esgoto nas regiões dos projetos.**

- **Ações que alavancam recursos de governo, como o Bolsa Família ou o Auxílio Brasil**

Objetivo de foco operacional



A implantação dos ODS requer diferentes formas de parceria. A ONU propõe estratégias como:

- 17.1.** Fortalecer a mobilização de recursos internos, inclusive por meio do apoio internacional aos países em desenvolvimento.
- 17.3.** Mobilizar recursos financeiros adicionais para os países em desenvolvimento a partir de múltiplas fontes.
- 17.6.** Melhorar a cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular regional e internacional e o acesso à ciência, tecnologia e inovação, e aumentar o compartilhamento de conhecimentos.
- 17.7.** Promover o desenvolvimento, a transferência, a disseminação e a difusão de tecnologias ambientalmente corretas.
- 17.14.** Aumentar a coerência das políticas para o desenvolvimento sustentável.

17.16. Reforçar parcerias multissetoriais que mobilizem e compartilhem conhecimento, expertise, tecnologia e recursos financeiros, para apoiar a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

17.17. Incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil eficazes, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias.

POSICIONAMENTO DA FJLES

A adoção dos ODS como bússola para as ações da FJLES requer clareza sobre nosso *modus operandi*. Por exemplo: optamos por não ser uma fundação operadora, mas doadora de recursos para outras organizações executarem programas ou projetos. Isso significa que, para cumprir sua missão, a FJLES precisa firmar parcerias – o que, por sua vez, significa que precisa estabelecer critérios para escolher seus parceiros.

Nesse sentido, é possível identificar no *modus operandi* as seguintes ações:

- Apoio a programas e projetos que fazem parte de sua grade programática, com definição de objetivos, metas, resultados e impactos esperados;
- Atividades de apoio aos projetos pertencentes aos programas, para aumentar as chances de sucesso. Atividades que podem ser apoiadas: treinamento de líderes de projetos, participação em eventos, articulação de redes específicas; apoio ao monitoramento dos projetos; apoio à disseminação dos resultados e dos impactos alcançados.
- Atividades de análise e inteligência, para influenciar a

preparação, aprovação, implantação e avaliação de políticas públicas que atendam a saúde infantil e da adolescência. Essas atividades aproximam a Fundação de um *think tank*, com atividades de *advocacy* em favor de políticas que valorizam o bem-estar de crianças e adolescentes.

- Atividades de disseminação de informações, conhecimentos, práticas de saúde na infância e adolescência. Podem ser voltadas a público específico ou à sociedade em geral. Isso exige ações de educação continuada e de educação à distância para profissionais, técnicos, famílias e cuidadores.

A FJLES, ao assumir como missão a melhoria da saúde infantil e da adolescência, sabe que está atuando num campo complexo, que pede:

- **Estratégias multidisciplinares e interdisciplinares:** é necessário reunir diferentes áreas, complementando os conhecimentos biológicos e psicológicos com conceitos vindos da sociologia, da antropologia, da filosofia, da economia e das ciências exatas (como a estatística).
- **Visão integrada dos problemas sociais:** ao se propor a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de crianças e adolescentes, a Fundação precisa desenvolver uma perspectiva intersetorial ao planejar e monitorar a prestação de serviços. Do contrário, correria o risco de padecer da habitual segmentação de estratégias.

É em razão de desafios como esses que a FJLES criou um núcleo de pesquisa em filantropia, que contribui para a área de saúde com novos olhares a partir de temas da ética, da filantropia, do investimento social, da economia e da educação.

Referências

ANTONIO, M. A. R. G. M.; MENDES, R. T. Saúde Escolar e Saúde do Escolar. In: BOCCALETTO, E. M. A.; MENDES, R. T.; VILARTA, R. (Orgs.). **Estratégias de Promoção da Saúde do Escolar: atividade física e alimentação saudável**. Campinas: Ipes Editorial, 2010. Disponível em: https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/escolares_cap1.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília: Banco Mundial; 2019. Disponível em <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Secretaria de Governo da Presidência da República. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em https://portalods.com.br/wp-content/uploads/2018/02/relatoriovoluntario_brasil2017port.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

COALIZÃO BRASILEIRA PELO FIM DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Manifestação de representantes da Sociedade Civil Brasileira pela Erradicação da Violência contra Crianças e Adolescentes no Brasil e pelo engajamento do Estado Brasileiro no tema e na Parceria Global para o Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes (Global Partnership to End Violence Against Children)**. Brasília: Gife, 2018. Disponível em: https://gife.org.br/wp/media/2018/04/carta_sociedade_civil_parceria_global_9fev2018.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **A Criança e o Adolescentes nos ODS: marco zero dos principais indicadores brasileiros -- ODS 1, 2, 3 e 5**. 1. ed. São Paulo: Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, 2017. Disponível em: https://observatoriocrianca.org.br/system/library_items/files/000/000/002/original/Publica%C3%A7%C3%A3o_A_Crian%C3%A7a_e_o_Adolescente_nos_ODS.pdf?1510343062. Acesso em: 04 fev. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: Nações Unidas; 2016. Disponível em: <https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

3

Políticas públicas para a infância e a adolescência



Introdução

As pesquisas sobre como a ação do Estado influencia e regula vários aspectos da vida social ganharam importância sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Foi nesse período que se consolidou o termo “políticas públicas” para se referir a conjuntos de programas, ações e decisões governamentais em inúmeras áreas. Em geral, as que têm maior impacto direto na vida das pessoas são as políticas sociais, com frequência organizadas em políticas setoriais (saúde, educação, saneamento, transporte, segurança...).

Num país marcadamente desigual como o Brasil, há o desafio de criar políticas públicas que enfrentem os problemas sociais e, ao mesmo tempo, lidar com um orçamento escasso. Dessa forma, requerem atenção os processos de identificar o problema, incluí-lo na agenda social, conduzir acordos políticos que resultem em ações, comunicar a política pública e implantá-la. É preciso assegurar a transparência de tais processos e envolver a sociedade ao longo de todo o ciclo – assim resumido pelo Centro de Liderança Pública (CLP):

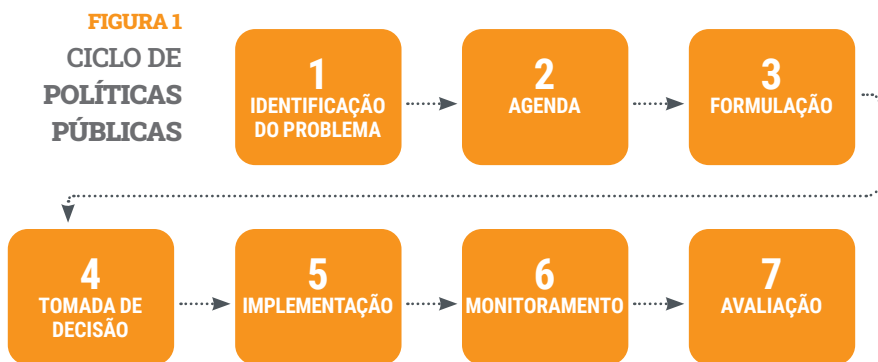
As etapas correspondem aos momentos em que (1) atores sociais e gestores públicos identificam problemas; (2) os poderes Legislativo e Executivo debatem uma agenda de itens prioritários para fazer frente ao problema; (3) formulam-se alternativas e se identificam possíveis soluções; (4) escolhe-se a solução considerada mais viável; (5) implanta-se a política pública e (6) monitora-se e avalia-se a implantação da política, para verificar se ela efetivamente está servindo como solução ao problema identificado.

Esse ciclo pode se dar em nível federal, estadual e municipal. Mas é importante observar que as políticas – sobretudo as nacionais – sofrem influência das chamadas megapolíticas, aquelas propostas por organismos internacionais, como os braços das Nações Unidas: OMS (Saúde), Unesco (Educação e Cultura), Unicef (Infância e Adolescência), Pnud (Desenvolvimento) etc.

Um exemplo de megapolítica são os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pois destinam-se a todos os Estados-membros das Nações Unidas e orientam as agências específicas da organização (como as citadas no parágrafo anterior).

As organizações internacionais e a formação das políticas sociais no século XXI

Essas organizações internacionais têm uma formação singular. São atores não estatais fundados e integrados por Estados: só obtêm legitimidade se os Estados aderem a elas. Sua criação remonta ao século XIX, com a Liga das Nações – que se transformou na ONU após a Segunda Guerra Mundial. A intenção, tanto da Liga das Nações



Fonte: adaptado de Centro de Liderança Pública, 2019

quanto de sua descendente, era minimizar a instabilidade mundial e as disputas diretas entre os países.

Esse objetivo se concretiza na criação de consensos, de regras comuns e procedimentos padronizados, por meio de mecanismos como conferências de líderes, produção de pesquisas e documentos, estabelecimento de acordos de cooperação, concessão de financiamentos condicionados e sistematização de recomendações. Nesse sentido, os organismos multilaterais – sobretudo em temas que extrapolam fronteiras nacionais – têm papel de mediação, ao mesmo tempo em que fazem diagnósticos, constroem respostas e introduzem temas na agenda global (SILVEIRA, 2011).

Entre esses temas estão as políticas sociais – elemento de destaque do discurso e das atividades das agências da ONU no século XXI. Um bom exemplo pode ser encontrado na Declaração do Milênio da ONU, assinada em 2000 por chefes de Estado de todas as nações. O documento, na avaliação de Silveira (2011), representa um compromisso dos governos com um tipo de política que supera a visão residual e assistencialista das décadas de 1980 e 1990, ao propor que as questões sociais são um compromisso essencial do Estado. Elaborada por especialistas e referendada pelos governantes, a declaração defende que as políticas sociais devem perseguir, simultaneamente, crescimento econômico, inclusão social e proteção ao meio ambiente. Em 2015, na assinatura da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, essa perspectiva integradora ganhou ainda mais força.

Mas qual é de fato o poder das agências da ONU em definir políticas públicas? Cabe aos Estados – aqui envolvidos os vários participantes da arena nacional – definir priorida-

des e implantar programas e projetos. Os organismos internacionais, porém, exercem papel de influenciadores dos temas prioritários ao proporem acordos e servirem de fórum para negociá-los e ao produzirem estudos sobre assuntos de relevância. Destaque-se, por exemplo, que a Agenda 2030 serviu (e tem servido) de base para a elaboração de documentos que analisam e recomendam ações locais, inclusive propondo metodologias, padronizando levantamentos estatísticos, fazendo sugestões para curto, médio e longo prazo e monitorando o avanço nos ODS. Mais ainda: alguns organismos colaboram – técnica e às vezes financeiramente – com a implementação de programas.

Os Estados permanecem soberanos para decidir os rumos que tomam. Mas certas recomendações, por nascerem de espaços de consenso, geram uma “obrigação moral” do país-membro com os outros e a organização proponente.

Nas próximas páginas, vamos apresentar os marcos principais das políticas sociais no âmbito das Nações Unidas, cujo eixo são as preocupações em torno dos direitos humanos.

A INFLUÊNCIA NAS LEGISLAÇÕES E NAS AÇÕES NACIONAIS

Sem dúvida, um dos principais influenciadores das políticas sociais das últimas décadas é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948. Muitas constituições nacionais – inclusive a brasileira, de 1988 – inspiraram-se nesse documento, especialmente em seus três primeiros artigos:

Artigo 1° - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 2° - Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.

Artigo 3° - Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Esse conteúdo reverbera diretamente num documento dirigido a um grupo mais específico, a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, aprovada pela ONU em 1959. Ela se baseia em 12 princípios, resumidos na Tabela 1.

TABELA 1
DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS

PRINCÍPIO	ENUNCIADO	ASPIRAÇÃO
1	Direito à igualdade, sem distinção de cor/raça, religião ou nacionalidade	A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer índole. Deve ser educada num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade, com plena consciência de que deve consagrar suas energias e aptidões ao serviço de seu semelhante.

PRINCÍPIO	ENUNCIADO	ASPIRAÇÃO
2	Direito especial à proteção para seu desenvolvimento físico, mental e social	A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidades e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Nas leis promulgadas com este fim, a condição fundamental a que atenderão será o interesse superior da criança.
3	Direito a um nome e a uma nacionalidade	A criança tem direito, desde seu nascimento, a um nome e a uma nacionalidade.
4	Direito a alimentação, moradia e assistência médica adequadas para a criança e a mãe	A criança tem direito de gozar dos benefícios da previdência social. Terá direito a crescer e desenvolver-se em boa saúde; para esta finalidade deverão ser proporcionados, tanto a ela, quanto à sua mãe, cuidados especiais, incluindo-se a alimentação pré e pós-natal. A criança terá direito a desfrutar de alimentação, moradia, lazer e serviços médicos adequados.
5	Direito à educação e a cuidados para a criança física e mentalmente deficiente	A criança física e mentalmente deficiente ou aquela que sofre de algum impedimento social deve receber o tratamento, a educação e os cuidados especiais que requeira o seu caso particular.
6	Direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade	A criança necessita de amor e compreensão para o desenvolvimento pleno e harmonioso de sua personalidade; sempre que possível, deverá crescer com o amparo e sob responsabilidade de seus pais, mas, em qualquer caso, em um ambiente de afeto e segurança moral e material; salvo circunstâncias excepcionais, não deverá ser separada de sua mãe na tenra idade. A sociedade e as autoridades públicas terão a obrigação de cuidar especialmente da criança abandonada ou daquelas que carecem de meios adequados de subsistência. Convém que se concedam subsídios governamentais, ou de outra espécie, para manutenção dos filhos de famílias numerosas.

PRINCÍPIO	ENUNCIADO	ASPIRAÇÃO
7	Direito à educação gratuita e ao lazer infantil	<p>A criança tem direito a receber educação escolar, que deve ser gratuita e obrigatória ao menos nas etapas elementares. Será dada à criança uma educação que favoreça sua cultura geral e lhe permita – em condições de igualdade e oportunidades – desenvolver suas aptidões e sua individualidade, seu senso de responsabilidade social e moral, chegando a ser membro útil da sociedade.</p> <p>O melhor interesse da criança deverá ser o interesse a nortear aqueles que têm responsabilidade por sua educação e orientação; tal responsabilidade incumbe, em primeira instância, seus pais.</p> <p>A criança deve desfrutar plenamente de jogos e brincadeiras, que deverão estar dirigidos para a educação; a sociedade e as autoridades públicas se esforçarão para promover o exercício deste direito.</p>
8	Direito a ser socorrida em primeiro lugar em caso de catástrofe	<p>A criança deve em todas as circunstâncias figurar entre os primeiros a receber proteção e auxílio.</p>
9	Direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho	<p>A criança deve ser protegida contra qualquer forma de abandono, crueldade e exploração. Não será objeto de nenhum tipo de tráfico.</p> <p>Não se deverá permitir que a criança trabalhe antes da idade mínima adequada; em caso algum será permitido que a criança se dedique, ou a ela se imponha, a qualquer ocupação ou emprego que possa prejudicar sua saúde ou a sua educação, ou impedir seu desenvolvimento físico, mental ou moral.</p>
10	Direito a crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos	<p>A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar qualquer tipo de discriminação com base em cor/raça, religião ou de qualquer outra natureza. Deve ser educada dentro de um espírito de compreensão, tolerância, amizade e justiça.</p>

Fonte: ONU, 1959.

Apesar de a declaração ser um documento fundamental, os países signatários não eram obrigados a cumpri-la. As negociações para torná-la mandatória começaram 20 anos depois, em 1979, e só foram concluídas em 1989, com a criação da Convenção sobre os Direitos da Criança. Composta por 54 artigos, ela cria direitos sociais, culturais, econômicos, civis e políticos para todas as crianças e adolescentes, e estabelece as responsabilidades da família, do Estado e da sociedade. Todos os países que a ratificaram comprometeram-se a segui-la (o Brasil entre eles), o que significa que o documento foi validado como lei nacional. No Brasil, os debates em torno da Convenção influenciaram o artigo 227 da Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990. Inspirado por esses três marcos legais, o país criou um sistema de garantia de direitos firmado na ideia de proteção integral à criança e ao adolescente.

Não só as decisões internacionais que adquirem peso de lei influenciam as realidades nacionais. Como dito anteriormente, as decisões amplas – por vezes consensuais – ganham peso de “obrigação moral”. Pode-se dizer que é o caso da Declaração do Milênio da ONU e seu principal subproduto, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em parte inspirado por eles, em parte porque o debate público interno caminhava em direção semelhante, o Brasil conseguiu avanços relevantes no começo do século XXI.

• **Acesso ao ensino fundamental:** Em 1990, 18,8% das crianças de 7 a 14 anos estavam fora da escola; em 2015, a taxa caiu para 1,4%. Não só aumentou a quantidade de brasileiros matriculados, mas também de matriculados na série correspondente a sua idade: em 2015, 81,8% dos alunos do ensino fundamental cursavam uma série adequada a sua faixa etária.

• **Mortalidade na infância:** O recuo foi significativo, mas o país não conseguiu cumprir a meta de reduzir em dois terços a mortalidade entre crianças de até 5 anos: era de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990, chegou a 14,3 em 2015 (pouco acima da meta de 13,4). A taxa diminuiu em todas as regiões, e num ritmo mais acelerado no Nordeste.

• **Mortalidade materna:** Outro caso em que a queda foi importante, mas insuficiente para alcançar a meta: o recuo foi de 141 para 57,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre 1990 e 2015. Para cumprir o ODM, era preciso chegar a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Observe-se que o descumprimento de algumas das metas (como nos dois últimos casos mencionados acima) não implicou sanção de nenhum tipo. Ainda que possa haver algum tipo de constrangimento, a intenção primordial parece ser reunir esforços para melhorar o desempenho em algumas áreas – não alcançar determinada meta ou avançar mais do que ela previa (algo que também ocorreu no Brasil) tem como principal ganho ou perda os próprios resultados.

A partir de 2016, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sucessores dos ODM, operam sob a mesma perspectiva. Seu documento base, Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (PNUD, 2016), passou a orientar os países signatários a serem ousados e inovadores para tornar realidade essa ambiciosa estratégia. Num processo similar aos já descritos páginas atrás, todos os braços setoriais do Sistema das Nações Unidas (OMS, Unesco, Unicef etc.) debruçaram-se sobre os ODS e elaboraram estudos, paradigmas e padrões para orientar os países em seus programas e políticas nacionais.

Em saúde, o documento mais importante é a A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (OPAS, 2017) marco de políticas, um planejamento estratégico e um chamado à ação coletiva para a região alcançar níveis melhores de bem-estar.

Na educação, destaque-se o documento Educação para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Objetivos de Aprendizagem. Na obra, defende-se que a educação é tanto um objetivo em si mesmo (inclusive nos ODS: o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4) como um meio para atingir todos os outros ODS. “Não é apenas uma parte integrante do desenvolvimento sustentável, mas também um fator fundamental para a sua consecução” (UNESCO, 2017).

A mesma agência produziu sistemática e continuamente estudos e referências sobre a educação e os ODS, abrangendo assuntos como investimento e inclusão de crianças e adolescentes, monitoramento, desenvolvimento da primeira infância, fim da violência contra crianças e adolescentes, segurança alimentar e saúde e bem-estar de crianças.

Políticas públicas para a infância e a adolescência no Brasil

A seguir serão apresentadas as principais políticas ora vigentes, agrupadas em saúde; educação e assistência social.

SAÚDE

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc)

Portaria 1.130/2015

Voltada a promover e proteger a saúde da criança da gestação aos 9 anos de idade, com ênfase na primeira infân-

cia e em populações mais vulneráveis. Estrutura-se em sete eixos estratégicos:

1 - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade e da humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e o acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

2 - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, na proteção e no apoio ao aleitamento materno, iniciada na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

3 - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e no estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial na primeira infância, por meio da atenção básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

4 - Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

5 - Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências e acidentes e para a promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social do território;

6 - Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e

7 - Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e a investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

2. Estratégia Saúde da Família

Portaria 2.436/2017

Busca promover a qualidade de vida da população.

Metas

1. Conhecer a realidade das famílias pelas quais as

equipes são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta;

2. Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância em saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;

3. Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;

4. Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;

5. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto dos problemas;

6. Discutir junto à equipe e à comunidade, de forma permanente, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;

7. Incentivar a formação e/ou a participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O gerenciamento e a organização da Estratégia Saúde da Família competem à Coordenação de Saúde da Comunidade, subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde, com as seguintes atribuições, entre outras:

- Estabelecer normas e diretrizes que definam os princípios da estratégia;

- Definir mecanismos de alocação de recursos federais para a implantação e manutenção das unidades de Saúde da Família, segundo a lógica de financiamento do SUS;

- Negociar com a Comissão Intergestores Tripartite os requisitos específicos e as prerrogativas para implantar a estratégia;

- Acompanhar e avaliar a implantação e os resultados da estratégia nos estados e municípios;

- Articular, com as universidades e instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou a implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação *lato sensu*;

- Identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não governamentais.

3. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Portarias 822/2001 e 187/2019 do Ministério da Saúde

Trata-se de uma agenda transversal às políticas, coordenações e áreas técnicas (Sangue e Hemoderivados, Saúde da Criança e Saúde da Pessoa com Deficiência) e às Redes Temáticas do SUS (Rede Cegonha e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).

Seu objetivo é promover ações de triagem neonatal no SUS, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no programa.

A triagem é feita por meio de testes que detectam precocemente um grupo de doenças e alterações geralmente assintomáticas no período neonatal – porém, potencialmente causadoras de danos durante o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Uma lei sancionada em maio de 2021 (lei 14.154/21) ampliou de seis para 14 o número de doenças rastreadas pelo teste – chamado de teste de pezinho. A ampliação começa a valer em maio de 2022 e será gradual.

Metas

1. Todo recém-nascido tem direito ao acesso a testes de triagem neonatal. Estes deverão ser feitos até o 30º dia de vida (preferencialmente entre o 2º e o 7º dia);
2. O programa deverá garantir plenamente o acesso não só à realização dos exames preconizados e à confirmação diagnóstica, mas também ao acompanhamento e tratamento das doenças detectadas. Devem ser estruturados os fluxos de referência e contrarreferência, os postos de coleta adequados e os respectivos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas;
3. Todo recém-nascido suspeito de ser portador de uma das patologias triadas deverá ser submetido aos exames complementares confirmatórios;
4. Todo recém-nascido vivo identificado/confirmado como portador de uma das patologias triadas tem direito a acompanhamento, orientação e tratamento adequado;
5. As autoridades sanitárias nos níveis federal, esta-

dual e municipal serão responsáveis pela adoção das medidas pertinentes e adequadas à garantia dos direitos enunciados acima.

4. Rede Cegonha

Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde

É uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante gestação, parto, pós-parto e desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida da criança. Visa reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo SUS no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).

Metas

1. Garantia de acolhimento, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
3. Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento;
4. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e
5. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

5. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan)

Decreto 72.034/1973; Lei nº 11.346/ 2006 e

Decreto 7.272/2010

Criada em 1999 e revisada em 2011, busca proteger e promover o direito à saúde e à alimentação adequada e saudável. Abrange os pontos centrais da atenção nutricional no SUS, com atividades integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações. A implementação das diretrizes fica a cargo das três esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, secretarias de Saúde das unidades da Federação e dos municípios).

O Pnan é parte do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), que se caracteriza por uma gestão intersetorial, participativa e com articulação entre os três níveis de governo. Cada setor (assistência social, agricultura, abastecimento, educação, saúde, desenvolvimento, trabalho etc.) deve desenvolver ações para promoção da saúde alimentar e nutricional, de maneira interligada e articulada. Além disso, é importante que algumas políticas sejam construídas e geridas por vários setores em conjunto.

Seus objetivos específicos são:

- Identificar e divulgar os fatores condicionantes da insegurança alimentar e nutricional;
- Articular programas e ações que respeitem, protejam e promovam o direito humano à alimentação adequada e saudável, bem como disponibilizar instrumentos para sua exigibilidade;
- Tornar os objetivos da soberania e segurança ali-

mentar e nutricional política de Estado baseada em modelos justos e sustentáveis; e

- Promover a soberania e a segurança alimentar e nutricional em âmbito internacional.

6. Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil

Portaria GM/MS 1.862/2021

Chamada de Proteja, a iniciativa tem como foco municípios com menos de 30 mil habitantes onde ao menos 15% das crianças de até 10 anos padecem de excesso de peso. Prevê uma série de ações, dentre as quais podem ser destacadas:

- Monitorar o estado nutricional e os marcadores de consumo alimentar de crianças, adolescentes e gestantes;
- Oferecer cuidado multiprofissional para gestantes com excesso de peso pré-gestacional ou ganho de peso gestacional excessivo;
- Ofertar cuidado multiprofissional para crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade;
- Equipar as UBS com, no mínimo, balança e estadiômetro (equipamento para medir altura);
- Incluir no plano municipal de saúde metas de prevenção e atenção à obesidade infantil pactuadas nas instâncias formais de gestão e controle social do SUS;
- Realizar ações de educação alimentar e nutricional e de atividade física nas UBS e em outros espaços públicos para crianças, adolescentes e gestantes;

- Garantir a realização de pelo menos 15 minutos de atividade física por dia, para além das aulas de educação física curriculares, em todas as escolas e em todos os níveis de ensino; e
- Promover e apoiar a agricultura urbana, incluindo hortas em ambientes institucionais, como escolas e serviços de saúde, e em espaços comunitários.

7. Programa Saúde na Escola

Decreto 6.286/2007

Tem como objetivo integrar e articular, de modo permanente, a educação e a saúde. Contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Destina-se a alunos da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes de escolas profissionais e tecnológicas e da educação de jovens e adultos (EJA).

Metas

1. Tratar a saúde e a educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
2. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação;
3. Promover a articulação de saberes e a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e no controle social das políticas públicas de saúde e educação;

4. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
5. Articular as ações do SUS às das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto em estudantes e familiares, otimizando a utilização de espaços, equipamentos e recursos;
6. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o desenvolvimento escolar;
7. Promover comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde;
8. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.

EDUCAÇÃO

1. Plano Nacional de Educação (PNE)

Lei 13.005/2014

Estabelece diretrizes, metas e estratégias para o período entre 2014 e 2024. Inclui diretrizes para docência, gestão democrática e financiamento do ensino. Implanta estratégias específicas para a redução da desigualdade e a inclusão de minorias, como alunos com deficiência, indígenas, quilombolas, estudantes da área rural e alunos em regime de liberdade assistida.

Metas

1. Até 2016, universalizar a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos (meta não alcançada, como se verá no capítulo 4). Até 2024, ampliar a oferta de educação infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos;
2. Universalizar o ensino fundamental de nove anos para toda a população de 6 a 14 anos e garantir que pelo menos 95% dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada, até o último ano de vigência do PNE;
3. Universalizar o atendimento escolar para toda a população de 15 a 16 anos e elevar, até o final do período de vigência do PNE, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85%;
4. Universalizar, para a população de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados;
5. Alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º ano do ensino fundamental;
6. Oferecer educação em tempo integral em, no mínimo, 50% das escolas públicas, de forma a atender pelo menos 25% dos alunos da educação básica;
7. Fomentar a qualidade da educação básica em todas

as etapas e modalidades, com melhoria do fluxo escolar e da aprendizagem, de modo a atingir as seguintes médias nacionais para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb): 6,0 nos anos iniciais do ensino fundamental; 5,5 nos anos finais do ensino fundamental; 5,2 no ensino médio;

8. Elevar a escolaridade média da população de 18 a 29 anos, de modo a alcançar, no mínimo, 12 anos de estudo no último ano de vigência do PNE para as populações do campo, da região de menor escolaridade no país e dos 25% mais pobres. Igualar a escolaridade média entre negros e não negros;
9. Levar a taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais para 93,5% até 2015 (meta alcançada). Até o final da vigência do PNE, erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional;
10. Oferecer, no mínimo, 25% das matrículas de educação de jovens e adultos, nos ensinos fundamental e médio, na forma integrada à educação profissional;
11. Triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% da expansão no segmento público;
12. Elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% e a taxa líquida para 33% da população de 18 a 24 anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, 40% das novas matrículas, no segmento público;
13. Elevar a qualidade da educação superior e ampliar a proporção de mestres e doutores do corpo docente em

efetivo exercício no conjunto do sistema de educação superior para 75%, sendo, do total, no mínimo, 35% doutores;

14. Elevar gradualmente o número de matrículas na pós-graduação *stricto sensu*, de modo a atingir a titulação anual de 60.000 mestres e 25.000 doutores;

15. Garantir, em regime de colaboração entre a União, as unidades da Federação e os municípios, um ano após a vigência do PNE, política nacional de formação dos profissionais da educação, assegurando que todos os professores tenham formação específica de nível superior, obtida em curso de licenciatura na área de conhecimento em que atuam;

16. Formar, em nível de pós-graduação, 50% dos professores da educação básica, até o último ano de vigência do PNE, e garantir a todos os profissionais da educação básica formação continuada em sua área de atuação, considerando as necessidades, demandas e contextualizações dos sistemas de ensino;

17. Valorizar os profissionais do magistério das redes públicas de educação básica, de forma a equiparar seu rendimento médio ao dos demais profissionais com escolaridade equivalente, até 2020 (meta não alcançada);

18. Assegurar, no prazo de dois anos, a existência de planos de carreira para os profissionais da educação básica e superior pública de todos os sistemas de ensino (meta alcançada). Para o plano de carreira dos profissionais da educação básica pública, tomar como referência o piso salarial nacional profissional, definido em lei federal;

19. Até 2016, assegurar condições para a efetivação da gestão democrática da educação, associada a critérios técnicos de mérito e desempenho e à consulta pública à comunidade escolar, no âmbito das escolas públicas, prevendo recursos e apoio técnico da União para tanto;

20. Até 2019, ampliar o investimento público em educação de forma a atingir, no mínimo, o patamar de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) (meta não alcançada) e, no mínimo, o equivalente a 10% do PIB ao final do decênio.

2. Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae)

Lei 11.947/2009

Busca contribuir para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis, por meio da oferta de refeições e de ações de educação alimentar e nutricional. Destina-se a alunos de toda a rede pública da educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos). Os recursos são repassados a estados e municípios pelo governo federal, de acordo com a etapa e a modalidade de ensino.

Meta

Garantir uma refeição diária com aproximadamente 350 quilocalorias e 9 gramas de proteínas. Dessa forma, a alimentação escolar deve responder por no mínimo 15% das necessidades diárias do estudante. Assim o programa contribui para que o aluno tenha melhor rendimento escolar; maior equilíbrio para o seu desenvolvimento físico e psíquico; menor índice de absenteísmo; e mais defesas orgânicas necessárias à boa saúde.

3. Programa Escola Acessível

Decreto 7.611/2011

Objetiva promover condições de acessibilidade ao ambiente físico, aos recursos didáticos e pedagógicos e à comunicação nas escolas públicas de ensino regular. Pode financiar ações como as seguintes:

- Adequação arquitetônica: rampas, sanitários, vias de acesso, instalação de corrimão e de sinalização visual, tátil e sonora;
- Aquisição de cadeiras de rodas, recursos de tecnologia assistiva, bebedouros e mobiliários acessíveis.

ASSISTÊNCIA SOCIAL, PROTEÇÃO E DIREITOS HUMANOS

1. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Lei 8.069/1990

É o principal documento normativo sobre direitos de crianças e adolescentes. Inspirado na Convenção sobre os Direitos da Criança, das Nações Unidas, enxerga essas pessoas como sujeitos de direitos, em etapa especial de desenvolvimento e com prioridades absolutas da política pública. Enfatiza a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em garantir proteção integral a esse grupo, por meio de conselhos municipais, estaduais, distrital e nacional dos direitos da criança e do adolescente.

Por meio de outras leis, os conceitos e as políticas preconizados pelo ECA foram complementados por legislações recentes, como as seguintes:

- Lei da Primeira Infância (13.257, de 8 de março de 2016):

afirma o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços que atendam às especificidades da primeira infância;

- Lei Menino Bernardo (13.010, de 26 de junho de 2014): estabelece o direito de crianças e adolescentes serem educados sem castigos físicos;
- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012): regulamenta a execução de medidas socioeducativas para adolescentes que praticarem infrações;
- Escuta Especializada (Lei 13.431, de 4 de abril de 2017): cria o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.

Contudo, apesar das conquistas, ainda há muitos pontos a serem aprimorados para efetivar todos os direitos de meninas e meninos. Como se verá no capítulo 4, mantêm-se em níveis preocupantes o trabalho infantil, a falta de acesso a saneamento, a proporção de crianças e adolescentes em domicílios pobres, o abandono escolar e a violência. A população infantojuvenil negra, pobre e periférica permanece particularmente vulnerável.

2. Lei Orgânica da Assistência Social (Loas)

Lei 8.742/2003

Estabelece que o objetivo da assistência social é amparar os direitos do cidadão, provendo recursos para:

- Dar garantia à vida;
- Proteger a família em todos os seus aspectos (maternidade, infância, adolescência e velhice);

- Integrar as pessoas com deficiência à sociedade;
- Prestar vigilância assistencial para que o Estado possa avaliar, de forma permanente, famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Isso é feito por meio de duas vertentes:

1. Proteção social básica: atende famílias em situação de extrema pobreza, fortalecendo seus vínculos e os da comunidade a que pertencem;
2. Proteção social especial: para reconstruir famílias e comunidades desprovidas de seus direitos em razão de abandono, maus-tratos, abuso sexual e uso de drogas, entre outras ocorrências.

Para a efetivação da Loas, dois instrumentos legais foram criados: a Política Nacional de Assistência Social (Pnas) e a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (Suas).

O Suas articula esforços e recursos de municípios, estados e União para executar e financiar a Pnas. Também oferece benefícios assistenciais para superação de situações de vulnerabilidade. Gerencia a vinculação de entidades e organizações ao sistema, atualizando o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concedendo certificação a entidades beneficentes.

O processo de gestão inclui poder público e sociedade civil, por meio de comissões intergestores bipartite e da comissão intergestores tripartite.

3. Programa Brasil Carinhoso

Resolução CD/FNDE/MEC 19/2015, resolução/SEB/MEC 1/2014, portaria interministerial 2/2014 e lei 12.722/2012

Realiza transferência automática de recursos para custear despesas com manutenção e desenvolvimento da educação infantil, contribuir com as ações de cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, além de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil. A verba é destinada a alunos de 0 a 4 anos, matriculados em creches públicas ou conveniadas com o poder público, cujas famílias sejam beneficiárias do programa Bolsa Família.

4. Programa Criança Feliz

Decreto 8.869/2016, modificado pelo decreto 9.579/2018

Alinhado ao marco legal da primeira infância, contém parâmetros para a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à primeira infância. Seus objetivos são:

1. Promover o desenvolvimento humano por meio do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância;
2. Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;
3. Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até 6 anos;
4. Mediar o acesso da gestante, das crianças e das suas famílias às políticas e aos serviços públicos de que necessitem;

5. Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.

Tem como público principal:

- a) Gestantes, crianças de até 3 anos e suas famílias beneficiárias do Bolsa Família;
- b) Crianças de até 6 anos e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e
- c) Crianças de até 6 anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida protetiva.

As equipes do Criança Feliz visitam as casas de beneficiários do Bolsa Família para fazer acompanhamento e dar orientações importantes para fortalecer os vínculos familiares e comunitários e estimular o desenvolvimento infantil.

5. Programa de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Resolução 162/2014 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

Tem os seguintes objetivos:

1. Prevenir e enfrentar a violência sexual por meio de ações intersetoriais, interinstitucionais e interfederativas que protejam as vítimas e responsabilizem os agressores, bem como conscientizem a população sobre formas de identificar e denunciar casos suspeitos;
2. Regulamentar a Lei da Escuta, que estabelece ga-

rantias e procedimentos para ouvir crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência durante os inquéritos e processos judiciais;

3. Monitorar os planos estaduais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.

6. Enfrentamento à Violência Letal

Resolução 213/2018 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

A resolução é influenciada pelas duas primeiras metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16: reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionadas a violência; e proteger crianças e adolescentes de abuso, exploração, tráfico, tortura e todas as outras formas de violência.

Entre as diretrizes que estabelece estão:

- Elaborar e fomentar ações de prevenção, com foco na desconstrução da cultura de violência, por meio da sensibilização da sociedade sobre a banalização da violência letal e sobre a valorização da vida;
- Garantir acesso às políticas fundamentais e aos serviços públicos, com ações de inclusão e promoção de oportunidades sociais e econômicas;
- Estimular a participação e o protagonismo comunitário, promovendo a transformação de territórios;
- Promover o aperfeiçoamento institucional por meio da desconstrução de práticas discriminatórias, principalmente nos sistemas que atendem adolescentes;

- Garantir pleno acesso à justiça e à segurança cidadã;
- Desenvolver planos, programas e ações destinados a enfrentar a violência letal contra crianças e adolescentes;
- Articular com órgãos públicos, organizações da sociedade civil e organismos internacionais a implantação de parcerias para executar políticas de enfrentamento da violência letal contra crianças e adolescentes;
- Garantir a integração de políticas, ações, programas e planos de enfrentamento da violência letal contra crianças e adolescentes nos territórios;
- Promover estudos, pesquisas, diagnósticos e indicadores sobre a violência letal contra crianças e adolescentes, considerando os recortes de gênero, raça e classe;
- Formar e capacitar profissionais no âmbito das políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes, principalmente de profissionais do sistema de justiça, segurança e socioeducativo;
- Enfrentar o racismo institucional, por meio de capacitações dos profissionais, atualização dos currículos de formação e aperfeiçoamento de ouvidorias, para acolher as denúncias de tortura, maus-tratos, abordagens violentas e/ou abuso de autoridade;
- Reconhecer o machismo como um fator de vulnerabilização de crianças, adolescentes e jovens do sexo masculino e impulsionar políticas públicas para en-

frentar a cultura violenta de gênero em seus diversos serviços e sistemas;

- Desenvolver políticas públicas de prevenção ao aliciamento pelo tráfico de drogas e de proteção a crianças, adolescentes e jovens ameaçados;
- Conscientizar a sociedade quanto aos riscos do uso de armas em áreas de circulação de crianças e adolescentes; e
- Reconhecer a importância do direito à participação de crianças e adolescentes na construção e implementação das ações de enfrentamento à violência letal.

A resolução recomenda criar comissões em conselhos estaduais, distrital e municipais para elaborarem, monitorarem e avaliarem planos de enfrentamento da violência letal contra crianças e adolescentes.

7. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite

Decreto 7.612/2011

Tem como objetivo promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. Executado pela União em colaboração com estados, municípios e sociedade, promove a integração e articulação de políticas, programas e ações voltados a melhorar o acesso dos cidadãos com deficiência aos seus direitos básicos. Valoriza o acesso a educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde.

ACÇÕES E POLÍTICAS RECENTES ¹

Uma análise da consultoria Pulso Público, feita a pedido da FJLES, debruçou-se sobre a atuação do governo de Jair Bolsonaro, durante seu primeiro ano e meio, nas políticas públicas para crianças e adolescentes. Eis algumas das principais conclusões:

- **Discurso x prática:** Apesar de citar a temática dos direitos da infância como prioritária, a gestão pouco inovou em quase um ano e meio: as políticas públicas da área seguem por inércia, a partir do que foi planejado e colocado em execução nas gestões anteriores. Isso sugere baixos níveis de formulação e execução ou pouco interesse na agenda;
- **Continuidade na saúde:** As políticas que se mantiveram mais sólidas são as coordenadas pelo Ministério da Saúde, pasta em que (ao menos no primeiro ano e meio) se manteve intacta boa parte do corpo técnico que compõe secretarias e departamentos. A capilaridade do SUS também ajuda a explicar a continuidade das políticas nesse setor. Com a pandemia de covid-19 e as sucessivas intervenções no ministério, esse aspecto positivo parecia estar sendo prejudicado em meados de 2020;
- **Pouca ação no MEC:** O Ministério da Educação, uma das pastas entregues ao chamado núcleo ideológico do governo, é talvez um dos ministérios que menos estejam atuando na gestão das políticas públicas para a infância. Entretanto, considerando a capilaridade dos sistemas de educação e a atuação dos governos

¹ Esta seção baseia-se no resultado de uma pesquisa realizada pela consultoria Pulso Público para a FJLES.

estaduais e municipais na educação infantil, as políticas seguem em execução;

- **Novo ministério, poucos resultados:** O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, criado na gestão Bolsonaro, contém em sua estrutura secretaria e departamentos focados na promoção e defesa da infância. Porém, como seu quadro técnico é quase todo formado por novos funcionários públicos, é possível observar poucos resultados nas políticas propostas e/ou continuadas a partir da coordenação dessa pasta, que historicamente teve pouco poder sobre a agenda prioritária do governo;
- **Continuidade da assistência social:** As políticas relacionadas ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), sob gestão do Ministério da Cidadania, são constituídas basicamente por estratégias de gestões anteriores. Estas também têm continuidade consistente – apesar da dificuldade de colher dados a respeito de seus resultados;
- **Desconstrução como marca:** As principais marcas do início da presidência de Jair Bolsonaro disseram respeito à desconstrução de iniciativas e marcas das gestões petistas.
- **Espaço para diálogo:** Há espaço para atuação de organizações da sociedade civil que estejam dispostas a dialogar com técnicos do governo por meio da apresentação de novos caminhos e propostas, da implementação e mesmo da elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde infantil/defesa dos direitos da infância. Há espaço para realização de parcerias especialmente no Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – aberto a novos interlocutores, desde que não carimbados com as gestões anteriores.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 162, de 28 de janeiro de 2014. **CONANDA**. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/7563>

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 213, de 20 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 dez. 2018. Seção 1, n. 231, p. 108.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf. Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CD/FNDE/MEC nº 19, de 29 de dezembro de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2015. Seção 1, n. 250, p. 93.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução/SEB/MEC nº 1, de 28 de novembro de 2014. **Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação**. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/index.php/aceso-a-informacao/institucional/legislacao/item/6142-resolu%C3%A7%C3%A3o-seb-mec-n%C2%BA-1,-de-28-de-novembro-de-2014>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 ago. 2021. Seção 1, n. 151, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 ago. 2015. Seção 1, n. 149, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011. Seção 1, n. 121, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 187, de 3 de fevereiro 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 fev. 2020. Seção 1, p. 84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, n. 183, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jun. 2001. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 dez. 2007. Seção 1, n. 234, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 ago. 2022. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011. Edição Extra, p. 5.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jun. 2009. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 out. 2012. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2014. Seção 1, Edição Extra, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 dez. 1993. Seção 1, p. 18769.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011. Seção 1, n. 221, p. 12.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 73.177, de 20 de novembro de 1973. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 nov. 1973. Seção 1, p. 11964.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 nov. 2018. Seção 1, n. 225, p. 49.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 08 fev. 2022.

CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA (CLP). Entendendo os conceitos básicos de Políticas Públicas. **Notícias**, 06 fev. 2009. Disponível em: <https://www.clp.org.br/entendendo-os-conceitos-basicos-mlg2-de-politicas-publicas-mlg2/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

MARTINS, L. B. 30 anos do ECA: a lei que primeiro olhou para a infância. **Lunetas**, 15 jul. 2020. Disponível em <https://lunetas.com.br/30-anos-eca-a-lei-que-primeiro-olhou-para-a-infancia/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

ODSBRASIL.GOV.BR. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**. 20 nov. 1959. 1959. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Educação para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: objetivos de aprendizagem. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2017. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000252197>. Acesso em: 08 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030**: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172>. Acesso em: 08 fev. 2022.

SILVEIRA, E. C. C. O discurso sobre a política social e as organizações internacionais do sistema ONU: uma relação peculiar. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/MUNDIALIZACAO_BLOCOS_ECONOMICOS_ESTADO_NACIONAIS_E_POLITICAS_PUBLICAS/O_DISCURSO SOBRE_A_POLITICA_SOCIAL_E_AS_ORGANIZACOES_INTERNACIONAIS_DO_SISTEMA_ONU.pdf. Acesso em: 08 fev. 2022.

4

A situação da criança e do adolescente no Brasil



Introdução

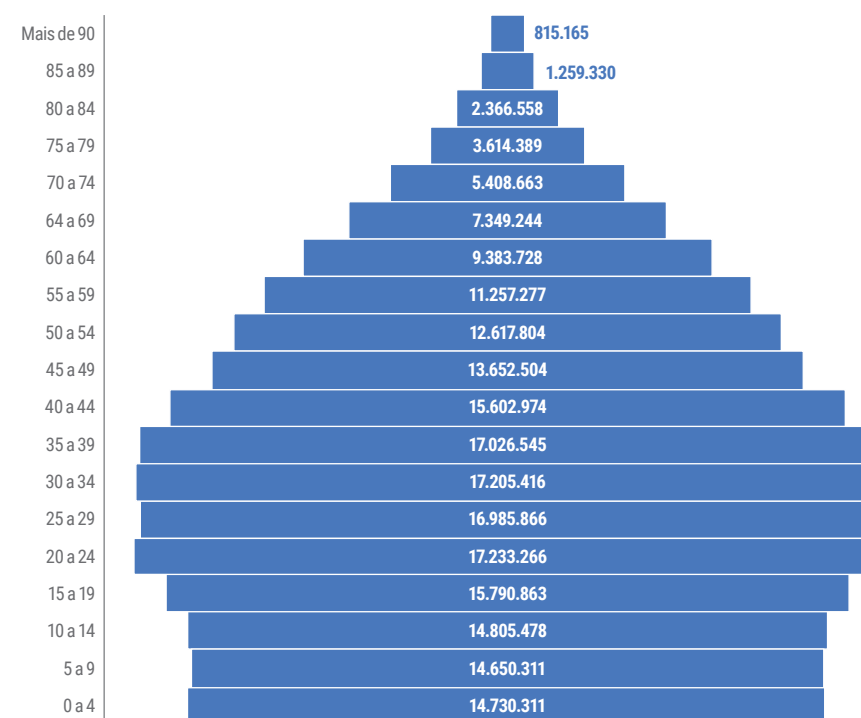
Ao longo de grande parte do século XX, a pirâmide etária brasileira – ou seja, a distribuição da população por faixa etária – conservou, de fato, o contorno clássico de uma pirâmide: a base composta por crianças de até 4 anos era a maior da figura, a segunda maior era a seguinte, que era maior que a faixa subsequente, e assim por diante. As últimas décadas alteraram o desenho, agora parecido com o de uma pera: a base ainda é um tanto bojuda, mas as partes um pouco abaixo do meio são as mais extensas.

Em outras palavras, depois de muito tempo com crianças e adolescentes formando a maior fatia da população brasileira – o que contribuiu para a construção do mito do “país do futuro” –, jovens adultos e adultos (20 a 39 anos) é que são predominantes, como mostra o Gráfico 1. Um cenário que lança novos desafios à infância e à adolescência. Por ser numericamente menor, há possibilidade de esse grupo passar a ser mais bem atendido; porém, terá de disputar recursos públicos que podem ser direcionados, por exemplo, a cuidados ligados ao envelhecimento da população.

GRÁFICO 1

PIRÂMIDE ETÁRIA BRASILEIRA

(Estimativa de número de pessoas por faixa etária, 2020)



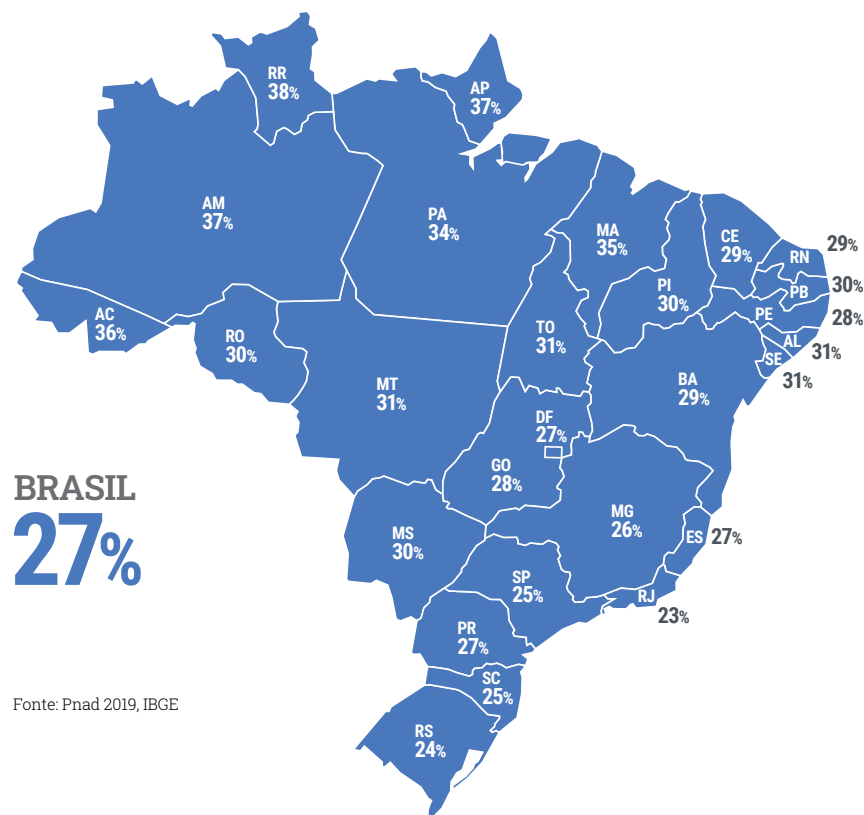
Fonte: IBGE, Estimativas de População 2020

O Brasil contava, em 2019, com 209,5 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 57,4 milhões tinham ao menos 19 anos, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE. É um grupo bastante heterogêneo, que vive em condições heterogêneas e cujos indicadores evoluíram nos últimos anos de maneira também heterogênea em áreas como saúde, educação e assistência social. Mais da metade é negra (preta ou parda), mais de 80% vivem na zona urbana.

GRÁFICO 2

POPULAÇÃO COM ATÉ 19 ANOS

(Percentual em cada unidade da Federação)



Fonte: Pnad 2019, IBGE

Uma das maneiras de avaliar a situação dos brasileiros dessa faixa etária é observá-la sob o prisma dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – uma série de metas que os países da ONU (incluindo o Brasil) se comprometeram a atingir até 2030. Os ODS não abrangem apenas a infância e a adolescência: formam uma ampla agenda de temas sociais, econômicos e ambientais, como visto no capítulo 2. Porém, os objetivos mais diretam-

te ligados a crianças e jovens abordam assuntos cruciais, questões que o Brasil precisa enfrentar para dar condições de vida dignas a essa parcela da população.

É sob essa perspectiva que o quadro da infância e da adolescência será analisado nas próximas páginas. Indicadores dos ODS servirão de guia para o raio X, mas em alguns casos vamos recorrer a outras fontes. O propósito não é apresentar uma radiografia detalhada, apenas organizar dados que nos parecem relevantes para compreender obstáculos que a sociedade brasileira tem pela frente.



Erradicação da pobreza

Erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares

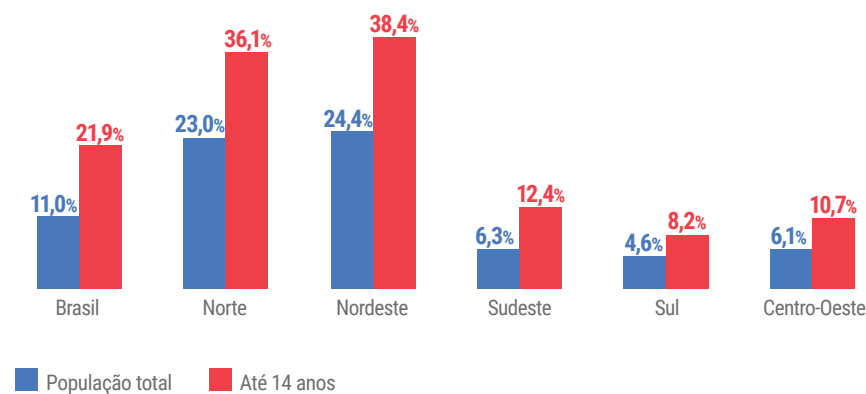
Vários países, entre os quais o Brasil, obtiveram avanços notáveis no combate à pobreza nas últimas décadas. Nesse sentido, a meta do primeiro ODS (acabar com a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares) significa “um comprometimento ousado para finalizarmos o que começamos e acabar com a pobreza em todas as suas formas e dimensões até 2030”, na avaliação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), órgão responsável por coordenar a implementação dos projetos pró-ODS junto à ONU. Para o Pnud, o compromisso requer “focar nos mais vulneráveis”.

No Brasil, como em outras nações em desenvolvimento, entre os mais vulneráveis estão as crianças. Em todas as regiões brasileiras, a proporção das que vivem em domicílios miseráveis ou pobres supera a da população como um

todo. O Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021) usa dados do IBGE para dividir os domicílios de baixo rendimento em duas faixas: renda per capita de até um quarto do salário mínimo por mês (R\$ 249,50, em valores de 2019) e de um quarto a meio salário mínimo (R\$ 499). Nesta publicação, chamaremos o primeiro grupo de miseráveis e o segundo, de pobres.

Os dados mostram que, entre crianças e adolescentes de até 14 anos, há o dobro de miseráveis, em comparação à população como um todo – e que as regiões com menor percentual de domicílios de baixa renda (Sul e Sudeste) são também as que apresentam maior diferença entre esse grupo etário e a população total. O desafio que se impõe, portanto, é significativo: quase metade das pessoas de até 14 anos no Brasil vive em domicílio de baixa renda (pobre ou miserável).

GRÁFICO 3
PESSOAS VIVENDO EM DOMICÍLIOS ABAIXO DA LINHA DE MISÉRIA



Fonte: Pnad Contínua, IBGE, 2019

GRÁFICO 4
PESSOAS VIVENDO EM DOMICÍLIOS ABAIXO DA LINHA DE POBREZA

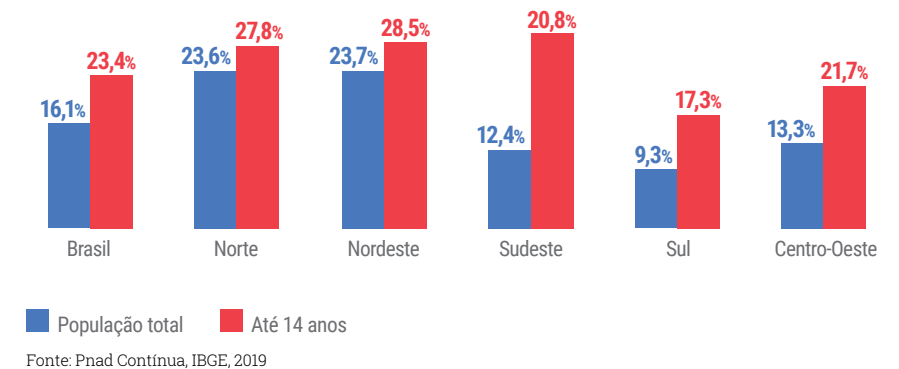
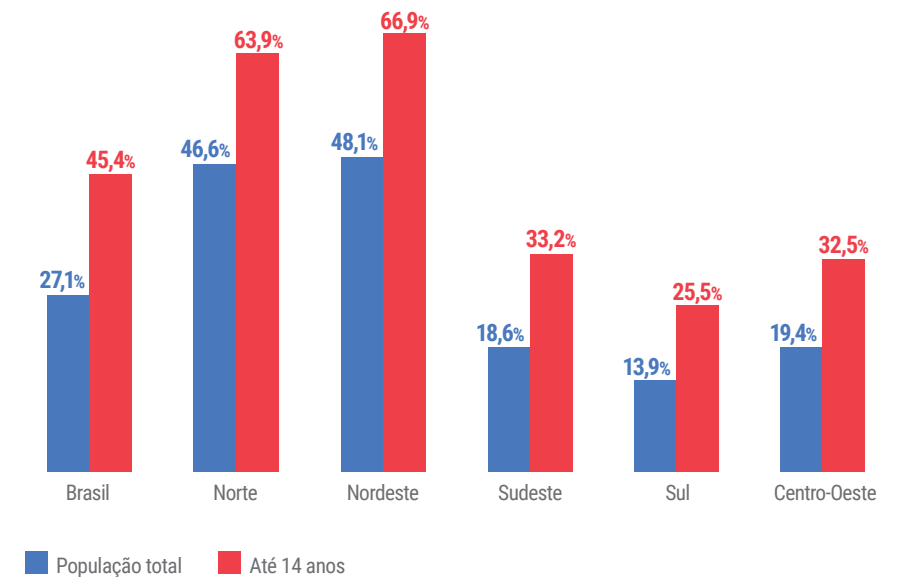


GRÁFICO 5
PESSOAS VIVENDO EM DOMICÍLIOS DE BAIXA RENDA

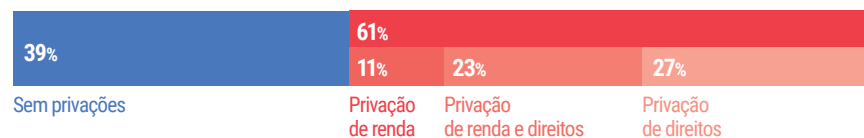


Fonte: Pnad Contínua, IBGE, 2019

As informações sobre rendimento são fundamentais. Afinal, a renda é um meio de assegurar bens e serviços relevantes. Mas seria um erro fixar-se exclusivamente na pobreza monetária, como alerta o relatório *Pobreza na Infância e na Adolescência*, lançado em 2018 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O documento usa o conceito de pobreza multidimensional, ou privações múltiplas, para abarcar um número maior de variáveis. O pressuposto é que a pobreza tem várias dimensões além da financeira: “é o resultado da inter-relação entre privações, exclusões e diferentes vulnerabilidades a que meninas e meninos estão expostos e que impactam seu bem-estar” (UNICEF, 2018, p. 6). Assim, para entender a pobreza é preciso verificar se direitos fundamentais estão sendo garantidos em áreas como educação, informação, proteção contra o trabalho infantil, moradia, água e saneamento.

Pelos parâmetros do Unicef, 61% dos brasileiros com menos de 18 anos sofrem algum tipo de privação, segundo dados de 2015. Pouco mais de um terço (34%) vive em domicílios de baixa renda. Somam-se ainda outros 27% que, mesmo morando em locais com condições de adquirir uma cesta básica de bens e serviços, têm seus direitos parcial ou integralmente não atendidos.

GRÁFICO 6
CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO TIPO DE PRIVAÇÃO



Fonte: Pnad 2015; elaboração: Unicef

O gráfico 6 mostra que há mais crianças e adolescentes com algum grau de privação de direitos (50%) do que em domicílios de baixa renda (34%); o Brasil vinha sendo mais eficiente em combater este último tipo de privação do que o primeiro. Uma das urgências é levar acesso adequado a saneamento a todas as crianças – a falta desse recurso afeta 13,3 milhões de meninos e meninas (UNICEF, 2018, p. 7).

Alguns grupos são mais penalizados. Entre os brasileiros de até 18 anos que moram na zona rural, o percentual dos que sofrem algum tipo de privação é o dobro (87,5%) daqueles das áreas urbanas. Além disso, o quadro é mais grave no Norte (75,1%) e no Nordeste (63,4%) do que no Centro-Oeste (50,5%), no Sul (38,7%) e no Sudeste (35%). Negros (58,3%) estão em situação pior que brancos (38%).



Fome zero e agricultura sustentável

Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável

Os problemas de nutrição são reconhecidamente multifatoriais, mas frequentemente têm raízes na pobreza. Na infância, manifestam-se de diversas formas: impedem que as crianças atinjam altura e peso adequados para a idade, tornam-nas mais suscetíveis a doenças infecciosas ou relacionadas ao sobrepeso, prejudicam o desenvolvimento psicomotor e podem afetar o desempenho na escola, com efeitos até na capacidade produtiva durante a vida adulta.

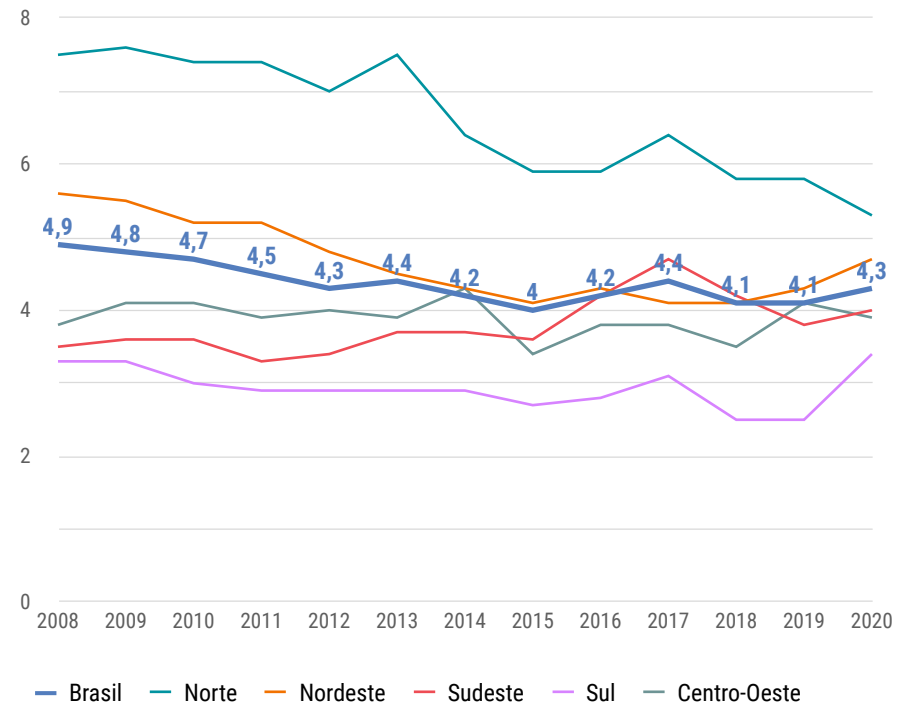
Envolvem duas situações aparentemente opostas: desnutrição e excesso de peso. Ambas, porém, não raro são

influenciadas pelo mesmo fator: a dificuldade de ter acesso a uma alimentação saudável. A desnutrição vinha recuando no Brasil no início deste século, mas a tendência mudou nos últimos anos. Ao mesmo tempo, o país tem visto um agravamento do sobrepeso e da obesidade em algumas regiões, particularmente entre adolescentes.

Como a má nutrição produz efeitos mais graves e potencialmente duradouros na primeira infância, os indicadores sobre essa fase da vida são observados com atenção. Por meio deles, pode-se verificar que o percentual de crianças com peso abaixo do recomendado subiu no Brasil. Os números melhoraram em relação ao final do século XX, quando os percentuais chegavam a dois dígitos, mas, com exceção da região Norte, todas as demais pioraram desde 2015 (Gráfico 7).

O Norte, embora exiba melhora praticamente constante, é a região com as piores proporções – resultado influenciado pela situação de indígenas, quilombolas e ribeirinhos, bem como por municípios pouco povoados e com carências estruturais.

GRÁFICO 7
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE ATÉ 5 ANOS COM PESO INSUFICIENTE PARA A IDADE (em %)

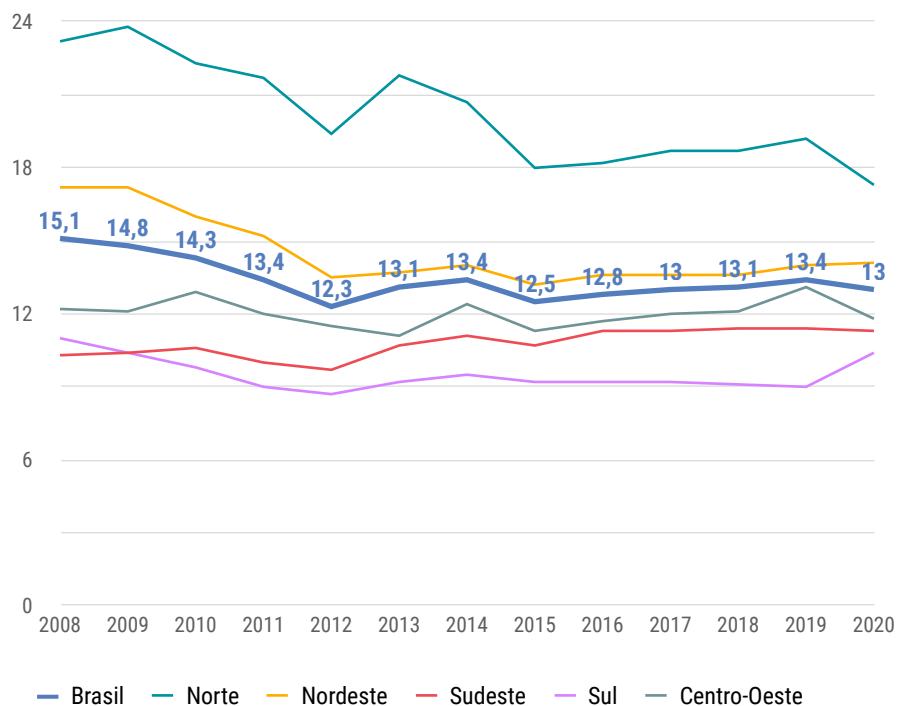


Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.
 Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

A relação entre desnutrição e baixo peso é mais forte no início da vida, em especial no primeiro ano. A partir do segundo ano o indicador mais acompanhado é a altura, pois costuma refletir melhor as carências nutricionais ou enfermidades que acometem as crianças. Os resultados de déficit de altura (Gráfico 8) são substancialmente

piores que os de déficit de peso, mas as tendências são semelhantes: a melhoria paulatina freou pouco depois de 2010, e o Norte é a região com índices mais elevados de desnutrição. Cumprir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de erradicar tais problemas parece uma meta ainda distante no Brasil.

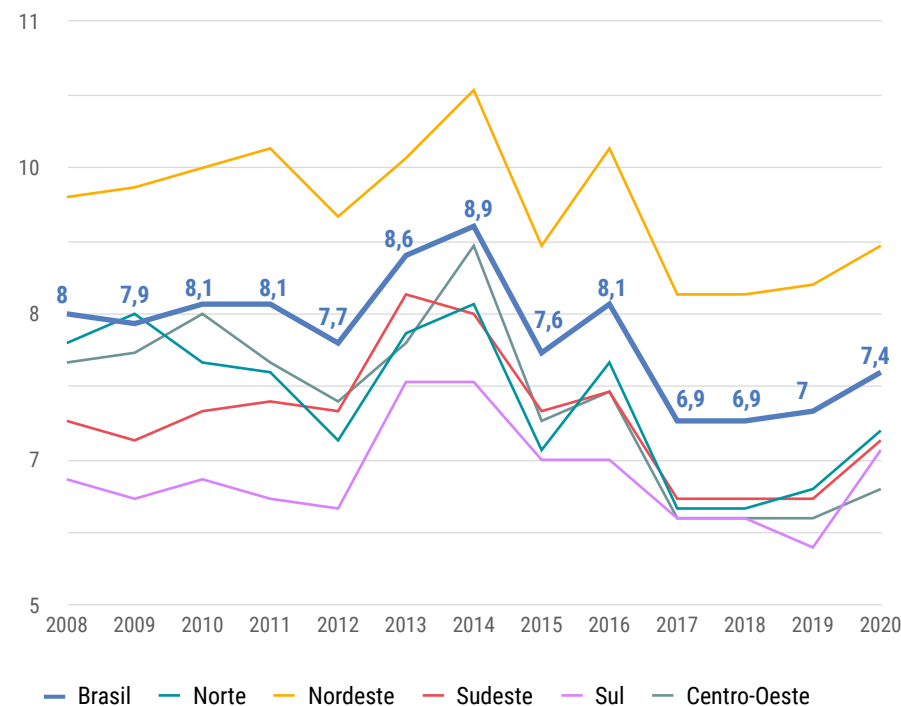
GRÁFICO 8
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE ATÉ 5 ANOS COM ALTURA INSUFICIENTE PARA A IDADE (em %)



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.
 Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

Outros efeitos da má nutrição – sobrepeso, obesidade e obesidade grave – apresentam-se de modo distinto entre as faixas etárias. Nas crianças de até 5 anos, os números têm melhorado um pouco (Gráfico 9). Mas entre adolescentes (10 a 19 anos) ocorre o contrário: desde 2010 os indicadores se deterioraram continuamente (Gráfico 10). Para alguns especialistas, isso é consequência do aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (com baixo valor nutricional e ricos em gorduras, sódio e açúcares).

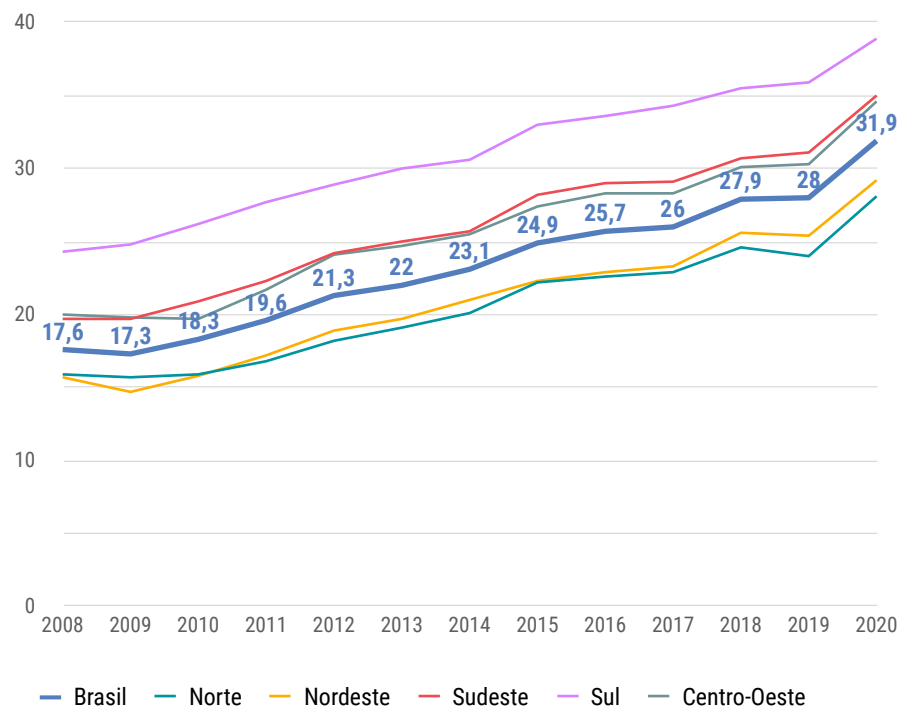
GRÁFICO 9
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE ATÉ 5 ANOS COM PESO ELEVADO PARA A IDADE (em %)



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.
 Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 10

**PROPORÇÃO DE ADOLESCENTES (10 A 19 ANOS)
COM PESO ELEVADO PARA A IDADE (em %)**



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.
Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq



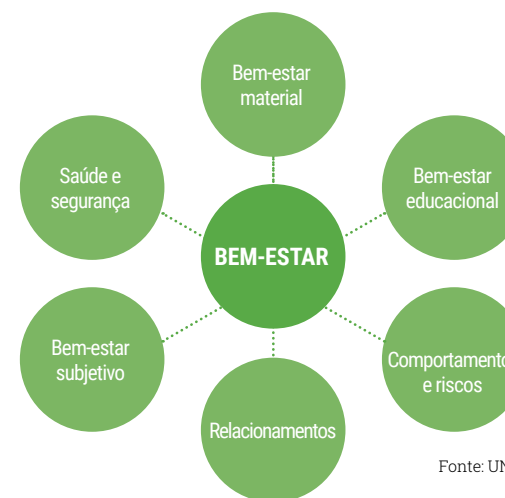
Saúde e bem-estar

Assegurar uma vida saudável
e promover o bem-estar para todos,
em todas as idades

Há tempos o tema do bem-estar faz parte dos debates internacionais sobre infância e adolescência, impulsionados sobretudo pelo Unicef. Trata-se de uma abordagem que vai além do nível individual. Atenta-se também aos fatores ambientais, tomados em sentido amplo: família, escola, relações com os pares e, em especial, local onde vive a criança ou o adolescente. Sob essa perspectiva, saúde é mais do que ausência de doenças. O conceito de bem-estar engloba os aspectos físico, mental, social, emocional e econômico – como atividades físicas, grau de exposição a dispositivos eletroeletrônicos (TV, celulares, jogos eletrônicos, computadores...), consumo de alimentos industrializados e acesso a drogas, entre outros.

FIGURA 1

FATORES LIGADOS AO BEM-ESTAR DE CRIANÇAS



Fonte: UNICEF apud MEIRELES (2012)

Uma abordagem multidimensional como essa implica dificuldades de mensuração, seja porque faltam definições consensuais sobre instrumentos de pesquisa, seja porque algumas propostas debruçam-se apenas sobre determinados quesitos – como se sabe, a produção sistemática e periódica de dados socioeconômicos ainda é um desafio, principalmente em níveis locais.

Aqui, vamos nos deter em um pequeno grupo de indicadores para os quais o Brasil dispõe de informações amplas. Um deles é a mortalidade infantil, que de certo modo reflete diversos problemas de bem-estar (inclusive maternos) a afetar crianças de até 1 ano. Houve avanços muito relevantes nas últimas décadas. Nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (compromisso mundial que antecedeu os ODS), o país teria de reduzir a mortalidade infantil pela metade entre 1990 e 2015. A meta foi cumprida com 12 anos de antecedência, em 2003. No entanto, desde a crise socioeconômica de 2015 os avanços estancaram – em 2016, o índice subiu pela primeira vez em 26 anos. Os números de 2020 vieram melhores. Ainda assim, para cumprir o estabelecido nos ODS seria preciso que a taxa de 11,5 mortes a cada mil nascidos vivos caísse para menos de 5 em 2030.

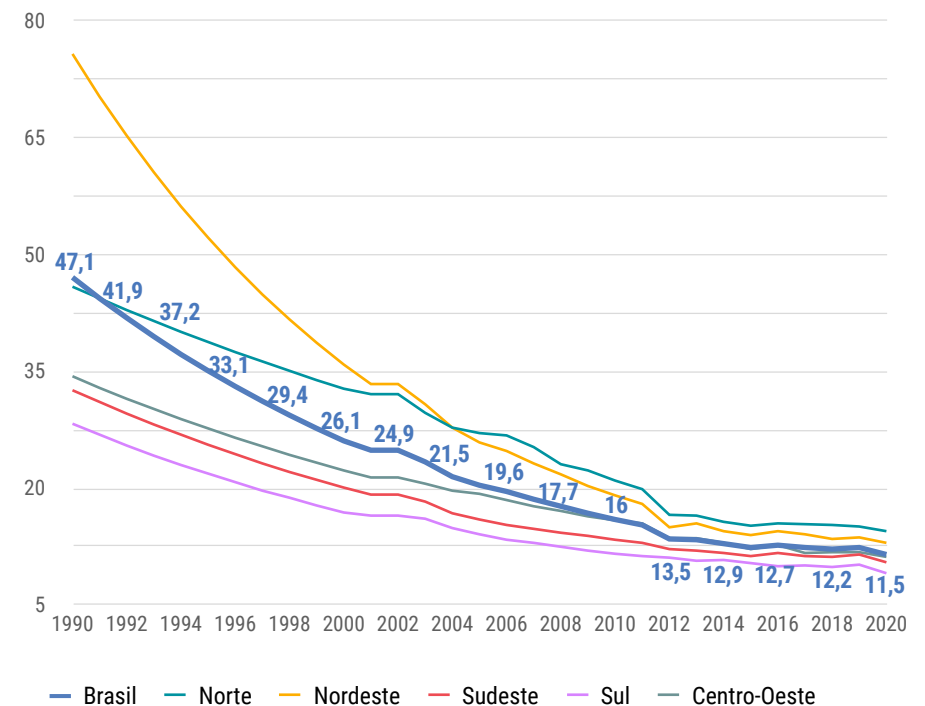
Para a mortalidade na infância (mortes de crianças menores de 5 anos), o quadro é semelhante: avanços expressivos nas últimas décadas, estabilização nos últimos anos e melhora em 2020. A taxa chegou a 13,2 a cada mil nascidos vivos, mas, para cumprir os ODS, será necessário chegar a 8.

Na avaliação do Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil, “a estabilidade destas taxas nos últimos cinco anos, suas diferenças regionais e a concentração de mortes por causas claramente evitáveis” indicam que cumprir as metas, ou mesmo continuar a avançar, é algo que

dependerá “da expansão do acesso à atenção básica em saúde”, principalmente nas regiões com pior desempenho (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021, p.46).

Um olhar por unidade da Federação expõe as diferenças regionais. A probabilidade de um recém-nascido não completar o primeiro ano de vida é significativamente menor nos estados do Sudeste – em especial Espírito Santo (7,8) – e do Sul do que nos do Norte e do Nordeste (o pior resultado é o do Amapá: 22,6%).

GRÁFICO 11
MORTALIDADE INFANTIL
(mortes de crianças de até 1 ano, em cada mil nascidas vivas)

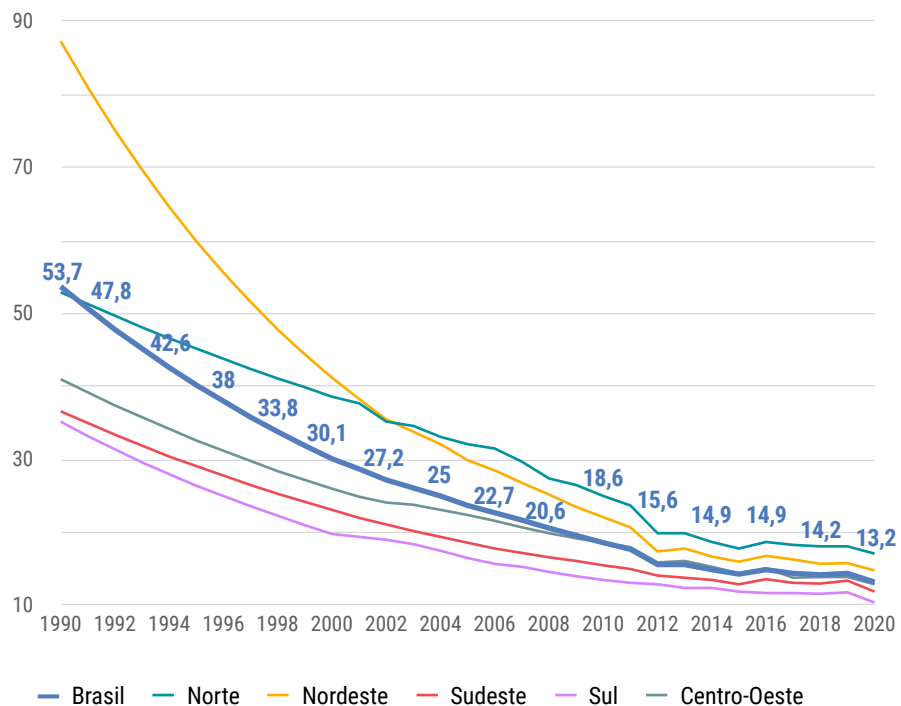


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 12

MORTALIDADE NA INFÂNCIA

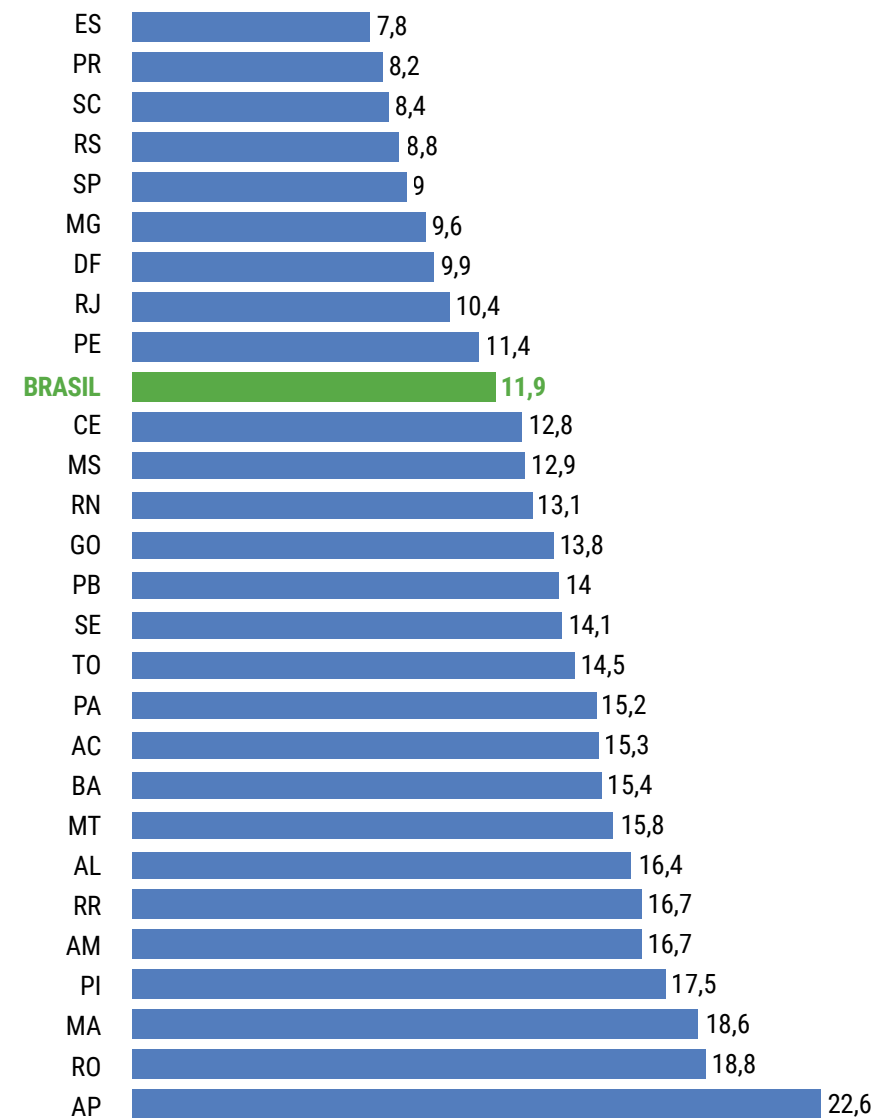
(mortes de crianças com menos de 5 anos, em cada mil nascidas vivas)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 13

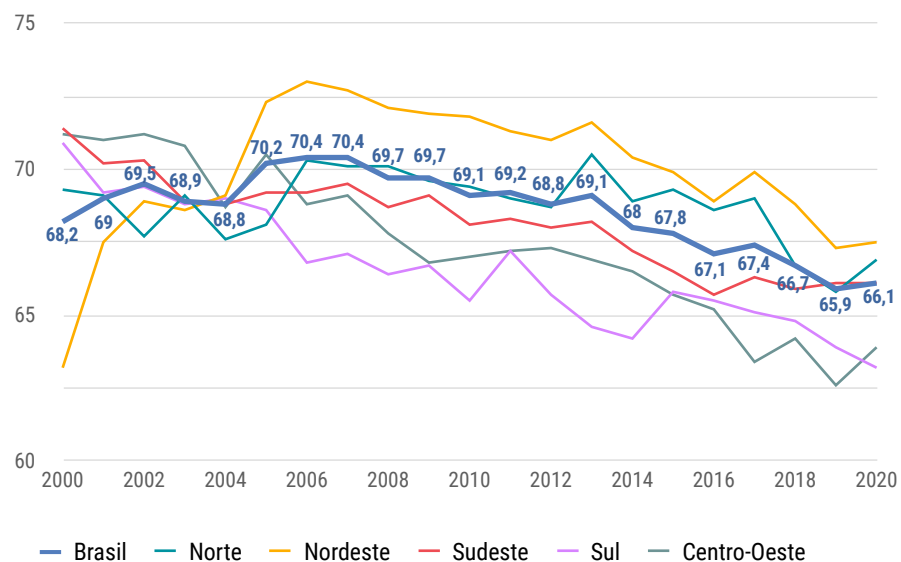
PROBABILIDADE DE UM RECÉM-NASCIDO NÃO COMPLETAR O PRIMEIRO ANO DE VIDA (em %, 2019)



Fonte: IBGE, Projeção da população para 2010-2060.

Uma avaliação das causas de morte entre bebês de até 1 ano ajuda a identificar prioridades. O primeiro ponto a se destacar é que dois terços dos óbitos nessa faixa etária são classificados como provocados por causas claramente evitáveis. A proporção vem caindo desde o início do século, mas em velocidade reduzida. Outro ponto é que mais da metade das mortes poderia ser evitada por acompanhamento mais frequente e de maior qualidade durante a gestação, o parto ou o pós-natal (57% em 2020). Muitas vezes isso não exige tecnologias avançadas, caras ou pouco acessíveis em municípios menos estruturados. Por isso o relatório da Abring menciona a necessidade de disseminar os serviços de atenção básica.

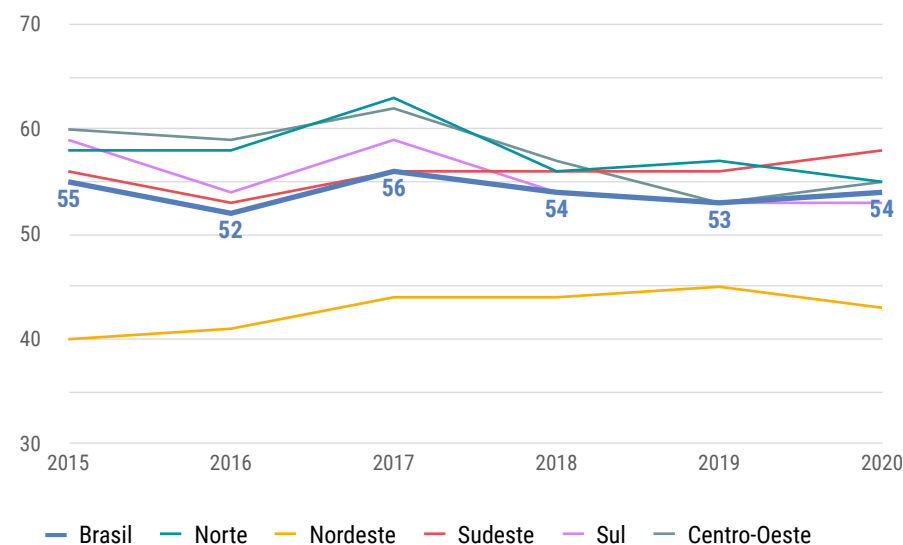
GRÁFICO 14
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO DE IDADE POR CAUSAS CLARAMENTE EVITÁVEIS (em %)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abring

Durante a gravidez, o acompanhamento da gestante é crucial para prevenir ou detectar com antecedência enfermidades na mãe e no bebê. Depois do nascimento, o incentivo ao aleitamento materno torna-se prioritário tanto para combater a mortalidade quanto para melhorar a situação nutricional das crianças: diminui casos de diarreia, diferentes tipos de infecção, risco de alergia e problemas como obesidade, diabetes, colesterol alto e hipertensão. No entanto, os dados disponíveis sugerem que nos últimos anos o Brasil vem patinando pouco acima dos 55% de bebês de até 6 meses alimentados exclusivamente por leite materno. Desde 2015, a proporção só aumentou no Nordeste e no Sudeste – as regiões que chegaram a 2020 com, respectivamente, os piores e melhores índices.

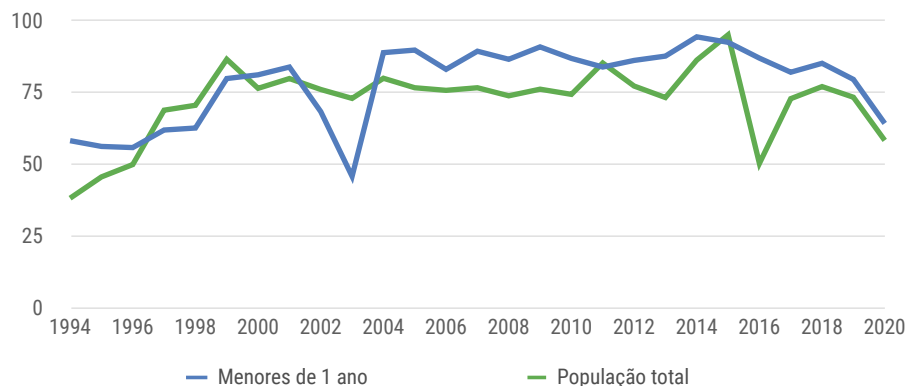
GRÁFICO 15
CRIANÇAS DE ATÉ 6 MESES QUE RECEBERAM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (em %)



Fonte: Sisvan/Compilação: Observatório da Criança /Fundação Abring

Outra medida importante depois do nascimento é aplicar as vacinas estipuladas no calendário do Programa Nacional de Imunizações. Por muitos anos o Brasil teve desempenho exemplar nessa área: nenhum outro lugar no mundo aplica de graça uma variedade tão grande de vacinas. Graças a isso, foram eliminadas no país enfermidades como febre amarela urbana (1942), varíola (1971), poliomielite (1989), rubéola (2015) e tétano materno e neonatal (2016). No entanto, a cobertura, que por 15 anos manteve-se acima de 80% entre crianças de até 1 ano, caiu abaixo desse patamar em 2019 (e mais ainda em 2020). E o alcance da proteção também se reduziu: a meta de que ao menos 70% dos municípios vacinem de 90% a 95% das crianças de até 1 ano não é atingida por nenhum imunizante desde 2015. Trata-se de tendências que ocorrem também na população como um todo: 2016 e 2017 registraram as piores taxas de imunização do século XXI – algo que se repetiu em 2020.

GRÁFICO 16
PROPORÇÃO DE PESSOAS IMUNIZADAS (em %)



Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI)/Compilação: Observatório da Criança /Fundação Abrinq
 Observação: Vacinas computadas: BCG, hepatite B (crianças de até 30 dias), rotavírus humano, meningococo C, hepatite B, penta, pneumocócica, poliomielite, febre amarela, hepatite A, tríplice viral D1, tríplice viral D2, tetra viral (SRC+VZ), tetra/penta bacteriana (DTP), tetra bacteriana (DTP+HIB), sarampo, haemophilus influenzae b, dupla adulto e tríplice acelular gestante, DTPA gestante.

Aumentar o acesso a serviços de atenção básica certamente melhoraria outro indicador de impacto na infância: a mortalidade materna (óbitos relacionados à gestação ocorridos durante a gravidez, o parto ou o pós-parto). Aqui as adversidades são ainda mais severas. O Brasil diminuiu a proporção de mortes nas últimas décadas, mas não conseguiu cumprir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo a esse indicador (redução de 75% entre 1990 e 2015; a cifra foi de 58%). Nos ODS, a meta é diminuir para 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos.

Tais óbitos são provocados, em sua grande maioria, por hipertensão, infecções, hemorragias ou abortos forçados. Em 2020, outro fator se juntou a esses e fez a taxa disparar: a covid-19, que levou a taxa para níveis de 12 anos atrás. Assim, a meta do segundo ODS, que já exigiria intensificação dos esforços, torna-se ainda mais difícil de ser alcançada.

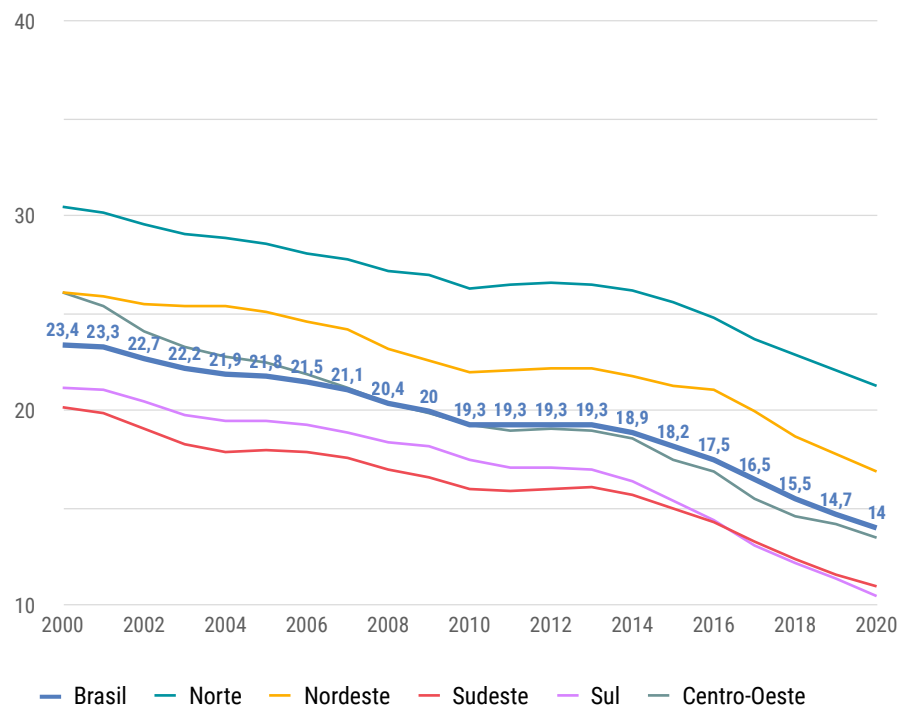
GRÁFICO 17
MORTES MATEERNAS RELACIONADAS A GESTAÇÃO
 (para cada 100 mil nascidos vivos)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

Em contrapartida, o Brasil tem registrado melhorias constantes na diminuição de casos de gravidez de adolescentes (mães de até 19 anos). Nesse quesito, nenhum ano deste século foi pior que o ano anterior (Gráfico 18). E mais recentemente os recuos têm sido ainda mais intensos. Todavia, falta muito para cumprir a meta sobre esse tema: até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva.

GRÁFICO 18
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES (em %)

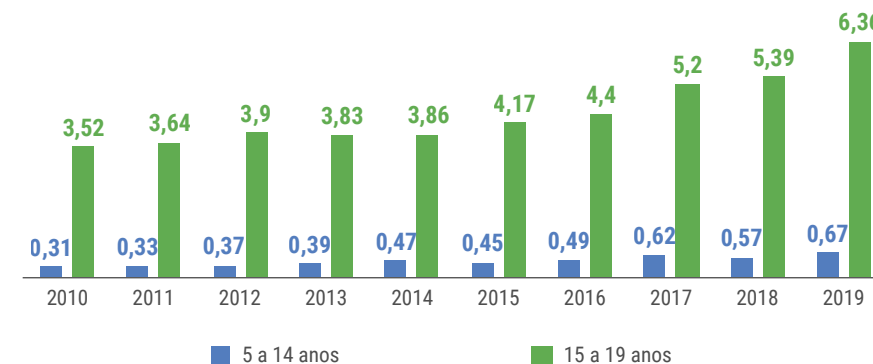


Fonte: Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

Por fim, não se pode falar de bem-estar sem mencionar saúde mental. Alguns especialistas consideram os transtornos mentais as principais doenças crônicas dos jovens – com repercussão ao longo da vida adulta. É um tema frequentemente menosprezado em análises socioeconômicas, mas que não escapou aos formuladores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Uma das metas (3.4) especifica a necessidade de “promover a saúde mental e o bem-estar”. No Brasil, essa meta foi adaptada, de modo a incluir a saúde no trabalho e a prevenção ao suicídio, “alterando significativamente a tendência de aumento”.

O foco no desfecho mais trágico dos transtornos mentais acaba deixando de fora sutilezas e diferenciações importantes. De qualquer forma, a evolução dos números de suicídio nos últimos anos demonstra que estamos de fato convivendo com um problema grave, ao qual não estamos dando a devida atenção. As taxas entre adolescentes e, sobretudo, crianças são menores que na população como um todo, mas não param de crescer.

GRÁFICO 19
TAXA DE SUICÍDIO POR FAIXA ETÁRIA NO BRASIL (por 100 mil habitantes)



Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)



Educação de qualidade

Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos

O Pnud, responsável por coordenar as ações da ONU em prol dos ODS, considera a educação a mais poderosa ferramenta para o desenvolvimento sustentável. De fato, são estreitos os laços entre escolaridade e renda, nutrição, cuidados com a saúde e inovação, por exemplo. Na etapa anterior da agenda de desenvolvimento, os ODM, o Brasil conseguiu progressos importantes na universalização do ensino fundamental, foco das metas nessa área. Os ODS adotam uma perspectiva mais ampla: envolvem mais níveis escolares (inclusive ensino infantil), estrutura escolar e qualificação dos professores, entre outros tópicos.

Grande parte das medidas necessárias para avançar em algumas das metas do ODS 4 coincide com o estabelecido no Plano Nacional de Educação, que tem vigência até 2024. O PNE, como também é chamado, serve de referência – mais ainda, de orientação – para políticas públicas federais, estaduais e municipais, e prevê acompanhamento das várias ações governamentais no campo educacional por meio de 20 metas. Trata-se de um caminho para tentar superar problemas antigos, como desigualdades na educação, baixo nível de escolaridade média da população, baixa qualidade do ensino, falta de valorização dos profissionais e subfinanciamento. E também para promover os direitos humanos, assegurar a formação para o trabalho e para o exercício da cidadania.

“A garantia do direito à educação requer que ela seja significativa, isto é, dotada da qualidade que transforme a vida

dos indivíduos e que esses, por sua vez, sejam capazes de modificar positivamente a sociedade” (BRASIL, 2015, p.9).

Um passo imprescindível para atingir esses e outros objetivos é garantir a todas as crianças o acesso a estabelecimentos de ensino. Na educação infantil (0 a 5 anos), a todas que precisem frequentar creches e a pré-escola.

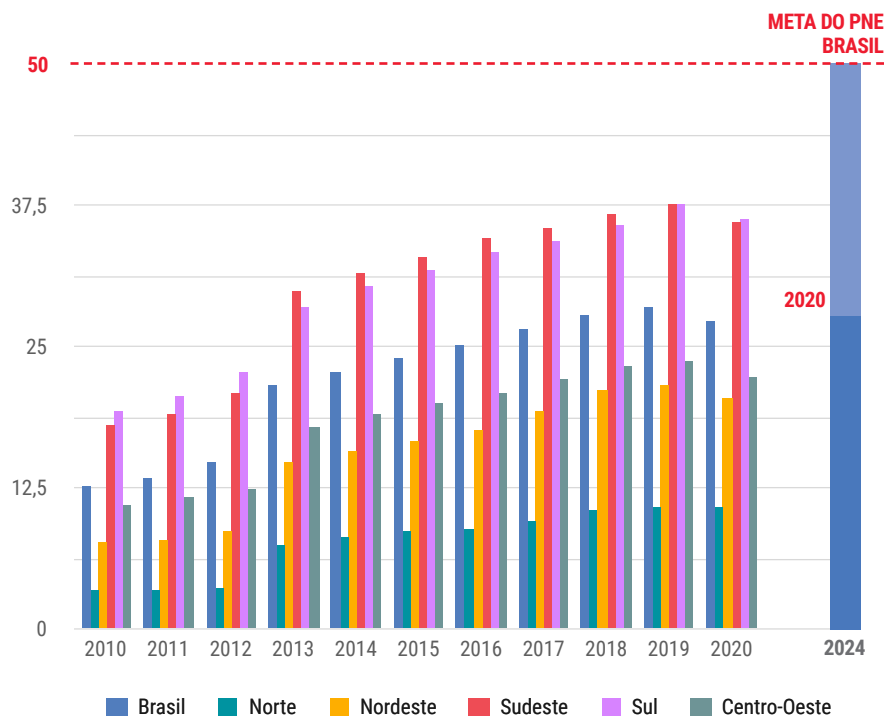
Os ODS falam em dar acesso a “um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que eles [os alunos] estejam prontos para o ensino primário”. O PNE é mais específico. Na faixa etária de até 3 anos, a meta é assegurar que no mínimo 50% das crianças sejam atendidas por creche até 2024. Para 4 e 5 anos, o intuito era universalizar o atendimento pré-escolar até 2016. O programa lista 17 estratégias para cumprir tais objetivos – desde a expansão da oferta de vagas até a melhoria da estrutura de escolas e creches, passando por formação de profissionais e busca ativa.

Pela Constituição, os principais responsáveis pela oferta e gestão de estabelecimentos de educação infantil são os municípios. A iniciativa privada também pode atuar na área, inclusive por meio de instituições sem fins lucrativos que prestem atendimento gratuito no sistema público, em sistemas de parceria.

As dificuldades, porém, são imensas. O Brasil está longe de alcançar as metas. Pouco mais de um quarto das crianças de 0 a 3 anos está matriculado em creches. Mesmo as regiões com maior oferta (Sul e Sudeste) estão longe dos 50% previstos no PNE. Entre as unidades da Federação, apenas Santa Catarina (47%) e São Paulo (44%) exibem números promissores. No Amapá, estado em pior situação, o percentual é irrisório (5%).

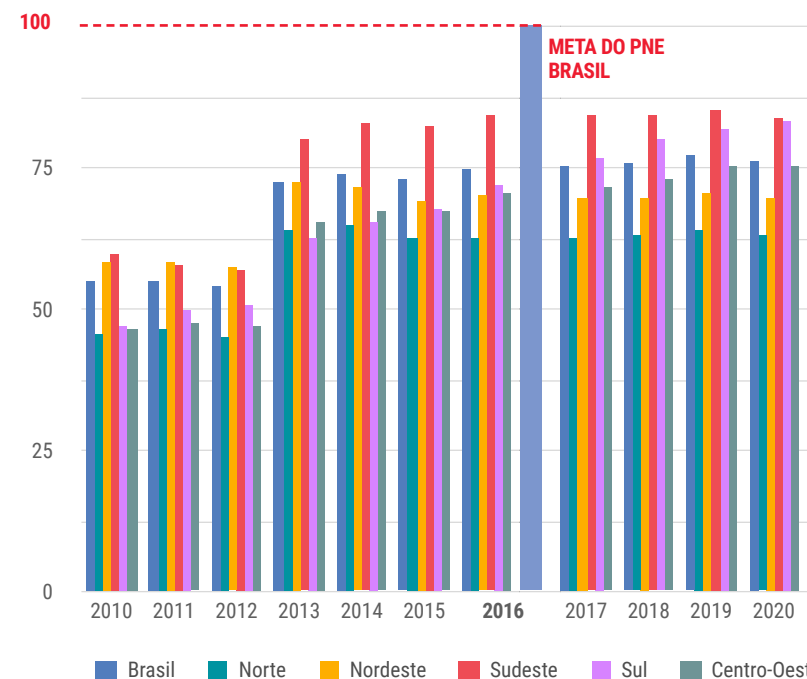
As proporções são menos desalentadoras na pré-escola (4 a 5 anos), período que antecede a entrada no ensino fundamental obrigatório. Contudo, a intenção de universalizar o atendimento até 2016 não se concretizou. Houve avanços, sem dúvida, mas mesmo hoje nenhuma região está próxima de chegar aos 100%. Santa Catarina é o único estado que ultrapassa os 90% (exatos 92,1% em 2020).

GRÁFICO 20
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS
MATRICULADAS EM CRECHES (em %)



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/ Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq. Obs: O indicador é conhecido como taxa líquida de matrícula

GRÁFICO 21
PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 4 A 5 ANOS
MATRICULADAS NA PRÉ-ESCOLA (em %)



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/ Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq. Obs: O indicador é conhecido como taxa líquida de matrícula

Nas etapas seguintes, o país conseguiu colocar na escola praticamente todas as crianças e adolescentes. Entre os brasileiros de 6 a 14 anos, 98% estão matriculados no ensino fundamental; na faixa de 15 a 17, 94,5% estudam – mas nem todos no nível adequado para a idade, o ensino médio. Os obstáculos a serem vencidos dizem mais respeito, agora, a diminuir o abandono e, sobretudo, o que os técnicos da área chamam de distorção idade-série

(proporção de alunos com mais de dois anos de diferença em relação à idade recomendada para a série na qual estão matriculados.). Nos dois casos, as taxas vêm diminuindo ao longo dos anos, embora permaneçam mais elevadas no ensino médio.

GRÁFICO 22

TAXA DE ABANDONO, POR NÍVEL DE ENSINO (Brasil, em %)

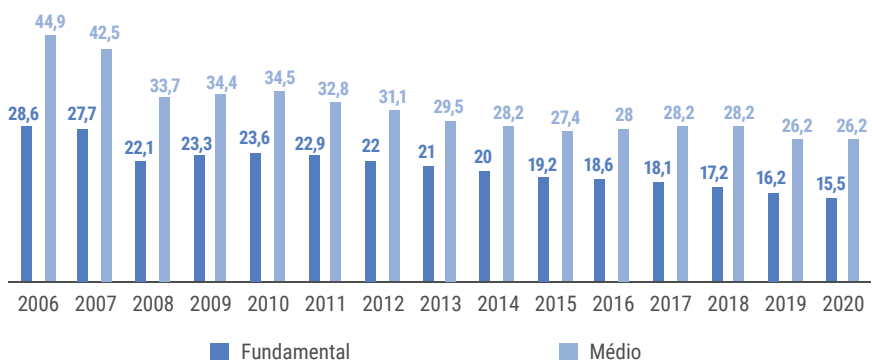


Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/
Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 23

TAXA DE DISTORÇÃO IDADE-SÉRIE, POR NÍVEL DE ENSINO

(Brasil, em %)



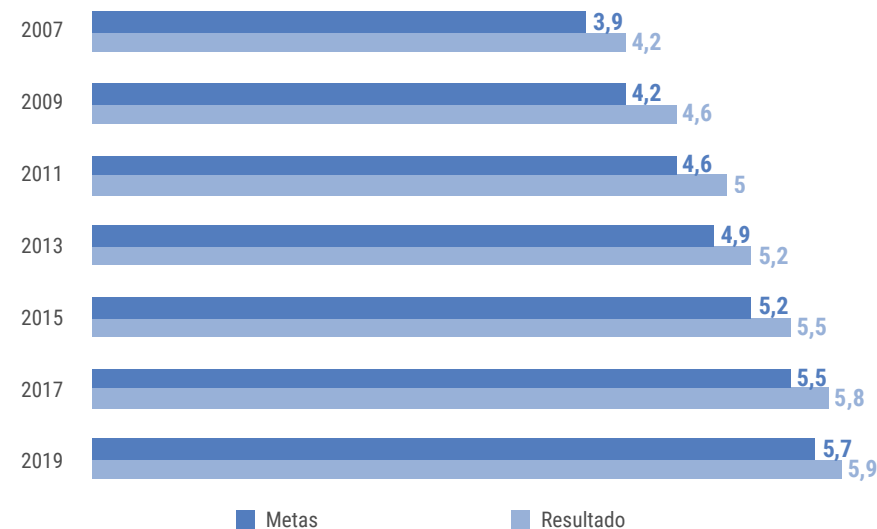
Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/
Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

Em linhas gerais, portanto, pode-se dizer que o Brasil conseguiu levar para a escola as pessoas de 6 a 17 anos. Mas fez isso sem dar o apoio necessário para que elas percorressem o ciclo no tempo previsto – nem para que aprendessem o que se espera. A qualidade do ensino ainda é um ponto crítico. Desde 2013 os resultados são inferiores às metas no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), indicador que mescla uma medida quantitativa de fluxo escolar (tempo médio de conclusão de uma série) com uma de qualidade (nota de desempenho na Prova Brasil e no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica – Saeb). A exceção são as séries iniciais do ensino fundamental, em que o Ideb tem se mantido acima do projetado.

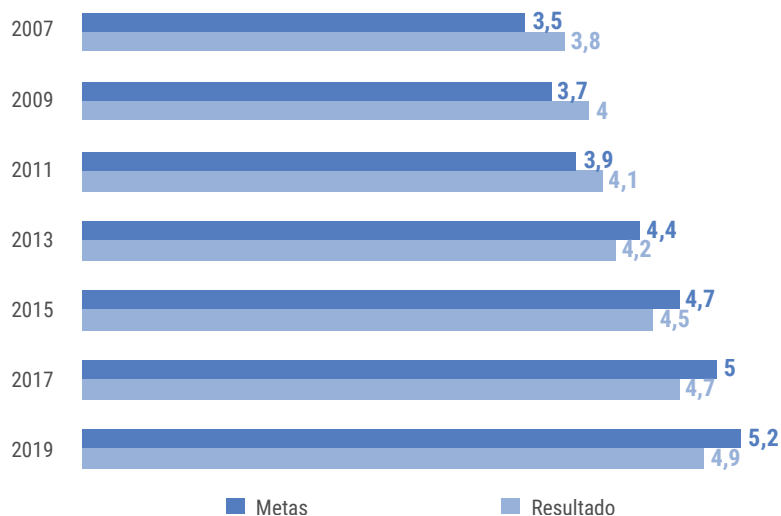
GRÁFICO 24

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA (IDEB), POR ETAPA EDUCACIONAL (Brasil, em %)

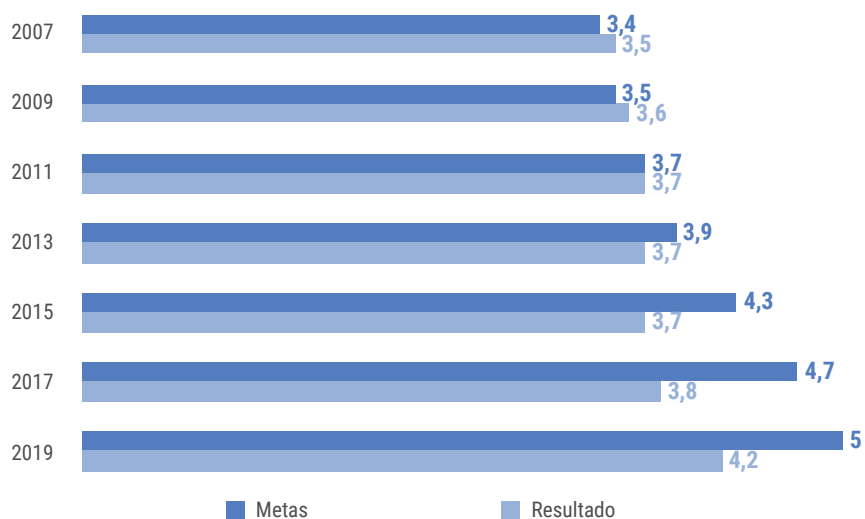
Anos iniciais do ensino fundamental



Anos finais do ensino fundamental



Ensino médio



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/
Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

Outra área em que é preciso avançar é a estruturação dos estabelecimentos de ensino. O ODS 4 menciona a necessidade de “construir e melhorar” instalações, de modo que se tornem “apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero”, e que proporcionem ambientes seguros. Os desafios nessa área são resumidos neste trecho do relatório da Abrinq:

Em 2020, pouco menos de dez mil escolas (8,6 mil) informaram não ter qualquer forma de acesso à coleta de esgoto; 3,8 mil escolas informavam não dispor de energia elétrica; 3,4 mil não tinham acesso a qualquer forma de distribuição de água e mais de 113 mil escolas, em 2020, não tinham quadras, cobertas ou descobertas. (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021, p. 60)

VIOLÊNCIA, EM SUAS DIVERSAS FORMAS

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nasceram sob a concepção de que crescimento econômico, inclusão social e proteção ao meio ambiente precisam estar interligados – sob pena de o desenvolvimento não ser sustentável. Dessa forma, alguns assuntos podem ser vistos sob a ótica de diferentes objetivos. É o que ocorre com a violência, como mostrado adiante.

A própria Constituição de 1988 informa que nenhuma criança deverá ser vítima de violência, negligência, crueldade ou opressão. E que cuidar para que isso ocorra é uma tarefa da família, mas também do Estado e de a sociedade (art. 227). Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei federal 8.069/90) normatizou esse ponto e ao mesmo tempo o expandiu, ao introduzir uma visão de direitos, em seu artigo 5º:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais.

É, portanto, uma visão ampla de violência, que Mello (2017) divide em:

- **Negligência:** Omissão, por parte dos responsáveis da criança, em prover cuidados básicos como vacinação, alimentação, educação, higiene, afeto e atenção.
- **Abandono:** Assemelha-se à negligência, mas se relaciona à ausência física parcial (quando a criança ou o adolescente fica por alguns dias sem o cuidador) ou total (quando o responsável deixa a residência e não volta mais).
- **Violência psicológica ou emocional:** Forma de violência silenciosa ou mais difícil de ser identificada. Geralmente está acompanhada de outros tipos de violência. Envolve humilhação, xingamentos e rejeição – em frases como: “não sei por que você nasceu”, “você é burra”, “você não presta para nada”, “você é um atraso na minha vida”.
- **Violência física:** Um dos tipos mais fáceis de ser identificado, pois a criança geralmente apresenta escoriações, vermelhidões, hematomas e até mesmo algum membro do corpo quebrado. Muitas vezes é praticada sob o pretexto de que é necessário “educar”, “corrigir”. Em casos extremos, pode levar à morte da criança.
- **Violência sexual:** Parte do princípio conhecido como abuso de autoridade perante a criança. Pode ser classi-

ficada como abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar, ou para exploração sexual comercial.

- **Bullying:** Prática intencional e sistemática de violência. Geralmente é praticada por um grupo contra uma única pessoa. Frequentemente está relacionado à intolerância em relação a orientação sexual, déficit físico ou intelectual, identidade de gênero, forma física, cor/raça, nacionalidade. É praticado em qualquer ambiente, não apenas na escola.

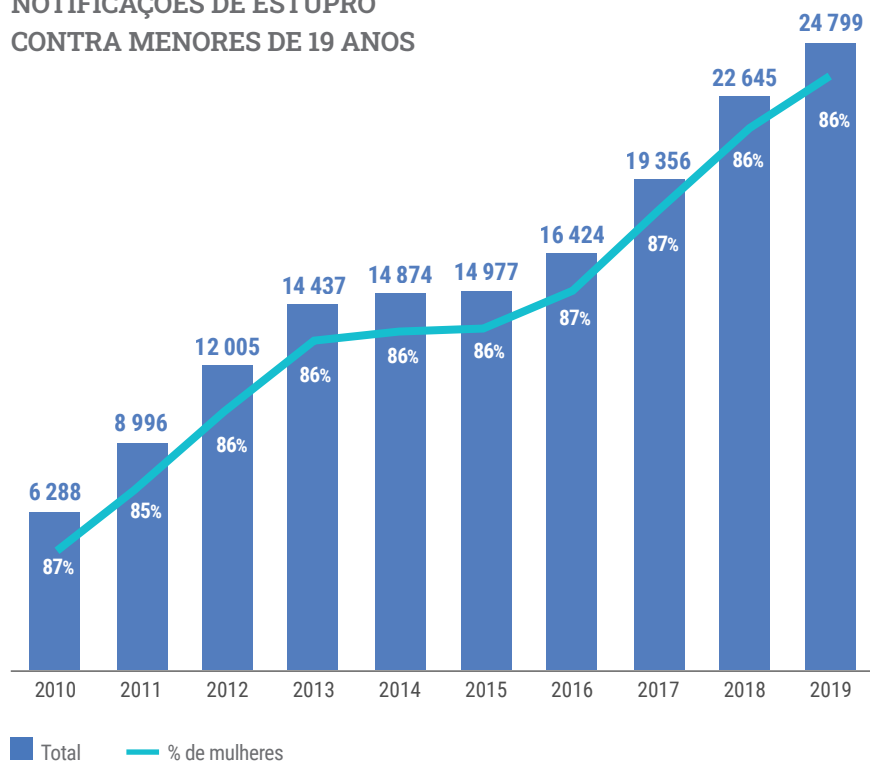
Muitos autores ressaltam ainda o papel da violência estrutural: condições de vida resultantes de decisões econômicas e sociais tornaram vulneráveis crianças e adolescentes e criaram desigualdades de acesso a bens e serviços essenciais para o desenvolvimento integral. Algumas das faces mais perversas dessa violência estrutural são a situação de rua, o trabalho ilegal (o trabalho infantil é proibido pelo ECA), o envolvimento com drogas, a participação em atos criminosos liderados por adultos (em geral ligados ao tráfico de entorpecentes), a exploração sexual comercial. São casos em que crianças e adolescentes estão excluídos do direito da convivência familiar e comunitária, fundamental para seu adequado crescimento e desenvolvimento.

Os registros de crimes desse tipo são especialmente falhos, como indicou um estudo da FJLES sobre o tema. A análise de boletins de ocorrência deixou claro que diferenças de padrão de preenchimento – além do fato de haver grande subnotificação, “uma vez que é necessário o engajamento de um adulto para que os casos cheguem às autoridades.” (SBSP/FJLES, 2021, p. 10).

É possível dizer, porém, que as questões sexuais afetam essa faixa etária de modo mais grave. Três quartos das

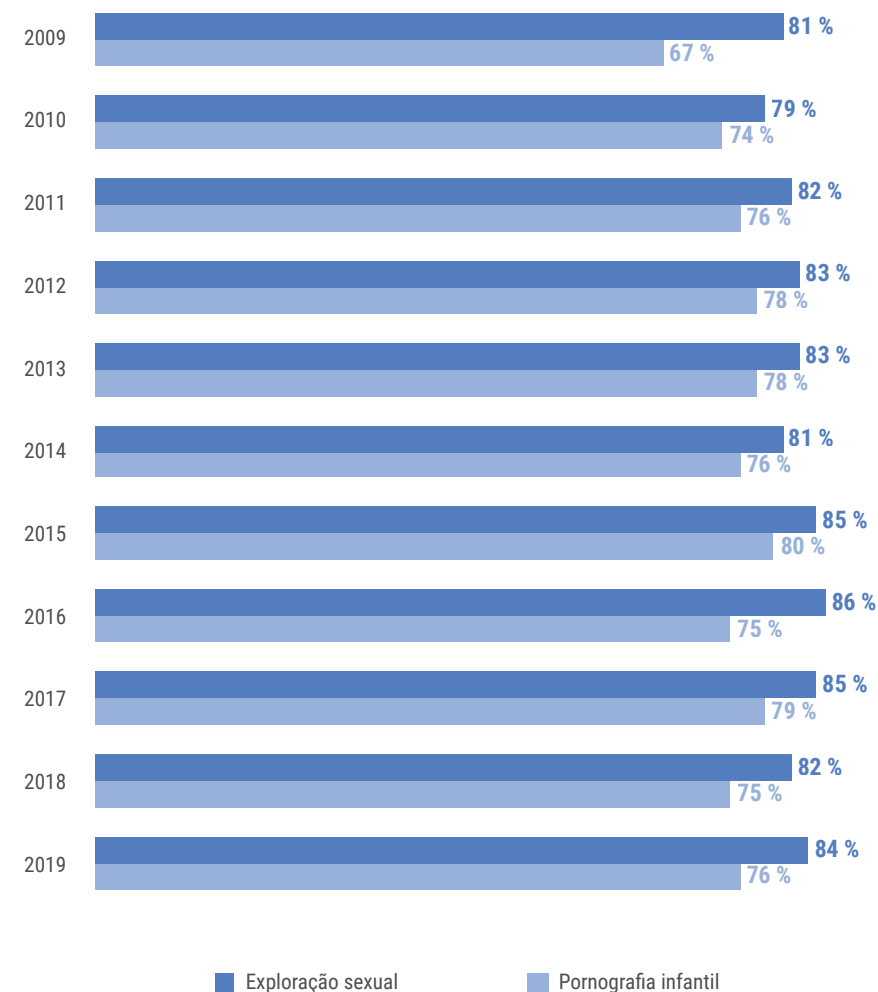
notificações de violência e exploração sexual envolvem pessoas de no máximo 19 anos. Trata-se, sobretudo, de uma violência de gênero (tema abordado no quinto ODS). Ainda que haja expressiva subnotificação, as meninas são vítimas muito mais frequentes. Nos últimos dez anos, a notificação de casos de estupro de menores de 19 anos quadruplicou no Brasil, mas a proporção de pessoas do sexo feminino vitimadas manteve-se praticamente inalterada: quase 9 em cada 10 casos envolvem meninas.

GRÁFICO 25
NOTIFICAÇÕES DE ESTUPRO
CONTRA MENORES DE 19 ANOS



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/
Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

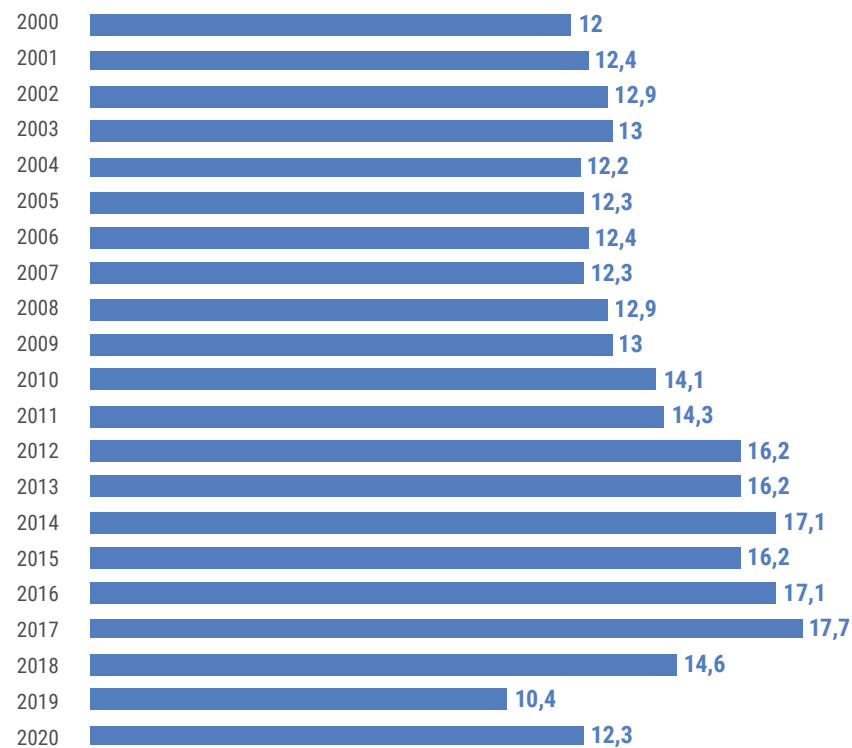
GRÁFICO 26
PORCENTAGEM DE VÍTIMAS DO SEXO FEMININO ENTRE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES, SEGUNDO TIPO DE CRIME NOTIFICADO



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/ Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq.
Obs: Pornografia infantil: apresentação, produção, venda, divulgação e publicação, por qualquer meio, de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes.
Exploração sexual: Uso de criança ou adolescente para propósitos sexuais, em troca de dinheiro ou favores.

As proporções de gênero se invertem quando nos debruçamos sobre a violência urbana, foco em especial do ODS 16. Em crimes violentos, como homicídios, os meninos morrem com bem mais frequência que as meninas. Outra desigualdade evidente é a de cor/raça: pretos e pardos são a maioria dos mortos. Os resultados demonstram que ser negro aumenta o risco de virar alvo de violência, em especial por arma de fogo – um sintoma perverso do preconceito e da desigualdade histórica no Brasil.

GRÁFICO 27
TAXA DE HOMICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
(para cada 100 mil habitantes)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 28
PROPORÇÃO DE HOMICÍDIOS POR GRUPO ETÁRIO (2020)

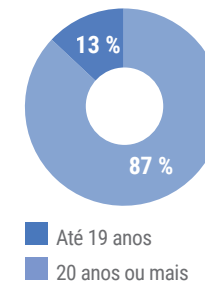


GRÁFICO 29
PROPORÇÃO DE HOMICÍDIOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR COR/RAÇA (2020)

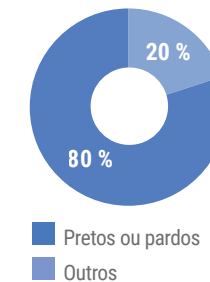
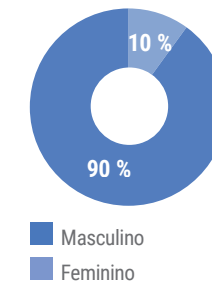
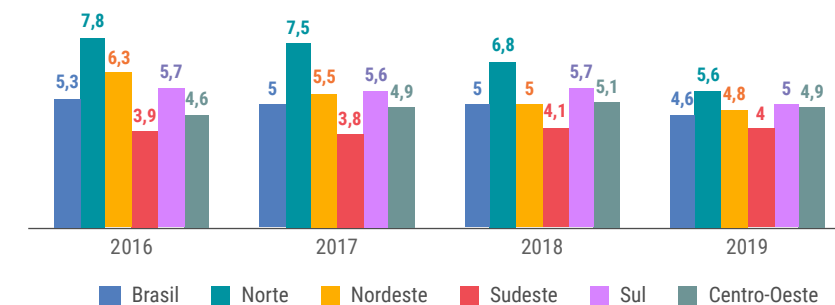


GRÁFICO 30
PROPORÇÃO DE HOMICÍDIOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR SEXO (2020)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ Compilação: Observatório da Criança/Fundação Abrinq

GRÁFICO 31
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO DE 5 A 17 ANOS EM SITUAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL



Fonte: Pnad Contínua, IBGE

Cada tipo de violência requer estratégias próprias e apropriadas. Mas, em conjunto, os dados sinalizam a importância de redes de apoio (serviços de saúde e assistência social, justiça, conselhos tutelares) para acompanhar crianças, adolescentes e famílias. Iniciativas de sensibilização e capacitação dos profissionais das diversas áreas são igualmente fundamentais.

Referências

BRASIL. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. s/d. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Diretoria de Estudos Educacionais (Dired). **Plano Nacional de Educação – PNE 2014-2024**: linha de base. Brasília: Inep, 2015. Disponível em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/plano_nacional_de_educacao/plano_nacional_de_educacao_pne_2014_2024_linha_de_base.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, Ed. Extra, p. 1, 26 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP)/ FUNDAÇÃO JOSÉ LUIZ EGYDIO SETÚBAL (FJLES). **Violência Contra Crianças e Adolescentes (2019-2020)**. Sumário Executivo. São Paulo, 2021. Disponível em: https://fundacaojles.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Sumario_executivo_12_02.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil**. 1ª edição. São Paulo: Fundação Abrinq, 2021. Disponível em: https://observatoriocrianca.org.br/system/library_items/files/000/000/030/original/cenario-da-infancia-e-da-adolescencia-2021_%281%29.pdf?1617903781. Acesso em: 14 fev. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pobreza na infância e na adolescência**. Brasília: Unicef, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza_na_Infancia_e_na_Adolescencia.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

MEIRELES A. L. *et al.* Bem-estar da criança e do adolescente: um construto multidimensional. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 23, n. 2, p. 138-148, 2012. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/30>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MELLO, F. A. Atenção aos sinais: as várias formas de violência contra crianças e adolescentes, sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento. **Âmbito Jurídico**, n. 160, 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-160/atencaoaos-sinais-as-varias-formas-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-sujeitos-em-condicao-peculiar-de-desenvolvimento/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD Brasil). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals.html>. Acesso em: 14 fev. 2022.

RODRIGUES, H. **Monitoramento do Plano Nacional de Educação – Municípios**. Núcleo de Pesquisa em Ciências de Dados e Otimização (NUPEC). Disponível em <https://rpubs.com/Hidelbrando/PNE-M>. Acesso em: 14 fev. 2022.

5

O futuro da medicina

POR PAULO SALDIVA



Introdução

A medicina nasceu nos templos de cura, praticada por sacerdotes. A dramaticidade do adoecimento e a iminência da morte fizeram com que os seres humanos buscassem a resposta a seus padeceres no plano espiritual, recebendo vaticínios e prognósticos em oráculos, lendo vísceras de animais ou decifrando mensagens ocultas em emanções esfumadas de incensos. Foi o grego Hipócrates, entre os séculos V e IV a.C., quem iniciou a transição dos templos para a beira do leito, observando sistematicamente os sinais e sintomas exibidos pelos adoecidos e postulando que as enfermidades eram fruto de um desequilíbrio de humores internos – semelhantes a elementos externos como o fogo, a água, a terra e o ar. Já no segundo século da era cristã, em Roma, Galeno expandiu a visão humoral de Hipócrates e a transformou em dogmas que tolheram a formação médica por mais de mil anos.

Já na Idade Média, nasceu na Europa uma medicina piedosa, com a criação de hospitais para acolher os miseráveis, os famintos, os feridos e os pestilentos. Hospitais onde o exercício da caridade era a alternativa possível ao desconhecimento da patogenia e terapêutica das doenças. Nessa época, grandes pandemias – como as da peste bubônica, da varíola e do cólera – criaram o cenário para o surgimento da medicina sanitária, com quarentenas, lazaretos e expansão do saneamento urbano. Ao propor uma técnica precursora da vacinação moderna para o controle da varíola, na Inglaterra do final do século XVIII, Edward Jenner contribuiu para que a medicina entrasse em sua fase científica, consolidada no século seguinte com os trabalhos de Koch, Pasteur e Virchow. A medicina científica ganhou espaço na formação médica

a partir da publicação do *Relatório Flexner*, nos Estados Unidos, em 1910: o documento sugeria que as escolas do ramo incluíssem no currículo fundamentos extremamente sólidos dos avanços científicos, levando o laboratório para a beira do leito.

Caminhar *pari passu* com a ciência era uma tarefa possível quando Abraham Flexner elaborou seu relatório – e, reconhecemos, sua pesquisa trouxe um enorme avanço para a formação médica. Porém, com o tempo, o volume e a complexidade das ciências biomédicas foram se avolumando, a ponto de ser impossível acompanhar a marcha do conhecimento, um cenário que trouxe desafios para os médicos. A especialização foi um deles. Na impossibilidade de conhecer o todo, uma solução foi dividir a profissão em áreas de atuação que contemplassem sistemas, órgãos ou mesmo doenças específicas. De outra parte, a sofisticação dos métodos diagnósticos e terapêuticos acarretou um significativo aumento nos custos da medicina.

Dessa forma, o avanço da ciência, embora tenha descortinado um enorme conjunto de melhorias efetivas de tratamento, acarretou duas dificuldades até hoje não resolvidas. A primeira é a avalanche de novas informações. Em meados do século passado, o tempo de duplicação do conhecimento médico era estimado em 50 anos; no final do século, esse tempo acelerou para oito anos; em 2010, passou a três anos e meio; atualmente, o conhecimento médico se duplica em apenas 75 dias. A interpretação e a utilização dessa massa de informações são um desafio de enormes proporções – chega a assustar a perspectiva de que parte do que um estudante de medicina estudou em um semestre já esteja obsoleta no início do seguinte. A segunda dificuldade é ainda maior: o aumento dos custos, inevitável em razão do desenvolvimento tecnológico, é um impedimento para

reduzir as desigualdades do acesso à saúde. Em outras palavras, a tecnologia ainda não resolveu o dilema central que hoje se enfrenta: decidir a todo momento se uma pessoa receberá o tratamento de que necessita ou somente aquele pelo qual pode pagar.

Os profissionais que se dedicam à saúde infantil são particularmente afetados por essas dificuldades. As crianças precisam muito de medidas que ampliem o acesso à saúde, ofereçam melhores opções de tratamento (inclusive cuidados pré-natais) e desenvolvam e disponibilizem vacinas protetoras contra os patógenos atuais e futuros.

NOVAS TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO, ARMAZENAMENTO DE DADOS E SEUS IMPACTOS NAS PRÁTICAS DA SAÚDE: O CASO DA TELESSAÚDE

Nos últimos anos, houve um crescimento sem precedentes do uso da tecnologia de informação nas atividades da saúde. Prontuários eletrônicos permitiram o compartilhamento de dados e o desenvolvimento de algoritmos voltados tanto para o diagnóstico como para o tratamento. As atividades de telemedicina permitiram o surgimento da tele-educação continuada para os profissionais da saúde, e o telediagnóstico já é realidade em áreas como cardiologia, diagnóstico por imagem, patologia e dermatologia. Podem-se acompanhar e discutir casos e dúvidas diagnósticas entre unidades de saúde em áreas remotas e instituições tutoras, estas últimas capazes de emitir segundas opiniões formativas para profissionais em áreas com menos recursos ou menor densidade de especialistas. A teleassistência ganha força, promovendo o encontro de profissionais de diferentes áreas da saúde com pessoas que deles necessitam.

E a pandemia de covid-19 reforçou a tendência do atendimento remoto, principalmente no manejo de condições crônicas de saúde (como hipertensão e diabetes) e na triagem de episódios agudos, como doenças febris.

Do ponto de vista estritamente conceitual, a telessaúde tem sido apontada como uma alternativa para atingir cinco objetivos¹: dar apoio à formação de profissionais de saúde, reduzir custos operacionais, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar o acesso ao sistema de saúde e reduzir as desigualdades na área.

Embora se reconheça que a prática da telessaúde vem apresentando importantes aprimoramentos, ainda há um longo caminho a ser percorrido. O avanço foi mais evidente em educação médica. A difusão de conhecimento por meio de plataformas digitais permitiu continuar a instrução teórica de estudantes de graduação durante a pandemia – viabilizando não só o contato com os professores de suas instituições, como também o acesso a atividades de ensino de outras entidades. Além disso, a aprendizagem on-line se tornou mais acessível para profissionais já graduados, com a proliferação das atividades de ensino à distância, que vieram para ficar.

O mesmo desenvolvimento e a mesma eficiência ainda não puderam ser detectados ou avaliados na área de teleassistência de saúde. À semelhança do que vem ocorrendo na educação básica, o acesso às ferramentas de teleassistência pela população é muito desigual; assim, corre-se o risco de que o processo não reduza a

¹ CAHAN, E.M. *et al.* Achieving a quintuple aim for telehealth in pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, ago. 2020, v. 67, n. 4, p. 683-705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.04.015>. Acesso em: 17 fev. 2022.

desigualdade de acesso ao sistema ou, pior, aprofunde as diferenças existentes.

Outro aspecto que merece consideração é a sobrecarga de trabalho que a teleassistência pode impor. Ainda não há estudos conclusivos sobre o tema, mas relatos esporádicos indicam que a dinâmica e o ritmo de atendimento e a responsabilidade de orientar condutas à distância podem aumentar o estresse e possíveis alterações psicológicas adversas nas equipes de saúde.

Aparentemente, o uso de ferramentas digitais para o aprendizado e a assistência é uma tendência sólida. O profissional de saúde deverá aprender novas tecnologias e saber como “reformatar” sua mente para adaptar-se ao novo cenário.

NOVAS DISCIPLINAS DE INTERFACE: GEOGRAFIA, DIPLOMACIA DA SAÚDE E BIOLOGIA EVOLUTIVA

O avanço médico permitiu grande progresso na compreensão da patogenia das doenças humanas. Mas, paradoxalmente, mostrou que muito do que é necessário para o controle delas depende de conhecimentos que estão, até certo ponto, fora das disciplinas classicamente abordadas nos cursos de saúde. Como dissociar a atual pandemia de covid-19 de fatores como o aumento da densidade populacional das cidades, a maior mobilidade das pessoas, a exclusão social e as más condições de moradia? Como compreender e enfrentar a epidemia de obesidade infantil sem entender as mudanças ocorridas na produção e no consumo de alimentos, na dinâmica do lazer infantil e em aspectos da organização da mobilidade urbana?

Aprofundemos um tema que ilustra de forma bastante clara a necessidade do diálogo da saúde com outras áreas do conhecimento: o sobrepeso e a obesidade, que afetam cerca de 30% das crianças e dos adolescentes brasileiros. A obesidade do adulto é definida, em grande parte, pelo que ocorreu ainda durante a gestação e a primeira infância; nos tempos atuais, as pessoas nascem e crescem em um ambiente obesogênico. A obesidade é uma doença multifatorial, com determinantes genéticos, epigenéticos e comportamentais. Em períodos históricos e em locais nos quais a carência alimentar era frequente, sobreviviam aqueles que conseguiam absorver com maior eficiência os poucos recursos alimentares disponíveis. Dessa forma, uma série de polimorfismos genéticos favoreceu maior capacidade de absorção e utilização de nutrientes da dieta. Porém, essa vantagem adaptativa passou a ser desvantagem quando aumentou a oferta de alimentos com alto teor de carboidratos e gorduras – como os produtos industrializados ricos em gordura e açúcar, em geral mais baratos e, portanto, mais acessíveis à população de menor renda que migrou para as cidades em busca de emprego e de melhores condições de vida. A passagem do cenário de carência para aquele de oferta de alimentos mais baratos e menos saudáveis (*junk food*) foi responsável pelo fenômeno conhecido como transição nutricional, em que os grupos que padeciam de desnutrição passaram a sofrer de altas prevalências de sobrepeso e obesidade.

Além dos aspectos genéticos, há fatores epigenéticos que influenciam o excesso de peso. Um menor aporte de nutrientes durante a gestação e nas fases iniciais do desenvolvimento pós-natal altera o controle da expressão gênica, buscando assim aumentar a eficiência de captação de nutrientes disponíveis e, também, elevar a resistência dos tecidos periféricos à insulina para

promover aumento dos níveis circulantes de glicose, principal fonte de energia do cérebro. Em outras palavras, as alterações epigenéticas que visam aumentar as chances de sobrevivência do feto ou do bebê paradoxalmente acentuam o risco para o desenvolvimento de síndrome metabólica na fase adulta.

Nas cidades, há aspectos ambientais importantes que favorecem a obesidade infantil. A violência das ruas – trânsito e crimes – impede as crianças de desfrutarem o espaço urbano em sua plenitude, algo decisivo para o sedentarismo infantil e, conseqüentemente, para o ganho de peso.

Tomemos agora como exemplo as doenças febris. A magnitude e a velocidade de disseminação de um agente infeccioso com potencial epidêmico são altamente dependentes tanto da interação entre patógeno e hospedeiro como de fatores do ambiente físico e social – como o padrão de uso e ocupação do solo, a intensidade das relações sociais, o sistema de transporte, as condições de moradia e a resiliência econômica das famílias. Isso ficou claro na covid-19 e na epidemia de meningite dos anos 1970.

Como se pode depreender desses exemplos, a patogenia das doenças infantis somente poderá ser completamente compreendida a partir da combinação de fatores biológicos e ambientais. Esse cenário impõe um enorme desafio para a puericultura, que deverá, num futuro próximo, dialogar com áreas como a biologia evolutiva e a antropologia cultural e social.

A geografia da saúde também será uma área que os profissionais da saúde terão de conhecer melhor. O risco de adoecimento e de morte de crianças varia enormemen-

te nas cidades brasileiras, a ponto de ser possível afirmar que o código de endereçamento postal (CEP) da residência disputa com o código genético o papel de maior determinante da relação entre saúde e doença. O CEP agrega uma série de características do ambiente físico (poluição do ar, estresse térmico, moradia), dos serviços básicos (saneamento, saúde, educação), da renda familiar e de aspectos culturais e de cidadania. Esse conjunto de variáveis influencia não somente o risco de adoecimento (fundamental para planejar a prevenção), como também a capacidade de adoção do tratamento preconizado pelos profissionais da saúde. Nesse contexto, a nova puericultura deverá incorporar outras dimensões de análise, de forma que a terapêutica leve em conta as características econômicas, sociais e culturais da família de uma criança. Da mesma forma, o campo das humanidades médicas deverá incluir conteúdos que vão além da ética médica e da humanização do tratamento dos pacientes.

A maior parte dos estudos voltados à formação dos profissionais de saúde no futuro indica que o conteúdo de humanidades deverá ser substancialmente ampliado. Mas como vencer o desafio de ensinar melhor as bases científicas dessas profissões e, ao mesmo tempo, expor mais os estudantes aos conteúdos das humanidades? Talvez os avanços na tecnologia da informação sejam o caminho possível...

O ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO

Nunca o conhecimento foi tão duramente atacado e colocado em xeque como nos dias atuais. A propagação da desinformação sobre temas de saúde nas redes sociais atinge proporções epidêmicas, a ponto de ter sido

cunhado o termo “infodemia”. Os profissionais da saúde terão que lidar com esse assunto, conhecer a natureza da falsa informação e, na medida do possível, combatê-la. Os pediatras são particularmente necessários no combate à desinformação médica, visto que algumas medidas tomadas pelos pais ou responsáveis podem afetar para sempre a saúde de uma criança. A negação das vacinas é um exemplo: a taxa de cobertura vacinal contra doenças graves e plenamente evitáveis, como o sarampo e a poliomielite, está caindo progressivamente.

As razões para o crescimento da desinformação são várias. Primeiramente, vivemos em uma época em que as possibilidades de produzir e compartilhar informação (inclusive falsa) são assombrosas. Novas tecnologias computacionais são capazes de gerar falas, fotos e mesmo vídeos totalmente falsos, em que pessoas podem aparecer em discursos criados sem sua participação. Esse material falso pode ser espalhando por robôs, dando a falsa impressão de que a mensagem tem apoio de milhões de pessoas.

É importante reconhecer que todos temos necessidade de ser iludidos – às vezes, até por nós mesmos. Viver ditados pela objetividade e pela precisão talvez seja insustentável. Precisamos ter na algibeira uma reserva de ilusões e utopias, acreditar em sonhos que talvez nunca sejam materializados. Creio mesmo que alguns leitores destas páginas, em face da dura rotina de um profissional de saúde infantil, imaginem futuros com mudanças em sua própria vida pessoal ou no desfecho da saúde das crianças sob sua responsabilidade. Talvez a pediatria esteja entre as especialidades da medicina que transitem com mais frequência no espaço que separa o sublime e a tragédia do cuidar de alguém. Nesses casos, faz-se necessário ter sempre uma dose de ilusão para prosseguir.

Essa ilusão necessária tem como antítese a ilusão perniciosa, que carrega vários determinantes. Não pretendo escrever um tratado de epistemologia da desinformação, mas aponto a patogenia do processo para talvez ajudar nas formas de combatê-la. Temos a desinformação espontânea, por vezes eivada de alguma combinação de vaidade. É o caso de uma pessoa, por vezes um profissional da saúde, que acredita ter achado um procedimento infalível contra uma doença grave e que se julga descobridor de algo. Condições genéticas de evolução fatal, neoplasias disseminadas e, atualmente, doenças infecciosas são alvos preferenciais desse tipo de desinformação, que se propaga por dar esperança a pessoas para quem a ciência não pode oferecer consolo.

Outro tipo de desinformação em saúde é de natureza pecuniária, devido à possibilidade de aferição de lucros por parte daqueles que a propagam. Quando um religioso afirma que uma leguminosa combate de forma eficiente o Sars-CoV-2, creio sinceramente que sua missão não lhe foi atribuída por uma entidade espiritual, mas sim por mensagens recebidas de seu setor financeiro. O mesmo enquadramento aplica-se a alguns profissionais da saúde que vendem suplementos ou procedimentos “infalíveis” contra a covid-19. E também a Andrew Wakefield, autor do trabalho que atribuiu um risco maior de autismo em crianças que tomaram a vacina tríplice – ele próprio tinha interesses em uma vacina monovalente para sarampo e recebeu polpudas somas dando assessoria para escritórios de advocacia em processos relativos a autismo e vacinação.

A desinformação em saúde também pode ser utilizada como instrumento de política local e internacional. A politização das vacinas é um fato, indicando que a saúde será,

infelizmente, palco para o debate político. Os aspectos já mencionados indicam que os médicos e, principalmente, as instituições de saúde terão que necessariamente adquirir habilidades de comunicação social para combater a desinformação. Mais um desafio para o futuro.

OS NOVOS HOSPITAIS

Assim como as práticas de saúde passarão por mudanças significativas em breve, os hospitais também serão chamados a exercer novas funções. A origem dessas instituições, na Idade Média, tem como substrato o acolhimento dos feridos e enfermos, daqueles que necessitavam do exercício prático da misericórdia. Cabia a elas, geralmente ligadas a ordens religiosas, compensar a falta de opções terapêuticas com compaixão. Posteriormente, passaram a ser o centro do treinamento médico, desde a Escola de Anatomia de Pádua (com os italianos Vesalius e Morgagni), passando pela propedêutica no início do século XIX, em Paris, até a investigação clínica do canadense William Osler. As três funções – acolhimento, treinamento e pesquisa – foram se somando ao longo dos tempos, e os hospitais cumpriram e ainda cumprem sua tarefa nessas dimensões. No futuro, atribuições e responsabilidades adicionais lhes serão conferidas. As bases da misericórdia e do acolhimento permanecerão, mas deverão ser adaptadas a um novo cenário de direitos e deveres, que incluem tanto a liberdade de escolha do paciente e de sua família, como – infelizmente – um ambiente de progressiva judicialização da saúde.

O treinamento de profissionais deverá necessariamente incorporar o surgimento de novas tecnologias e novos procedimentos terapêuticos. O exercício das melhores

práticas e o equilíbrio financeiro deverão ser objeto de estudo e desenvolvimento, a fim de evitar gastos desnecessários. Por outro lado, a rápida evolução da tecnologia e das habilidades em novas práticas em saúde demandará qualificação frequente, fazendo com que cada hospital tenha de abrigar uma escola de treinamento continuado.

Além de capacitar seus funcionários no domínio das novas tecnologias, uma parte dos hospitais terá que se transformar em centro de inovação tecnológica, produzindo soluções inovadoras em suas áreas de competência. Os hospitais serão fornecedores de necessidades e perguntas – e também incubadores de novos produtos. Para tanto, deverão se preparar para funcionar como centros multidisciplinares de pesquisa e inovação, dialogando com áreas como engenharia, mecatrônica, informática e genética. Prevê-se que muito da tecnologia em saúde nascerá da interação entre a iniciativa privada e a academia, tendo os hospitais como elemento de conexão.

Finalmente, em futuro muito próximo, eles terão de ser mais porosos em sua relação com a sociedade. A divulgação das boas práticas em saúde não poderá prescindir da atuação dos hospitais, que deverão informar e denunciar práticas desprovidas de sentido e combater a disseminação de desinformação. Caberá também a eles contribuir para o estudo de fatores alheios a sua área específica de atuação – como a desigualdade social, as características urbanas e o meio ambiente –, mas que afetam de forma importante a saúde humana. Assim, poderão ser um instrumento para dar visibilidade a temas que dependem de outras políticas públicas. Talvez os hospitais sejam a futura sede da Sociedade Protetora do Ser Humano.

6

Família, escola e saúde das crianças

POR LINO DE MACEDO



Introdução

Processos e estruturas do desenvolvimento humano costumam ser analisados de duas formas. Uma delas, sob uma perspectiva temporal, histórica, divide o ciclo de vida em sucessivas etapas ou períodos, desde a concepção até a morte. No primeiro capítulo deste livro, essa forma de análise foi apresentada na Figura 1, englobando os primeiros 8 mil dias do ser humano, da concepção até a adolescência. Assim, a criança é vista como parte de um ciclo de vida que inclui o jovem, o adolescente, o adulto e o velho. Em outras palavras, a infância integra um todo chamado vida humana, subdividido em recortes temporais significativos.

A outra forma de análise de processos e estruturas do desenvolvimento humano envolve uma abordagem espacial, em que a criança é considerada em dado momento particular de sua vida, incluindo simultaneamente suas relações com os entornos ou contextos com os quais interage e dos quais depende para continuar vivendo. Usualmente, esses entornos valorizam mais o que está próximo à criança do que o que está distante, mas é igualmente fundamental para seu desenvolvimento e sua qualidade de vida. Em nossa sociedade, família, escola e serviços de saúde são as instituições mais próximas à criança, enquanto instituições políticas e jurídicas estão mais distantes – embora sejam igualmente preciosas para seu bem-estar e desenvolvimento.

Quando observamos um fenômeno pela perspectiva espacial, é importante considerar os objetos que o compõem e diferentes posições e deslocamentos que podem assumir no espaço. Neste capítulo, os “objetos” de conhecimento são a criança, sua família, a escola, os serviços de saúde

e a comunidade, bem como as interações favoráveis ou contrárias aos processos de desenvolvimento da criança. As diferentes posições são: criança (enquanto parte do ciclo de vida), filho/filha (parte de uma família), aluno/aluna (parte de uma escola), paciente ou cliente (beneficiário de um sistema de saúde) e cidadão/cidadã (membro de uma comunidade, com seus direitos e deveres). Os deslocamentos implicam considerar o que é específico a cada um desses recortes e mudar a perspectiva de análise de acordo com o aspecto analisado, ou considerar as várias combinações possíveis de interações mútuas entre os recortes. Aqui, há o desafio de sabermos que essas posições podem ser alteradas conforme a perspectiva adotada.

Quando observamos um fenômeno sob a perspectiva temporal, é importante considerar as transformações que ocorrem ao longo do tempo em seu duplo jogo de continuidade e mudança: continuidade porque se trata de um mesmo indivíduo ao longo de seu desenvolvimento; mudança porque esse indivíduo não é o mesmo quando criança, jovem, adulto ou velho, uma vez que mudam seus interesses, desafios e possibilidades de leitura do mundo.

A PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Nascido na Alemanha, Erik Erikson foi um psicanalista e grande professor da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, que muito influenciou a perspectiva psicossocial da Psicologia do Desenvolvimento norte-americana. Uma de suas famosas contribuições foi a proposição de estágios de desenvolvimento ao longo do ciclo da vida, cada um caracterizado por uma pergunta crítica, cujo modo de enfrentamento e contexto de realização fazem toda a diferença (MACEDO, 2016). Penso ser sempre útil

revisar essas questões e refletir sobre como as estamos enfrentando.

- **"Será meu mundo social previsível e protetor?"** é a questão que caracteriza a primeira idade, ou seja, do nascimento até os 18 meses. É uma pergunta que deposita toda a esperança nos adultos – pais, cuidadores, educadores ou responsáveis – que cuidam, protegem e asseguram a cada criança, não importam sua condição de saúde e sua classe social, um sentimento básico de confiança na vida.
- **"Será que consigo fazer as coisas sozinho ou tenho de depender quase sempre dos outros?"** é a questão que caracteriza a segunda idade, de 18 meses a 3 anos. Sentir-se independente, poder andar, falar, cuidar de si nas coisas básicas, ter relações significativas com seus pais e poder expressar sua força de vontade é tudo o que as crianças dessa faixa etária querem.
- **"Serei bom ou mau?"** é a questão que caracteriza a terceira idade, de 3 a 6 anos. Quanto e como os pais da criança e todos os adultos que lhe são caros colaboram para que a resposta a essa pergunta seja positiva fará toda a diferença. Sentir orgulho de suas capacidades talvez seja a melhor forma de a criança resolver a crise proposta pela questão que caracteriza seu estágio de desenvolvimento.
- **"Serei competente ou incompetente?"** é a questão característica da quarta idade, de 6 a 12 anos. Aprender a ler, escrever e calcular, conviver com iguais, respeitar e aceitar regras, fazer coisas com habilidade e competência, juntos ou sozinhos, são desafios dos escolares, que trilham – diligentemente – o caminho entre ser criança e se preparar para ser jovem.
- **"Quem sou eu? O que vou fazer de minha vida?"** é a

questão característica da quinta idade, de 12 a 20 anos. Com ela, os adolescentes encaram o desafio de se adaptar a tantas mudanças (muitos professores na escola, tarefas e agenda a serem cuidadas por si mesmos, colegas, esporte, identificação sexual, futuro).

- **"Deverei partilhar minha vida com alguém ou deverei viver sozinho?"** é a questão característica dos jovens adultos que estão na sexta idade (de 20 a 35 anos). Serão eles capazes de amar e se entregar, formando vínculos sociais (família e trabalho)? Aceitarão encontrar-se e se perder no outro de forma amigável, colaborativa e cooperativa?
- **"Produzirei algo com valor, útil para mim e para os outros?"** é a questão característica dos adultos "plenos", isto é, que estão na sétima idade (de 35 a 65 anos). De fato, é nesse estágio do ciclo de vida que se espera a melhor e maior contribuição dos adultos. De seu cuidado e produção dependem a sociedade como um todo e, em particular, crianças, jovens, doentes, incapacitados e idosos.
- **"Valeu a pena viver?"** é a questão característica da oitava idade, ou seja, das pessoas com mais de 65 anos. "Estou satisfeito com a vida?", "quanto ela foi ou tem sido valiosa para mim e todos os meus?", "viver foi um tempo perdido, impossível de recuperar?", de fato, são questionamentos que os idosos fazem frequentemente. Refletir sobre eles e tentar encontrar respostas com humanidade faz parte da sabedoria acumulada.

Sendo resultantes da temporalidade, essas questões acompanham e marcam as relações que se dão no nível de todas as estruturas sociais para o desenvolvimento humano, sejam elas as famílias ou as escolas, sejam os serviços de saúde ou a própria comunidade.

BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O psicólogo russo-americano Urie Bronfenbrenner pesquisou, em uma perspectiva sistêmica, as duas formas de análise do desenvolvimento humano, isto é, a horizontal (ou espacial) e a vertical (ou temporal). Ele designou essa perspectiva como bioecologia do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 2012).

De acordo com a análise horizontal, o desenvolvimento da criança acontece graças à atuação de diferentes instituições socioculturais, já apontadas acima. É importante lembrar o que nos ensina a epigenética: as manifestações (fenótipo) de nosso patrimônio genético são influenciadas pela interferência de fatores externos facilitadores ou bloqueadores do desenvolvimento. Nesse sentido, considerar a criança e sua interação direta ou indireta com os contextos em que vive é de extrema importância para estimular seu desenvolvimento integral, garantir seu direito ao bem-estar e ao desenvolvimento de seu potencial, evitando os fatores do ambiente que dificultam esse desenvolvimento ou estimulando os que o facilitam.

Família, escola, serviços de saúde e comunidade são estruturas socioculturais que influenciam diretamente o desenvolvimento de cada criança, em seus componentes físicos, psíquicos e sociais. Essas estruturas são “úteros” ou continentes sociais, culturais e educacionais graças aos quais a saúde e o bem-estar podem ser oferecidos visando ao melhor desenvolvimento integral e integrado da criança.

A CRIANÇA E A FAMÍLIA

A família é um sistema social muito importante para o desenvolvimento e o bem-estar das crianças (SANTROCK, 2014). De modo geral, é composta por um ou dois adultos, vivendo juntos e cuidando de crianças, suas filhas biológicas ou adotadas. A forma como tais adultos interagem entre si e com a criança ou as crianças faz muita diferença. Quanto mais essa interação for positiva, tanto melhor para elas. E vice-versa. Uma característica destacada por John W. Santrock é que o sistema familiar é bidirecional: pais influenciam os filhos e filhos influenciam os pais, em direção seja positiva, seja negativa.

Assim, o que os pais pensam, sentem, agem e fazem são aspectos muito importantes para compreender como funcionam os processos familiares. Seus modos de compreender a função parental – suas crenças e seus valores sobre seu papel – podem ter efeitos positivos ou negativos no desenvolvimento e no bem-estar das crianças. Além disso, seus sentimentos e as formas como regulam suas emoções têm muita influência em suas relações com os filhos.

É importante considerar que os adultos estão em um momento do ciclo de vida diferente do de seus filhos, sendo desafiados em temas que não fazem parte dos interesses das crianças ou adolescentes – que, por sua vez, enfrentam problemas e conflitos também diferentes. A maneira como essas duas qualidades de interação com as coisas do mundo se combinam tem efeitos sobre a convivência familiar. Além disso, a relação entre pais e filhos, sobretudo nos primeiros anos de vida até a maioridade, é assimétrica; cabe aos pais cuidar dos filhos, protegê-los e educá-los, o que significa exercer controle sobre eles e tomar

decisões em seu nome. Ao mesmo tempo, em muitas circunstâncias – durante atividades lúdicas, por exemplo –, as relações podem ser de reciprocidade, isto é, pais e filhos interagem de igual para igual.

Uma relação harmoniosa e constante para o desenvolvimento biopsicossocial da criança é, infelizmente, uma idealização. Por razões econômicas, pais e mães sofrem com desemprego ou subemprego, famílias vivem em locais inseguros e insalubres, pais e mães que trabalham fora têm pouco tempo para ficar com os filhos. São muitos os desafios para garantir que estejam todos juntos e prover o melhor ambiente para o desenvolvimento das crianças.

Às questões econômicas somam-se as de ordem social, cultural ou antropológica. Por exemplo: hoje, é comum os pais terem menos filhos (um ou dois) e em diferentes momentos da vida adulta (uns têm filhos quando mais velhos e outros, quando mais jovens). As pesquisas indicam que ser pai ou mãe como adulto mais velho ou mais jovem faz diferença no cuidado e na educação dos filhos.

Ser pai ou mãe é uma função adulta que altera muito a vida e requer adaptações significativas. Os pais, hoje, são vistos como gestores e orientadores da vida de seus filhos, ao menos até a maioridade destes: lhes oferecem oportunidades que os iniciam na vida social, cultural e educacional. Pesquisas indicam que o monitoramento dos jovens pelos pais está associado a níveis mais baixos de delinquência e a um melhor desempenho escolar. Mas a qualidade do cuidado e da gestão pode estar associada ao que Diana Baumrind (1966) chama de estilos parentais: autoritativo, autoritário, negligente e indulgente. Tais estilos são manifestações que os pais direcionam a seus filhos e que caracterizam a natureza de sua interação com

eles (REPPOLD *et al.*, 2002). Os estilos do pai e da mãe podem se combinar de diferentes modos, contrapondo-se ou complementando-se.

Pais autoritativos

Segundo a psicóloga Olivia Maitret (2020), pais autoritativos

- Esperam muito dos filhos;
- São bons para escutá-los e observá-los, agindo de modo adequado em cada situação;
- Comunicam-se facilmente com eles e levam em conta seus sentimentos, opiniões e preferências;
- Apoiam e orientam seus filhos a conseguir ficar dentro dos limites estabelecidos por eles;
- Elogiam os comportamentos positivos.

A autora dá algumas sugestões aos pais autoritativos:

- Filhos são bons observadores dos modos de agir e reagir dos pais, por isso é muito importante considerar a qualidade das interações com eles;
- É precioso ouvir os filhos e considerar suas características individuais, habilidades e fases de desenvolvimento;
- É sempre bom explicar por que algo está certo ou errado.

Além disso, ela indica benefícios de uma parentalidade autoritativa. Destaca que explicar as relações de causa e efeito:

- Tem consequências diretas e positivas para os filhos;
- Melhora as relações entre pais e filhos;
- Aumenta a chance de os filhos se tornarem “independentes, autossuficientes, socialmente aceitos, academicamente bem-sucedidos e bem-comportados, além de terem autocontrole e regulação emocional”.

Ao mesmo tempo, ela adverte sobre os desafios desse estilo parental:

- Exige autocontrole, paciência e consistência;
- Nem sempre funciona com todas as crianças;
- É muito difícil que pai e mãe tenham o mesmo estilo ou que sejam flexíveis em caso de discordância;
- Não é fácil estabelecer limites sem consequências severas.

Pais autoritários

Pais autoritários, ainda que esperem muito de seus filhos, não conseguem ser responsivos ou acolhedores. Fazem exigências descabidas e inquestionáveis, ditam regras rígidas, mas não orientam seus filhos sobre como segui-las.

Há uma tentativa de controlar e modelar, de forma rígida, as atitudes da criança. Pais desse estilo valorizam a

obediência absoluta, recorrendo a medidas punitivas (verbais ou físicas) para que o filho se comporte de acordo com suas exigências. São frequentes as críticas ou ameaças à criança. Quando Baumrind (1966) estudou as crianças criadas por um pai autoritário, descobriu que elas, em geral, tinham temperamento infeliz: pareciam distantes, hostis, ansiosas e com pouco controle sobre suas próprias emoções negativas. Isso trazia consequências:

- Os filhos tendiam a apresentar desempenho moderado na escola, não apresentavam problemas de comportamento e, geralmente, eram crianças e adolescentes quietos e passivos;
- Se a coerção dos pais fosse muito forte, podiam mostrar hostilidade e agressividade contra figuras de autoridade;
- Apresentavam pior desempenho em habilidades sociais e humor instável e eram pouco amigáveis.

Pais indulgentes ou permissivos

São pais centrados em suas crianças. Dão muito apoio e atenção emocional, mas pouca estrutura positiva e orientação. Têm receio de rejeição e de não serem amados pelos filhos, aí... permitem em demasia, sentem culpa por sua ausência (por trabalharem, por exemplo) ou são inconsistentes. Quando Baumrind estudou as crianças criadas nesse estilo parental, descobriu que elas eram teimosas, provocadoras, rebeldes e incapazes de regular a maior parte das emoções que enfrentavam. Isso resultava em sérias consequências para os filhos:

- Tornavam-se mais propensos a se envolver em problemas de comportamento e tinham pior desempenho na escola, mas aparentavam ter boa autoestima, boas habilidades sociais e baixos níveis de depressão.
- Havia um alto risco de envolvimento com drogas no futuro, pois não tinham aprendido que existem regras e limites no mundo: poderiam e deveriam experimentar tudo e testar todos.

Pais negligentes

É o estilo dos pais ausentes, que deixam a criança fazer o que bem quiser. É o que tem mais efeitos negativos sobre as crianças, porque elas não recebem a atenção de que precisam para se desenvolverem tendo limites e respeitando regras de convívio cultural ou social. Esse estilo tem impactos no comportamento também dos pais, já que:

- Sem tolerância, os pais se aborrecem facilmente com o choro natural de um bebê ou com os pedidos de uma criança ou de um adolescente;
- Quando os filhos chegam ao limite ou quando eles próprios (os pais) sentem culpa por serem ausentes, podem se descontrolar exageradamente ou punir com severidade;
- Mantêm apenas a satisfação de necessidades básicas (físicas, sociais, psicológicas e intelectuais) de seus filhos.

Esse comportamento negligente também traz sérias consequências para os filhos:

- Apresentam pior desempenho em todas as áreas e podem ter atraso no desenvolvimento, bem como problemas afetivos e comportamentais;
- Esse estilo parental correlaciona-se com uso de drogas e álcool e com início precoce da vida sexual;
- Baixo desempenho acadêmico, baixas habilidades sociais e futuro comportamento antissocial (mentir, roubar, agredir, machucar, xingar...).

Em síntese, o estudo dos estilos parentais divide as relações entre pais e filhos (de qualquer idade) em quatro tipos básicos: autoritativo (centrado na relação e socialização dos filhos); negligente (pais ausentes); autoritário (centrado nos pais); e permissivo (centrado nos filhos). É importante, acima de tudo, valorizar a negociação e a expressão dos afetos, que tantas vezes é esquecida, desvalorizada ou mesmo inexistente.

Segundo Santrock (2014), a etnia dos pais pode influenciar os estilos de criação dos filhos. Ele menciona também o valor negativo dos maus-tratos, por colocarem em risco o desenvolvimento infantil – o mesmo pode acontecer devido a divórcios e problemas de conduta na família. Já a boa relação entre os pais e um bom ambiente familiar são favoráveis ao desenvolvimento das crianças. O autor sublinha a importância da relação dos irmãos no desenvolvimento das crianças, em especial: (1) qualidade emocional do relacionamento, (2) familiaridade e intimidade do relacionamento e (3) variação nos relacionamentos entre irmãos.

Os relacionamentos entre irmãos incluem não apenas conflito e briga, mas também ajudar, ensinar, compartilhar e brincar –

e os irmãos podem funcionar como rivais, apoios emocionais e parceiros de comunicação. (SANTROCK, 2014)

A ordem de nascimento dos filhos também pode ser outra variável relevante.

Os filhos primogênitos são mais autocontrolados, conformados e argumentativos; têm mais culpa e ansiedade; e se destacam academicamente e profissionalmente em comparação com crianças nascidas depois. No entanto, alguns críticos argumentam que a influência da ordem de nascimento foi superestimada como um preditor do comportamento infantil. (SANTROCK, 2014)

Recentemente, o padrão familiar alterou-se muito, e o trabalho dos pais pode produzir efeitos positivos ou negativos na criação dos filhos. De acordo com Santrock (2014):

Em geral, o fato de ambos os pais trabalharem em tempo integral fora de casa não demonstrou ter efeitos negativos sobre os filhos. No entanto, dependendo das circunstâncias, se os pais experimentam más condições de trabalho, frequentemente tornam-se desatentos para com os filhos, que apresentam mais problemas de comportamento e têm um desempenho escolar pior do que os filhos cujos pais têm melhores condições de trabalho. Há uma ligação positiva entre a participação em atividades extracurriculares e desempenho acadêmico, ajuste psicológico e interação positiva com os pais. (SANTROCK, 2014)

Algumas observações do autor sobre a relação familiar:

Crianças de famílias divorciadas apresentam mais problemas de adaptação do que suas contrapartes em famílias não divorciadas. É difícil determinar se os pais devem permanecer em um casamento infeliz ou conflituoso por causa dos

filhos. Os fatores a serem considerados em relação ao ajustamento dos filhos em famílias divorciadas são o ajuste anterior ao divórcio, a personalidade e o temperamento, o estado de desenvolvimento, o gênero e os arranjos de custódia. A perda de renda para mães divorciadas pode estar ligada a uma série de estresses que podem afetar a adaptação da criança. (SANTROCK, 2014)

Assim como nas famílias divorciadas, as crianças em famílias adotivas têm mais problemas do que suas contrapartes em famílias não divorciadas. A reestabilização geralmente leva mais tempo em famílias adotivas do que em famílias divorciadas. (SANTROCK, 2014)

Aproximadamente 33% das lésbicas e 22% dos gays são pais. Há uma diversidade considerável entre mães lésbicas, pais gays e seus filhos. Os pesquisadores encontraram poucas diferenças entre crianças que crescem com pais gays ou lésbicas e crianças que crescem com pais heterossexuais. (SANTROCK, 2014)

Variações culturais, étnicas e socioeconômicas afetam as relações familiares. Por exemplo, [nos Estados Unidos] crianças afro-americanas e latinas têm mais probabilidade do que crianças brancas de viver em famílias monoparentais, famílias maiores e famílias com conexões extensas. Famílias com alto nível socioeconômico tendem a evitar o uso de disciplina física, esforçam-se para criar uma atmosfera familiar em que as regras sejam discutidas e preocupam-se em desenvolver a iniciativa das crianças e adiar a gratificação. As famílias com baixo nível socioeconômico são mais propensas a usar o castigo físico para disciplinar seus filhos, são mais diretivas e menos conversadoras e desejam que seus filhos correspondam às expectativas da sociedade. (SANTROCK, 2014)

A família, qualquer que seja o combinatório de suas possibilidades de constituição e funcionamento, é responsável pelos cuidados de saúde e bem-estar de suas crianças. Sem esses cuidados, os filhos não poderiam sobreviver. É a família que provê as condições para a criança dormir, alimentar-se, tomar banho e trocar de roupa, ser protegida do calor, do frio, da chuva e dos ventos, e brincar. É ela também que leva a criança ao médico ou posto de saúde para tomar vacinas, ser tratada quando doente e ser provida de condições que lhe propiciem bem-estar e sentido de vida.

Como um dos componentes mais importantes na saúde infantil refere-se à alimentação, o próximo tópico tratará de alguns aspectos relativos a esse cuidado.

A CRIANÇA E A SAÚDE ESCOLAR

É interessante lembrar que o vínculo entre saúde e educação é antigo. Casemiro, Fonseca e Secco (2014), por exemplo, publicaram uma revisão bibliográfica abrangendo o período de 1995 a 2013 na América Latina. Figueiredo, Machado e Abreu (2010) escreveram um “breve relato histórico sobre a saúde na escola” no Brasil e no mundo.

O tema da criança e da saúde escolar está presente na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), no Programa Saúde na Escola e nas Diretrizes Básicas em Saúde Escolar, publicadas pelos departamentos de Saúde Escolar da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria, em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Escolar.

A BNCC divide a educação básica usando a temporalidade

até os 18 anos: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio. A educação infantil subdivide-se em três etapas: a) para as crianças de 1 ano a 1 ano e 6 meses, b) para as crianças de 1 ano e 7 meses a 3 anos 11 meses, e c) pré-escola, para crianças de 4 anos a 5 anos e 11 meses. O ensino fundamental subdivide-se em duas etapas: a) anos iniciais, para a faixa etária de 6 a 10 anos, e b) anos finais, para adolescentes de 11 e 14 anos. E o ensino médio é para adolescentes com idade de 15 a 17 anos. De um modo geral, a educação infantil e os anos iniciais do ensino fundamental são responsabilidade do município, enquanto os anos finais do fundamental e o ensino médio são responsabilidade do estado. O governo federal provê recursos e toma decisões técnicas, reguladoras do processo de educação escolar em todo o Brasil.

A BNCC propõe a seguinte definição de competência:

Mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho. (BRASIL, 2018)

Anteriormente, publiquei um texto com Maria Inês Fini analisando todos os termos dessa definição (MACEDO e FINI, 2018). Além disso, a BNCC propõe dez competências gerais a serem desenvolvidas ao longo da educação básica (MOVIMENTO PELA BASE NACIONAL COMUM, 2018), das quais três são muito importantes para a escola que valoriza a saúde e o bem-estar de seus alunos:

Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, reconhecendo suas emoções e as dos outros, com auto-crítica e capacidade para lidar com e com a pressão do grupo.

Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar e promovendo o respeito ao outro, com acolhimento e valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceitos de origem, etnia, gênero, idade, habilidade/necessidade, convicção religiosa ou de qualquer outra natureza, reconhecendo-se como parte de uma coletividade com a qual deve se comprometer.”

Agir pessoal e coletivamente com autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, tomando decisões com base nos conhecimentos construídos na escola, segundo princípios éticos democráticos, inclusivos, sustentáveis e solidários.” (BRASIL, 2018)

O fato é que a escola é ou pode se tornar um importante agente na promoção da saúde integral de seus alunos. Hoje, felizmente, crianças e adolescentes com até 18 anos devem frequentar a escola para aprender tudo aquilo que ela tem o compromisso de ensinar. Como direito, espera-se que as crianças possam frequentar a escola e nela aprender. Como dever, espera-se que a família e o Estado lhes proporcionem essa oportunidade tão fundamental para sua educação. E, enquanto convivem e aprendem no contexto escolar, um dos pontos que favorecem seu desenvolvimento e bem-estar é o bom cuidado com os diversos componentes de sua saúde.

Porém, a escola não pode cuidar sozinha da saúde infantil. Ela precisa do apoio da família, da comunidade e do sistema de saúde. Ou seja, são pelo menos quatro instituições agindo, de forma interdependente, em favor do melhor desenvolvimento da saúde e do bem-estar das crianças. Aqui, comunidade refere-se às pessoas que representam os sistemas jurídico, legislativo e executivo.

Nesse sentido é que deve ser tomado o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que prevê práticas a serem executadas pelos ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2009 e 2018). Em síntese, o programa visa a contribuir para a formação integral dos alunos na educação básica em escolas públicas por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, nelas incluída a prática de uma cultura de paz. Prevê também que o Sistema Único de Saúde (SUS) se articule com as redes públicas de educação básica a fim de alcançar e impactar o público desse programa. Assim, será possível construir um sistema de atenção social comprometido com a promoção da cidadania e do exercício dos direitos humanos, graças ao qual se poderão enfrentar vulnerabilidades no campo da saúde, evitando-se prejudicar o pleno desenvolvimento escolar das crianças. Escolas e unidades de saúde, em suas comunidades, devem compartilhar informações relativas às condições de saúde, bem como planejar, executar e avaliar as ações realizadas. Dessa forma, é esperado que os governos – federal, estadual e municipal – se organizem para fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação e saúde, incluindo a saúde escolar.

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrem em territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, tornando possível a criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos e equipes de Saúde da Família), em ações que envolvam crianças, adolescentes, famílias e a própria comunidade.

O PSE é constituído por cinco componentes: a) avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; b) promoção da saúde e prevenção de riscos; c) educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde, bem como de crianças, jovens, famílias e membros da comunidade, em temas importantes para o desenvolvimento integrado; d) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e) monitoramento e avaliação do programa.

Os municípios interessados em aderir ao PSE devem fazer um projeto identificando prioridades e aspectos a serem ajustados face às características de seu território. Para isso, apresentam um diagnóstico da situação (determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino), especificam suas responsabilidades, indicam os números de alunos e escolas e definem as responsabilidades das secretarias de Saúde e de Educação. Em síntese, produzem uma agenda nessas duas áreas.

É importante diferenciar o papel do professor em questões de saúde escolar. Dado seu contato diário e prolongado com as crianças, é bom que esteja preparado para identificar e atender aquelas que apresentam problemas. Crianças estão sujeitas a morbidade e agravos decorrentes de fatores pessoais e ambientais, o que pode influenciar sua aprendizagem. O professor pode observar, igualmente, mudanças no comportamento que talvez signifiquem sujeição à violência e ao uso de drogas e álcool. Infelizmente, nem sempre ele tem o conhecimento, as atitudes, as habilidades e as práticas para exercitar esse papel tão relevante – daí a importância de capacitá-lo para agir diante de problemas de saúde de seus alunos, fazendo triagens e encaminhamentos para os serviços de saúde de referência para o programa.

Os departamentos de Saúde Escolar da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria, com a Associação Brasileira de Saúde Escolar, elaboraram um documento propondo ações programáticas em saúde escolar (SPSP *et al.*, 2020). Segundo as diretrizes, a saúde escolar precisa ser desenvolvida de forma integrada, multidisciplinar e interdisciplinar pelos setores da educação e da saúde. O professor tem papel preponderante nessas ações, a serem realizadas de forma descentralizada, regionalizada, horizontalizada e hierarquizada. As atividades abrangem a área assistencial, a educação e a vigilância em saúde.

A área assistencial contempla o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, sob a responsabilidade do setor de saúde. O objetivo é valorizar tanto a saúde individual como a saúde coletiva e ambiental. Nas ações, estimulam-se a participação e o envolvimento da escola, da família e da comunidade. Nesse sentido, deve ser valorizada a vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional. A equipe da Saúde da Família deve ser o elemento central desse processo, que, por sua vez, deve orientar cada caso de acordo com a eventual necessidade de atendimento especializado, como:

- **Saúde bucal.** Realização de ações para promover a fluoretação e a escovação, de modo a controlar e reduzir a incidência de cárie e doença periodontal.
- **Saúde auditiva.** Em função do excesso de demandas de diagnóstico em fonoaudiologia – e dada a natureza desse tipo de avaliação –, propõe-se que escolas de educação infantil e ensino fundamental passem informações sobre desenvolvimento e estimulação da linguagem, visando à identificação de problemas. É feita

uma triagem auditiva em crianças de creches, pré-escolas e da primeira série do ensino fundamental, por meio da aplicação de testes de acuidade auditiva. As crianças triadas são levadas para avaliação diagnóstica, e as que tiverem problemas confirmados devem ser encaminhadas para tratamento especializado, inclusive com o fornecimento de aparelho auditivo.

- **Saúde mental.** Há uma tendência à psicologização do fracasso escolar. Deve-se diferenciar os determinantes mais frequentes do fracasso escolar – que são socioculturais e pedagógicos – daqueles que possam ter origem na estrutura emocional da criança e de suas relações. Sobre esse assunto, tive a oportunidade de publicar um livro em coautoria com Rodrigo Bressan (MACEDO e BRESSAN, 2016).
- **Saúde ocular.** Como é extremamente importante para o desempenho escolar, pais e professores são orientados a observar eventuais problemas de visão em seus filhos ou alunos. O professor aprende a aplicar o Teste de Acuidade Visual e, se perceber indicadores de dificuldades visuais, encaminha os casos a um oftalmologista. Há alunos que precisam usar óculos. Os pais devem saber que a criança não nasce enxergando: recém-nascida, ela percebe apenas luz e vultos, sem saber interpretá-los; pouco a pouco, ela desenvolve coordenação visual; aos 5 anos é que terá uma visão comparável à do adulto. Os pais devem observar os olhos da criança, verificando os seguintes sintomas: estão vermelhos? Há produção de pus? A pupila (“menina dos olhos”) é branca? Os olhos estão constantemente lacrimejantes? Os olhos evitam a luz? São estrábicos (vesgos, tortos) ou esbranquiçados? Fazer tais observações possibilita que os pais levem o filho ao oftalmologista ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima em sua comunidade.

- **Saúde nutricional.** Como bem lembra Marcos Kisil, a cesta básica de alimentos no Brasil inclui alimentos para adultos, não para crianças. É uma pena. Há, por exemplo, muitas crianças com anemia, isto é, que não ingerem a quantidade ideal de ferro ou recebem excesso de açúcar. Uma pesquisa sobre ações do PSE para prevenção do excesso de peso infantil em escolas públicas de Itapevi, na Grande São Paulo, analisou o estado nutricional dos escolares, a qualidade da alimentação escolar e a inserção no currículo de temas relacionados a alimentação, atividade física e nutrição. Concluiu que era necessário ajustar o cardápio escolar para reduzir o excesso de peso entre os alunos (BATISTA, *et al.* 2016). A determinação da obesidade infantil é complexa e envolve, principalmente, fatores relacionados ao estilo de vida – alimentação e atividade física – e às condições socioeconômicas, culturais e demográficas, além das condições familiares. Nesse sentido, o balanceamento nutricional da merenda de escolas públicas é um importante elemento para evitar excessos e garantir que a criança tenha o necessário para seu sadio desenvolvimento. Infelizmente, contudo, muitas prefeituras não dão a devida atenção à aquisição e utilização de alimentos saudáveis nas escolas.

A questão nutricional: um exemplo para entender a relação entre família, escola e serviço de saúde

A Fundação José Luiz Egydio Setúbal (FJLES), por meio de seu Instituto Pensi, mantém o Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares, coordenado pelo pediatra Mauro Fisberg, especializado em nutrologia. Com esse centro e seu coordenador, aprendi a importância não só dos cuidados nutricionais para um desenvolvimento sadio, mas também da relação que deve ocorrer entre a

criança e os espaços que ocupa, seja na residência, seja na escola, seja em espaços comunitários.

Como sabemos, **alimentação** é o consumo de alimentos; **nutrição** é o conjunto de processos pelos quais o organismo utiliza a energia e as propriedades dos alimentos, a fim de transformá-los em componentes necessários para garantir que o organismo se mantenha e se desenvolva.

No Brasil, o tema da alimentação e da nutrição está inserido em diversos marcos legais, como a lei 8080/1990 (que, ao dispor sobre a organização do sistema público de saúde, insere o conceito de alimentação como fator condicionante e determinante da saúde) e o decreto que a regulamenta (7.508/2011), que favorece a oferta e a organização das ações de alimentação e nutrição no SUS. Além desses instrumentos oficiais, a emenda constitucional 64, aprovada em 2010, insere a alimentação como um dos direitos sociais dispostos no artigo 6º da Constituição.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, aprovada em 1999 e atualizada pela portaria 2.715/2011, tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Dificuldades alimentares podem prejudicar esses processos e, além disso, têm importantes repercussões sociais, culturais e afetivas. Há crianças que apresentam falta de apetite ou que são altamente seletivas, apresentam fobia alimentar ou excesso de peso. Por outro lado, seus pais ou educadores podem ter interpretação equivocada sobre cuidados alimentares ou dificuldade para bem geri-los. Como a boa alimentação é um compo-

nente fundamental ao desenvolvimento integral da criança, requer esforço dos adultos (pais, educadores, pediatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, políticos e comunidade que produz e comercializa alimentos). Daí que o Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares é um importante lugar de atendimento e pesquisa voltados a bebês, crianças e adolescentes cujos pais ou responsáveis queixam-se de problemas com a alimentação.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) oferece tanto alimentação escolar em si como ações de educação alimentar e nutricional em todas as etapas da educação básica pública. Por meio desse programa, o governo federal repassa a estados, municípios e escolas federais valores financeiros de caráter suplementar em dez parcelas mensais (de fevereiro a novembro) para a cobertura de 200 dias letivos, conforme o número de matriculados. São atendidos pelo programa os alunos de toda a educação básica (infantil, fundamental, médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público).

Os valores são repassados diretamente aos estados e municípios, com base no Censo Escolar realizado no ano anterior, e acompanhados e fiscalizados pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria-Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público. E, com a lei 11.947/2009, 30% do valor repassado pelo PNAE deve ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.

É importante observar que o cardápio da escola deve ser elaborado por nutricionista, respeitando os hábitos alimentares locais e culturais e atendendo a necessidades nutricionais específicas, conforme percentuais mínimos estabelecidos no artigo 14 da resolução 26/2013, emitida pelo FNDE.

Assim, a merenda escolar passa a ser um importante elemento de equidade e benefício para os estudantes de escolas públicas, principalmente aqueles de famílias extremamente pobres e que, muitas vezes, fazem suas únicas refeições do dia na escola.

A seguir, destaco alguns aspectos da questão nutricional lembrados por Mauro Fisberg e Priscila Maximino (2012):

- O comportamento alimentar envolve fatores irreduzíveis, complementares e indissociáveis.
- Além dos aspectos propriamente nutricionais e orgânicos, há fatores culturais, religiosos, sociais, emocionais, cognitivos, físicos e neurológicos a serem considerados.
- “Doutor, meu filho não quer comer” é uma afirmação recorrente dos pais de famílias de classe média e alta nas consultas pediátricas de crianças entre 2 e 6 anos.
- Entre as famílias cujo drama é não ter o que oferecer como alimento ao filho, devido ao estado de pobreza ou de miséria em que vivem, normalmente a dúvida é se a criança consegue receber algum alimento – e, se conseguir, há uma forte prevalência de carboidratos.

Assim, a boa assimilação dos alimentos “implica fatores genéticos, exposição precoce a sabores, disponibilidade de alimentos em casa, estilos parentais e práticas alimentares” (FISBERG e MAXIMINO, 2012). Em situações vividas por famílias de classe média e alta, é possível identificar a relação entre os estilos parentais e a educação alimentar que proporcionam a seus filhos, com variações quanto aos graus de exigência e resposta dos pais.

- **Estilo autoritário:** alta exigência e baixa capacidade de resposta. O pai ou mãe controladores “pressionam a criança para comer”, “restringem comidas”, “subornam ou usam recompensas” e “ignoram os sinais de fome da criança”.
- **Estilo responsivo (autoritativo):** alta exigência e alta capacidade de resposta. O pai ou mãe responsivos “estabelecem limites em relação ao onde, quando e o que a criança come”, “modelam de maneira adequada a alimentação”, “conversam de forma positiva sobre as comidas” e “respondem aos sinais de fome e guiam a criança a comer”.
- **Estilo indulgente:** baixa exigência e alta capacidade de resposta. Os indulgentes “não fixam limites” – a criança pode comer “o que, quando e onde quiser” – e “ignoram os sinais de fome” do filho.
- **Estilo negligente:** baixa exigência e baixa capacidade de resposta. O pai ou mãe “não assumem responsabilidades de cuidado”, “não fixam limites” e “ignoram necessidades físicas, emocionais e de fome” da criança.

Conforme Fisberg e Maximino (2012), 50% dos pais adotam um estilo controlador. E muitos deles “retêm a comida como punição ou a usam como recompensa”. Na prática, pais controladores “estão ensinando a criança a comer quando não está com fome” e “a comer para agradar outras pessoas ou para obter algo que ela quer”. Assim, ensinam que “comer não é prazeroso” e que não vale a pena “gostar de alimentos saudáveis”, mas sim “gostar de alimentos não saudáveis”. Pais que adotam práticas negligentes ou indulgentes ensinam “um fraco senso de fome e saciedade”, “uma relutância em provar novos alimentos” e “a gostar de comidas não saudáveis”. Pais que adotam práticas alimentares responsivas ensinam seus filhos a ter “uma compreensão de fome e saciedade”, a experimentar novos alimentos sem estresse, a adotar padrões de refeições culturais e familiares” e a compreender que “alimentos são bons” e que “comer é prazeroso”. Para isso, segundo os autores, devem ser adotadas regras alimentares: comer em horários regulares, não oferecer guloseimas, sucos ou leite entre as refeições e, quando houver sede, oferecer apenas água. E, principalmente: vale a pena incentivar a “autoalimentação”, ou seja, desenvolver a autonomia alimentar das crianças.

Assim, percebem-se o contraste com as famílias pobres ou extremamente pobres e a importância que adquiriu o Bolsa Família, lançado em 2003 pelo governo federal para superar a fome, a miséria e a vulnerabilidade social (BRASIL, 2004; MARTINS *et al.*, 2013). Trata-se de um programa de transferência condicionada de renda que atendia famílias em situação de pobreza e pobreza extrema (BRASIL, 2006) e tinha como objetivo principal combater a escassez monetária, bem como minimizar a fome e, como consequência, promover a segurança alimentar e nutricional (BURLANDY, 2007).

É importante destacar que, segundo a lei 11.346/2006 (Lei de Segurança Alimentar e Nutricional), segurança alimentar “consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”. Em contrapartida, a insegurança alimentar pode variar desde a preocupação básica com a obtenção de comida até os agravos nutricionais propriamente ditos (HACKETT *et al.*, 2008).

Hoje sabemos que o Bolsa Família possibilitou que os beneficiados que não tinham alimentação básica suprida passassem a comprar mais alimentos considerados básicos, como feijão e arroz. Já para as famílias que tinham a alimentação básica suprida, o programa possibilitou a aquisição de alimentos mais caros, como frutas, verduras, legumes, alimentos industrializados e carne (IBASE, 2008). A influência de programas de transferência condicionada de renda na alimentação e nutrição de famílias no Brasil é, portanto, positiva (MARTINS *et al.*, 2013).

Ao melhorar quantitativamente o consumo alimentar, o Bolsa Família pôde promover melhorias também na alimentação e na saúde das crianças beneficiárias. Um estudo para avaliar o impacto do programa na qualidade de vida, com amostra aleatória de 3 mil famílias, verificou que a percepção dos beneficiários sobre o aumento na frequência de consumo de alimentos antes não disponíveis na unidade familiar aumentou à medida que aumentava a faixa do benefício – e que 94,2% das crianças estudadas faziam três ou mais refeições ao dia (BRASIL, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se valoriza, como acontece hoje, o desenvolvimento integral das crianças (MACEDO, 2019), é importante assumir uma visão em que diferentes instituições – família, escola, saúde, políticas públicas, sociedade – complementam suas formas de cuidar. Neste capítulo, nosso objetivo foi destacar alguns aspectos em que família, escola e saúde podem contribuir para favorecer o desenvolvimento e o bem-estar de todas as crianças, seja agora, seja quando forem adultas.

Referências

BATISTA, M. S. A.; MONDINI, L. M.; JAIME, P. C. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, jul./set. 2017, v. 26, n. 3, p. 569-578. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jRZhMdZgDsnPVQpbwCVsj8L/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative control on child behavior. **Child Development**, 1966, v. 37, n. 4, p. 887-907. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1126611>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília, 2018. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_-versaofinal_site.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Portal FNDE**, s/d. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/programas/pnae>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, 18 nov. 2011. Seção 1, n. 221, p. 89. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 2009, n. 24. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd24.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Manual sobre o questionário do Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_com_questionario_pse.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. VAISTMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (orgs.). **Avaliação de políticas e programas do MDS – resultados**. Volume I – Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS, 2007. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/276.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 06 dez. 2007. Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Emenda Constitucional nº 64 de 22 de dezembro de 2010. Prorroga, por tempo indeterminado, o prazo de vigência do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2010, n. 245, p. 5. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/540670>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, dez. 2007, v.12, n.6, p.1441-1451. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600007>. Acesso em: 18 fev. 2022.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, mar. 2014, v. 19, n. 3, p. 829-840. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve relato histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, mar. 2010, v. 15, n. 2, p. 397-402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FISBERG, M.; MAXIMINO, P. Guia descomplicado da alimentação infantil. São Paulo, 2012. ISBN 978-85-5579-072-0

FUNDO DE SOLIDARIEDADE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CULTURAL DE SÃO PAULO (FUSSESP). **Visão do futuro**: Manual da comunidade escolar – Saúde ocular. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.educacao.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/796.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

HACKETT, M. *et al.* Gender of respondent does not affect the psychometric properties of the Brazilian Household Food Security Scale. **International Journal of Epidemiology**, ago. 2008, v. 37, n. 4, p.766-774. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18499721/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (IBASE). **Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas**. Documento síntese. Rio de Janeiro: Ibase, 2008.

LEÃO, M. A. B. G.; SOUZA, Z. R.; CASTRO, M.A.C.D. Desenvolvimento humano e teoria bioecológica: ensaio sobre “O contador de histórias”. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, maio/ago 2015, v. 19, n. 2, p. 341-348. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0192846>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MACEDO, L. Direito das crianças pequenas ao seu desenvolvimento integral. In: HENRIQUES, I. (org.) **Primeira Infância no sistema de garantia dos direitos das crianças e adolescentes**: uma experiência a ser replicada. São Paulo: Instituto Alana, 2019, p. 123-134.

MACEDO, L. Questões do ciclo de vida. **Blog Saúde Infantil**, Instituto Pensi, 04 ago. 2016. Disponível em: <https://institutopensi.org.br/blog-saude-infantil/questoes-do-ciclo-da-vida/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MACEDO, L. Reflexões sobre os princípios da educação inclusiva. In: MENDES, R. H. (org.) **Educação inclusiva na prática**. São Paulo: Fundação Santilhana e Moderna, 2020, p. 15-20.

MACEDO, L.; BRESSAN, R. A. **Desafios da aprendizagem**: como as neurociências podem ajudar pais e professores. Campinas: Papyrus 7 Mares, 2016. (Papyrus Debates)

MACEDO, L.; FINI, M. I. Uma análise do conceito de competências na BNCC. **Revista Pátio Ensino Médio, Profissional e Tecnológico**, 2018, n. 37, p. 14-18, 2018.

MAITRET, O. Você tem um estilo parental autoritário ou autoritativo? **Kinedu**, 01 set. 2020. Disponível em: <https://blog-pt.kinedu.com/pais-autoritativos/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MARTINS, A.P.B. *et al.* Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, 2013, v.47, n. 6, p. 1159-1171. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004557>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MOVIMENTO PELA BASE NACIONAL COMUM; CENTER FOR CURRICULUM REDESIGN. **Dimensões e Desenvolvimento das Competências Gerais da BNCC**. s/d. Disponível em: http://movimentopelabase.org.br/wp-content/uploads/2018/03/BNCC_Competencias_Progressao.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

PEREZ, T. (org.) **Diálogo escola-família**: parceria para a aprendizagem e o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens. São Paulo: Moderna, 2019.

REPPOLD, C. T. *et al.* Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. (org.) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

SANTROCK, J. W. Families. In: SANTROCK, J. W. **Child Development**. Nova York: McGraw-Hill Education, 2014. p. 390-422.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE ESCOLAR (ABRASE). **Diretrizes Básicas em Saúde Escolar**. São Paulo, 2020.

TEMPORINI, E. R. Percepção de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde escolar. **Revista de Saúde Pública**, 1988, v. 22, n. 5, p. 411-421. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000500006>. Acesso em: 18 fev. 2022.

7

Saúde infantil em situações de vulnerabilidade: Os transtornos do neurodesenvolvimento

POR ANA LUIZA NAVAS



Introdução

O Brasil vem avançando na construção de uma proposta de proteção integral à criança e ao adolescente desde 1990, quando foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Especialmente nos últimos anos, tem havido uma preocupação com a qualidade do desenvolvimento infantil. Justifica-se, assim, a missão da Fundação José Luiz Egydio Setúbal (FJLES): atuar em iniciativas sociais dedicadas à melhoria da qualidade de vida na infância. Para tanto, a entidade busca fomentar a produção e a divulgação do conhecimento científico com foco na saúde infantil e incentivar que a assistência à saúde infantojuvenil seja a mais integral possível.

É evidente, portanto, o alinhamento entre a missão da FJLES e muitos dos objetivos e metas discutidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A publicação inicial dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2000, já incluía a preocupação com a redução da mortalidade infantil e com a garantia da educação básica universal. Esses objetivos foram ampliados e, em 2015, o documento-base Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (PNUD, 2016) passou a orientar os países signatários a inovar e ampliar suas atuações para os agora 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que assumiram uma perspectiva inclusiva. Particularmente em relação ao tema deste capítulo, destacam-se os Objetivos 3, 4 e 16, bem como algumas de suas metas específicas, aqui apresentadas na versão adaptada ao Brasil.



ODS #03

Saúde e bem-estar

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Meta 3.8: Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.



ODS #04

Educação de qualidade

Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.

Meta 4.1: Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos completem o ensino fundamental e médio, equitativo e de qualidade, na idade adequada, assegurando a oferta gratuita na rede pública e que conduza a resultados de aprendizagem satisfatórios e relevantes e eficazes.

Meta 4.2: Até 2030, assegurar a todas as meninas e meninos o desenvolvimento integral na primeira infância, acesso a cuidados e à educação infantil de qualidade, de modo que estejam preparados para o ensino fundamental.

Meta 4.7: Até 2030, garantir que todos os alunos adquiram conhecimentos e habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, inclusive, entre outros, por meio da educação para desenvolvimento sustentável e estilos de vida

sustentáveis, direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não violência, cidadania global e valorização da diversidade cultural e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável.



ODS #16

Paz, justiça e instituições eficazes

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

Meta 16.2: Proteger todas as crianças e adolescentes do abuso, exploração, tráfico, tortura e todas as outras formas de violência.

Quanto melhor for o entendimento das condições para a promoção do desenvolvimento infantil, maior será o impacto na vida escolar, social, emocional e, inclusive, profissional. Evidências científicas têm mostrado que situações podem servir de estímulo favorável ou desfavorável para o desenvolvimento das crianças. Portanto, é possível pensar na promoção de situações que proporcionem estímulos favoráveis e na diminuição de estímulos desfavoráveis (MCDONALD *et al.*, 2016). Além da constituição biológica da criança, que tem forte componente hereditário, outros aspectos relacionados ao meio socioeconômico, como nível de escolaridade dos pais, ambiente familiar, rede de apoio e acesso à saúde, exercem papel importante em seu desenvolvimento. Pesqui-

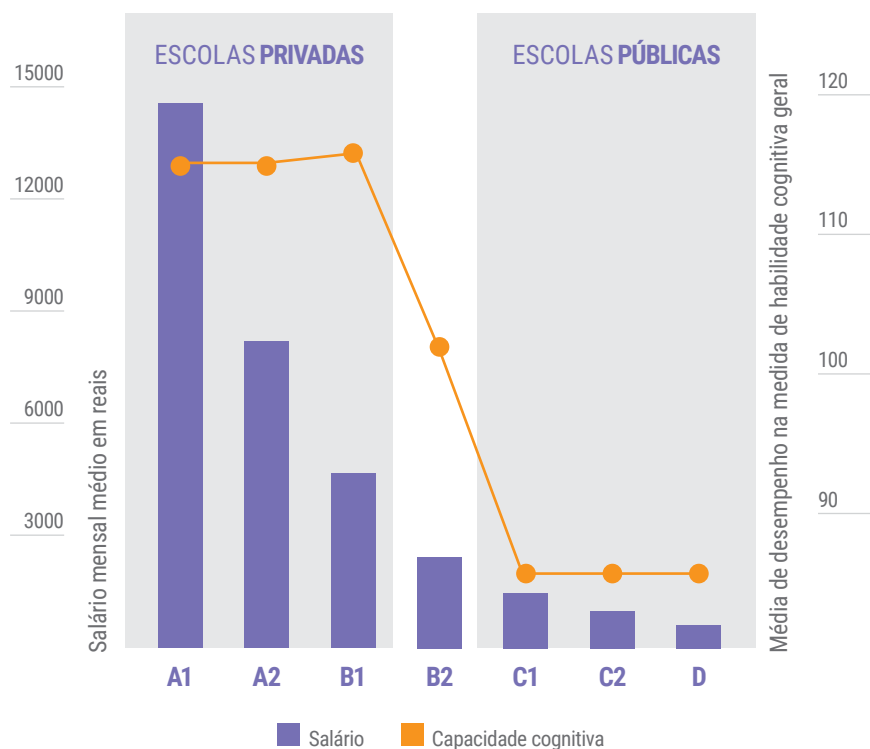
sas científicas também indicam claramente que há uma interação entre a formação da arquitetura neurofuncional do cérebro e os fatores ambientais. As primeiras experiências das crianças podem ser um estímulo para melhorar as habilidades cognitivas e de linguagem. Ou seja, um ambiente pouco estimulador pode limitar o desempenho dessas habilidades, assim como um ambiente mais estimulante pode maximizá-las.

Pesquisadores brasileiros e de Luxemburgo investigaram, no Brasil, o tamanho do impacto do nível socioeconômico familiar e do ambiente escolar no desenvolvimento infantil, especificamente em relação à linguagem e às funções executivas de crianças inseridas em realidades diversas. O estudo contou com a participação de 355 crianças do 1º e do 2º ano do ensino fundamental, matriculadas em escolas públicas e privadas de São Paulo e Salvador. O nível socioeconômico foi estimado a partir de uma combinação de: nível educacional do responsável, ocupação do responsável e renda familiar (ABREU *et al.*, 2015).

Nos resultados, ficou claro que ambientes pouco estimulantes durante a primeira infância afetam o desenvolvimento da linguagem e das funções executivas e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil. Além disso, a qualidade limitada da educação no Brasil está diretamente relacionada às falhas de desempenho de crianças de classes socioeconômicas baixas, conforme mostra o Gráfico 1. Note-se que as crianças cujas famílias tinham renda mais alta e que estudavam em escola privada (A1, A2 e B1) tiveram desempenho melhor em capacidade cognitiva.

GRÁFICO 1

CAPACIDADE COGNITIVA GERAL DE CRIANÇAS DE DIFERENTES CLASSES SOCIOECONÔMICAS, DE ACORDO COM O CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO CCEB (ABEP, 2010).



As barras representam os rendimentos familiares médios para cada categoria no Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2010). Crianças das categorias A1, A2 e B1 frequentavam escolas privadas, e as crianças das categorias C1, C2 e D frequentavam escolas públicas. Crianças da categoria B2 frequentavam tanto escolas públicas quanto privadas. A linha laranja representa o desempenho médio das crianças, na medida da capacidade cognitiva geral. Os resultados da capacidade cognitiva mostram o seguinte padrão: (A1 = A2 = B1) > B2 > (C1 = C2 = D)

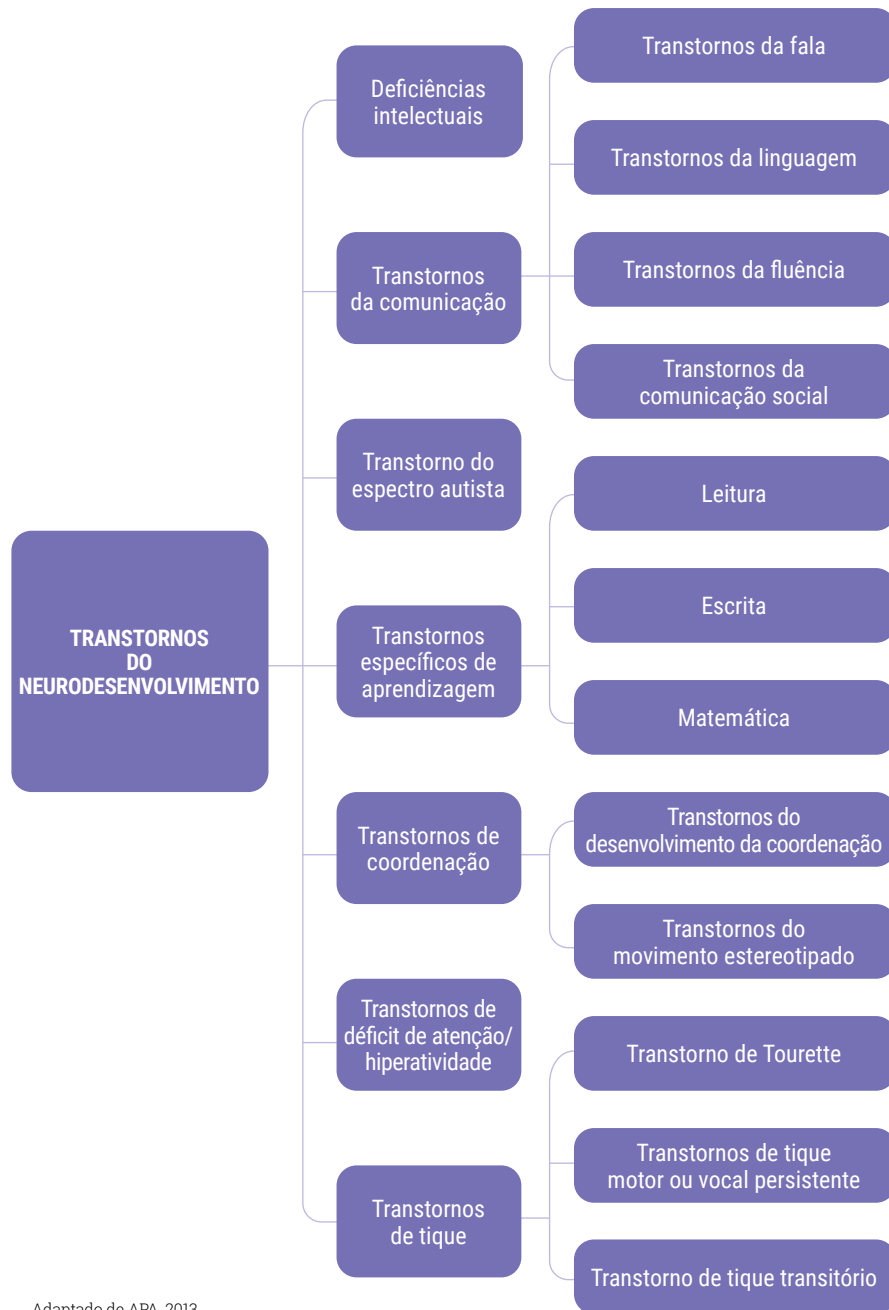
Adaptado de Abreu *et al.* (2015).

Nesse cenário, a família pode propiciar um ambiente socialmente adequado e motivante para destravar o enorme potencial que a escola tem de influenciar e remediar futuros déficits cognitivos ou socioemocionais. Observando as conclusões desse estudo, preocupam as condições adversas a que crianças nascidas em situação de vulnerabilidade estão expostas – e preocupa ainda mais como essa situação pode impactar o pleno desenvolvimento e a autonomia de crianças com alterações no neurodesenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2013) apresentou a classificação das alterações funcionais relacionadas ao neurodesenvolvimento, com alto grau de hereditariedade e diferentes níveis de dificuldades de comunicação e condições para a aprendizagem. Como se sabe, a interação entre componentes genéticos e desenvolvimento socioemocional, bem como entre fatores de risco e proteção, influencia o desenvolvimento das crianças. Esse grupo pode ser caracterizado no eixo dos transtornos do neurodesenvolvimento, por sua vez dividido em sete subgrupos específicos, conforme ilustra a Figura 1, adaptada a partir dos critérios publicados no DSM-5.

FIGURA 1
TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO



Dentre os transtornos do neurodesenvolvimento mais prevalentes, estão as deficiências intelectuais (DI), os transtornos da comunicação (TC), o transtorno do espectro autista (TEA), o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os transtornos específicos de aprendizagem (TEAp – dislexia, disortografia e discalculia).

Há altas taxas de comorbidade entre as alterações do desenvolvimento. Por exemplo, aproximadamente 40% das crianças com dislexia podem apresentar algum outro transtorno do neurodesenvolvimento, como TDAH (MOLL *et al.*, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 8% da população mundial tem algum transtorno do neurodesenvolvimento, isolado ou em comorbidade. Se considerarmos 48,5 milhões de alunos matriculados na educação básica no Brasil, a estimativa é de que cerca de 4 milhões apresentem transtorno do neurodesenvolvimento. Os dados do Censo Demográfico do IBGE são insuficientes para captar o número de crianças e jovens com transtornos do neurodesenvolvimento na educação básica, já que apenas as crianças com o diagnóstico de TEA e DI foram contabilizadas (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2020).

Com relação às deficiências intelectuais, destaca-se o quadro mais frequente de síndrome de Down, que ocorre em cerca de 1 a cada 700 nascidos vivos e pode vir acompanhada de uma deficiência intelectual leve ou moderada. Já o transtorno do espectro autista caracteriza-se por um grave déficit de comunicação e interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, como movimentos contínuos, interesses fixos e hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais (BRASIL, 2014). O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento persistente e que apresenta prejuízos nos mecanismos de

controle da atenção. Os primeiros sinais normalmente são identificados no ambiente escolar. Mais tarde, pode impactar a vida acadêmica e profissional (ALVES *et al.*, 2016). Na categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento, destacam-se, ainda, os específicos de aprendizagem (dislexia, disortografia e discalculia), caracterizados por dificuldades significativas e persistentes no processo de aprendizagem da leitura, da escrita ou das habilidades matemáticas sem outras causas aparentes (SANFILIPPO *et al.*, 2020).

Em termos de saúde geral, vários estudos têm demonstrado vulnerabilidades associadas aos transtornos do neurodesenvolvimento que requerem um acompanhamento cuidadoso. Uma pesquisa de 2020 demonstrou que crianças com diagnóstico de TEA ou TDAH utilizam de duas a três vezes mais o sistema de saúde não só após o diagnóstico, mas também nos primeiros anos de vida – antes, portanto, de o diagnóstico ser confirmado (ENGELHARD *et al.*, 2020). Há também muitas condições de saúde associadas à síndrome de Down, mais frequentemente as anomalias cardíacas, as pneumonias e a otite média secretora (em cerca de 50% dos casos) (BRASIL, 2013).

Os transtornos do neurodesenvolvimento são multifatoriais, mas em geral combinam riscos genéticos e de outros tipos, como a prematuridade – ela própria um risco para o desenvolvimento infantil (DING *et al.*, 2019). Bebês nascidos prematuros (até 32 semanas de gestação) ou prematuros extremos (até 28 semanas) apresentam chance maior de ter complicações de saúde no curto, médio ou longo prazo – entre elas, as mais frequentes são os transtornos do neurodesenvolvimento, embora somente se tornem aparentes quando a criança é mais velha.

A FJLES incluiu em sua linha de ação, em 2015, a pesquisa e a divulgação de conhecimento científico sobre o transtorno do espectro autista, ao incorporar o projeto Autismo e Realidade (<https://autismoerealidade.org.br/>) ao Instituto Pensi. A ampliação do foco para os demais transtornos do neurodesenvolvimento pode significar grandes avanços no desempenho de sua missão de garantir a saúde integral dessa parcela da população infantojuvenil, que requer um olhar especializado.

POLÍTICAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO

O desenvolvimento infantil integral depende da estimulação de habilidades cognitivas, linguísticas e socioemocionais, sobretudo na primeira infância, quando as conexões neurofuncionais são estabelecidas, os vínculos emocionais são fortalecidos e as habilidades cognitivas e de linguagem são desenvolvidas. E, para crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, a promoção precoce da saúde integral é ainda mais relevante.

Como já apontado, embora haja uma tendência estabelecida por herança genética, o meio ao qual a criança está exposta tem grande influência nos transtornos do neurodesenvolvimento. Sendo assim, a identificação precoce dessas condições é importante para estabelecer programas de estimulação para o desenvolvimento da linguagem e de funções cognitivas (habilitação e reabilitação) e para a promoção de ações de cuidado específico (nutricional, de saúde, psicoemocional, cognitivo e de comunicação). Não por acaso, a legislação de países como Inglaterra e Estados Unidos destaca a importância de identificar precocemente os transtornos do neurodesenvolvimento, a fim de intervir o mais

rapidamente possível (Reino Unido, 2001; Estados Unidos da América, 2004).

Dentre as ações de estimulação preventiva está a leitura emergente, ou literacia familiar, que traz inúmeros benefícios para o desenvolvimento da linguagem em todas as crianças e, sobretudo, nas que têm transtorno do neurodesenvolvimento (CAGLAR-RYENG, *et al.*, 2020). Programas de intervenção parental – como a distribuição gratuita de livros infantis e o incentivo à leitura em voz alta – podem apoiar e empoderar os pais ou cuidadores diretos da criança na incorporação de práticas positivas (CANFIELD *et al.*, 2020).

O desenvolvimento da linguagem tem sido identificado como um dos principais fatores de proteção para os transtornos do neurodesenvolvimento em geral. É o que mostra, por exemplo, um estudo realizado em uma comunidade remota no Chile, onde a estimulação da leitura e da linguagem oral teve um efeito positivo (MESA *et al.*, 2020): aumentou o potencial de aprendizagem de crianças em situação de vulnerabilidade social. A promoção da leitura no ambiente familiar deve ser um componente essencial dos serviços de pediatria, segundo o conselho da Academia Americana de Pediatria dedicado à primeira infância (HIGH *et al.*, 2014).

Em relação às políticas públicas, desde a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) o Brasil tem avançado muito na perspectiva da educação inclusiva, estabelecendo diretrizes e critérios para acompanhar crianças com necessidades especiais tanto no ensino regular como no atendimento educacional especializado. Cerca de 40% das crianças e dos adolescentes com deficiência estavam excluídos do sistema educacional até 2010; a partir de en-

tão, as políticas educacionais passaram a buscar acolher esses estudantes e a promover ações de inclusão para que os alunos com transtornos do neurodesenvolvimento tivessem oportunidade de alcançar seu pleno potencial de aprendizagem. O sistema, embora longe de ser ideal, obteve avanços expressivos no cuidado integral, que envolve não somente a saúde física, mas também o desenvolvimento biopsicossocial.

Há evidências científicas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, que indicam a importância tanto da identificação precoce dos transtornos do neurodesenvolvimento quanto da estimulação precoce. Além disso, quando o professor oferece recursos pedagógicos e adaptações adequados, favorece o acesso ao conteúdo escolar. Com certeza, essas ações de identificação e estimulação impactam positivamente o desenvolvimento das crianças e, consequentemente, ajudam a aprendizagem.

Em 2011, o decreto 7.612/2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, com o objetivo de promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, valorizando a educação, a inclusão social, a acessibilidade e a atenção à saúde. Na mesma direção de ampliar o conceito de inclusão, foi promulgada a lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, LBI), cujo artigo 10 (título II, capítulo I) dispõe sobre a necessidade de atendimento diferenciado a esses indivíduos e atribui ao poder público a responsabilidade de garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo da vida. A mesma lei, em seu artigo 2º, define assim a pessoa com deficiência:

... aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação

com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação.

Com a LBI, portanto, o conceito de deficiência deixa de considerar uma população específica: passa-se ao entendimento de que há situações permanentes ou temporárias que podem dificultar ou impedir a aprendizagem. Dessa forma, crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento – incluindo deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, transtornos específicos de aprendizagem e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – seriam contemplados pela LBI. Por razões já discutidas aqui, essas crianças apresentam alterações funcionais que prejudicam a aprendizagem e, por isso, necessitam de apoio educacional específico no ensino regular. Nesse sentido, o papel da inclusão seria diminuir as barreiras à aprendizagem, fazendo as adaptações necessárias para atender a todos os estudantes, independentemente da dificuldade apresentada, na perspectiva do Desenho Universal da Aprendizagem (MOUSINHO *et al.*, 2017).

Em setembro de 2020, o decreto 10.502 instituiu a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (BRASIL, 2020), que amplia a escolha das famílias ao sugerir o retorno de escolas especiais ou salas especiais nas escolas de ensino regular. Embora o decreto tenha sido julgado inconstitucional pelo STF em dezembro de 2020, a medida reacende o debate sobre os diferentes modelos de inclusão na educação, ao propor um modelo híbrido, em que as famílias poderiam escolher o que considerassem a melhor opção para sua criança: a inclusão em escolas regulares (garantindo o convívio social) ou em escolas especiais, como as especializadas no ensino de surdos usuários da língua brasileira de sinais (Libras).

Ao menos dois pontos levantam preocupação nesse novo cenário. Um é se de fato as famílias teriam liberdade de escolha e acesso às melhores condições para o desenvolvimento integral de seus filhos. Outro é o fato de que as famílias não têm informações qualificadas nem apoio de uma rede de cuidado multidisciplinar para auxiliá-las em suas decisões. Nesse contexto, programas que acompanhem o desenvolvimento de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, com participação das famílias, passam a ser ainda mais essenciais.

Acompanhar o desenvolvimento e a aprendizagem desde a primeira infância, com propostas de estimulação no ambiente familiar e escolar, tem sido uma política pública adotada em vários países, com impacto amplamente favorável (KIM *et al.*, 2020). No Brasil ainda não há políticas públicas nacionais efetivamente implementadas para identificar e intervir precocemente nos transtornos do neurodesenvolvimento, tampouco para incluir na escola as crianças com esse diagnóstico. Em geral, o diagnóstico,

quando feito, é tardio, com grandes consequências educacionais e socioemocionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do cuidado integral de crianças e adolescentes, especialmente daqueles com transtornos do neurodesenvolvimento, é essencial melhorar a qualidade da formação inicial e continuada de profissionais da saúde, para atuarem nos serviços públicos e privados com base em conhecimento científico. É essencial também que tais profissionais saibam reconhecer sinais precoces dos transtornos do neurodesenvolvimento, a fim de encaminhar os pacientes para uma avaliação multidisciplinar cuidadosa e abrangente. A identificação precoce dos sinais pode possibilitar que as famílias, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade social, sejam orientadas a promover ambientes estimuladores.

Há no Brasil muitos grupos independentes que desenvolvem estudos científicos sobre crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, a fim de determinar as melhores práticas – sejam de avaliação diagnóstica, sejam de intervenção clínica e educacional. No entanto, é necessário estabelecer centros de referência com equipes multidisciplinares, formadas na área, para implementar práticas baseadas em evidências, minimizando o impacto dos transtornos do neurodesenvolvimento na saúde e na educação de crianças e jovens.

A elaboração de políticas públicas deveria considerar ações de inclusão e adaptação educacional, com professores e gestores comprometidos com o desenvolvimento infantil e atentos aos fatores de risco e de proteção. Quando educado-

res têm bons conhecimentos sobre o desenvolvimento da linguagem e das funções cognitivas, bem como sobre os fatores socioemocionais nos transtornos do neurodesenvolvimento, podem oferecer apoio pedagógico mais adequado às crianças. O atendimento especializado, a consequente orientação familiar e o apoio escolar são os melhores preditores do sucesso acadêmico e pessoal de indivíduos com transtornos do neurodesenvolvimento.

Sendo assim, o investimento em programas voltados a crianças e jovens com transtornos do neurodesenvolvimento é plenamente justificado: tais iniciativas podem significar uma janela de oportunidade para que esse grupo alcance seu potencial de aprendizagem. A fim de consolidar ainda mais a missão da FJLES em relação aos ODS, o apoio a crianças e jovens com necessidades especiais pode ser estabelecido por meio de parcerias com outras organizações nacionais e internacionais dedicadas à disseminação de conhecimento científico e ao cuidado e apoio integrais a essa população.

Por fim, destaco um relatório publicado pelo Banco Interamericano Desenvolvimento (BID) intitulado O Alto Custo da COVID-19 para Crianças (BOO *et al.*, 2020). O documento aborda as consequências da interrupção dos serviços de saúde e educação para crianças em razão da pandemia. Essa situação certamente agravará as desigualdades já existentes; portanto, faz-se urgente implementar programas de apoio às crianças, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade – como é o caso das que têm transtornos do desenvolvimento. A orientação para que as famílias continuassem ou intensificassem a prática de leitura para crianças poderia ter reduzido em até 30% o impacto do distanciamento social imposto pela situação de pandemia.

Referências

ABREU, P. M. J. E. *et al.* **A Pobreza e a Mente**: perspectiva da ciência cognitiva. Walferdange, Luxemburgo: The University of Luxembourg, 2015.

ALVES, D. C.; CASELLA, E.B.; FERRARO, A. A. (2016). Desempenho ortográfico de escolares com dislexia do desenvolvimento e com dislexia do desenvolvimento associado ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **CoDAS**, v. 28, n. 2, p. 123-131, abr. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015068>. Acesso em: 22 fev. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. 2010. Disponível em: <https://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=05>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BOO, F. L.; HINCAPIÉ, D.; RUBIO-CODINA, M. O alto custo da COVID-19 para crianças. Tradução de André Ribeiro e Melissa Harkin. Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 5 maio 2020. Disponível em <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/altocusto-covid-19-criancas/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação. **PNEE: Política Nacional de Educação Especial**: equitativa, inclusiva e com aprendizado ao longo da vida. Brasília: MEC/SEMESP, 2020. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 60 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 2015. Seção 1, n. 127, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 22 fev. 2022.

CAGLAR-RYENG, Ø.; EKLUND, K.; NERGÅRD-NILSSEN, T. The effects of book exposure and reading interest on oral language skills of children with and without a familial risk of dyslexia. **Dyslexia**, v. 26, n. 4, p. 394-410, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/dys.1657>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CANFIELD, C. F. *et al.* Encouraging parent–child book sharing: potential additive benefits of literacy promotion in health care and the community. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 50, n. 1, p. 221-229, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.11.002>. Acesso em: 22 fev. 2022.

DING, S. *et al.* A meta-analysis of neurodevelopmental outcomes at 4-10 years in children born at 22–25 weeks gestation. **Acta Pædiatrica**, n. 108, p; 1237-1244, 10 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.14693>. Acesso em: 22 fev. 2022.

DOERNBERG, E.; HOLLANDER, E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. **CNS Spectrums**, v. 21, n. 4, p. 295-299, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27364515/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT ACTION NETWORK (ECDAN). **A Joint Statement on Early Childhood Development and COVID-19**: a call for coordinated action to protect and support all young children and their caregivers. 11 mar. 2020. Disponível em: https://mcusercontent.com/8103bc6125ed66e0964ae244d/files/1919e510-55e7-4500-9473-188278e1a31d/CallToAction_04_10_2020_Noon.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

ENGELHARD, M. M. *et al.* Health system utilization before age 1 among children later diagnosed with autism or ADHD. **Scientific Reports**, v. 1, p. 17677, 19 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74458-2>. Acesso em: 22 fev. 2022.

EUA. Department of Education Office of Special Education Programs. **IDEA regulations**: Identification of specific learning disabilities. 2006. Disponível em: <http://idea.ed.gov>. Acesso em: 22 fev. 2022.

EUA. Department of Education. **No Child Left Behind**. Elementary and Secondary Education Act (ESEA). 2002. Disponível em: <https://www2.ed.gov/nclb/landing.jhtml>. Acesso em: 22 fev. 2022.

HAFT S. L.; MYERS, C. A.; HOEFT, F. Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 10, p. 133-41, 2016. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352154616301218>. Acesso em: 22 fev. 2022.

HIGH, P. C. *et al.* Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. **Pediatrics**, v. 134, n. 2, p. 404-409, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1384>. Acesso em: 22 fev. 2022.

KIM, Y. S. G.; LEE, H.; ZUILKOWSKI, S. S. Impact of Literacy Interventions on Reading Skills in Low and Middle - Income Countries: A Meta-Analysis. **Child Development**, v. 91, p. 638-660, 18 jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdev.13204>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MCDONALD, S. *et al.* Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. **Research in Developmental Disabilities**, v. 58, p. 20-30, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.08.010>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MESA, C. *et al.* The effects of reading and language intervention on literacy skills in children in a remote community: An exploratory randomized controlled trial. **International Journal of Educational Research**, v. 100, p. 101535, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101535>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MOLL, K. *et al.* Understanding comorbidity of learning disorders. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 286-294, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12965>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MOUSINHO, R.; NAVAS, A. L. G. P. Mudanças apontadas no DSM-5 em relação aos transtornos específicos de aprendizagem em leitura e escrita. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 6, n. 3, p. 38-45, maio/jun. 2016. Disponível em: http://abpbrasil.websiteseuro.com/rdp16/03/RDP_3_2016.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

MOUSINHO, R.; SANTOS, M. T. M.; NAVAS, A. L. G. P. Desenho Universal para a Aprendizagem: Desenvolvendo as habilidades de leitura e escrita para que todos aprendam. In: PEDRO, W. (org.). **Guia Prático de Neuroeducação**. Rio de Janeiro: WAK, 2017, p. 99-124.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais. **World Conference on Special Needs Education: Access and Quality**, Salamanca, 1994. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139394>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: Nações Unidas; 2016. Disponível em: <https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANFILIPPO J. *et al.* Reintroducing Dyslexia: early identification and implications for pediatric practice. **Pediatrics**, v. 146, n.1, e20193046, 01 jul. 2020. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/146/1/e20193046.abstract>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Anuário Brasileiro da Educação Básica**. Ed. Moderna, 2020. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/securepdfs/2020/10/Anuario-Brasileiro-Educacao-Basica-2020-web-outubro.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

8



Racismo estrutural e saúde da criança negra

POR MARCOS KISIL
E HILTON P. SILVA



Introdução

O Brasil desponta, há décadas, como uma das mais desiguais nações do mundo. Nossa iniquidade é de tal forma alta e persistente que inspirou, entre cientistas sociais estrangeiros, a criação do termo “brazilianization” para designar um processo marcado pelo alargamento do fosso entre ricos e pobres. Os desníveis afetam diretamente o avanço do país e são o grande desafio brasileiro para avançar nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

As diferenças de renda e acesso a direitos se manifestam de várias formas, mas destacam-se as étnico-raciais. A Fundação José Luiz Egydio Setúbal (FJLES), ao tomar os ODS como guia para sua missão de contribuir para a saúde infantil, avalia que ações de combate aos diversos tipos de racismo são cruciais para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Já se sabe que o racismo determina desigualdades no nascimento, na vida e na morte de ao menos metade da população brasileira. Desumaniza e reduz os cuidados com a saúde dos negros. Como resultado, essa população tem índices piores de expectativa de vida, de mortalidade materna e neonatal, de baixo peso ao nascer, de gravidez na adolescência, de violências físicas, sexuais e psicológicas, de morte de jovens por violência e de conflito com a lei. Além disso, o racismo, ao acrescentar obstáculos de vários tipos ao longo da trajetória educacional, contribui para diminuir a presença de profissionais negros no setor de saúde.

Neste capítulo, será revisto o entendimento sobre o racismo, seu impacto sobre a saúde de crianças e adolescentes negros, seus problemas e dimensões. Abordare-

mos também as políticas públicas existentes em prol dessa população, suas dificuldades de implantação e como a FJLES se propõe a contribuir para sanar essa ferida da sociedade brasileira.

PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E RACISMO

Os termos “preconceito”, “discriminação” e “racismo”, embora por vezes usados de modo intercambiável, são conceitualmente diferentes. Preconceito, ao pé da letra, é um conceito formado sem conhecimento prévio. Um preconceito formado sem conhecimento prévio. Um preconceito formado sem conhecimento prévio. Um preconceito formado sem conhecimento prévio. São comuns os preconceitos dirigidos a orientação sexual (contra homossexuais, por exemplo), gênero (julgar uma mulher como inferior a um homem), condição física (julgar uma pessoa com deficiência ou de baixa estatura, por exemplo, como incapaz), cor/raça (contra pretos e pardos) e religião, entre outros fatores.

O preconceito pode se concretizar, conscientemente ou não, em ações, omissões e segregações, produzindo discriminação. Esta é assim definida pelo artigo 1º da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ONU, 1965):

Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, o gozo ou o exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

Já o racismo é um preconceito gerador de discriminações sistemáticas, motivado pela cor da pele ou pela origem étnica. Como ideologia, nasceu no século XVIII, sob o

fundamento de que não só existiriam várias raças humanas, como de que haveria uma raça superior. Estudos posteriores demonstraram que, do ponto de vista biológico, não se pode falar em “raça” entre os seres humanos: muitas vezes, há mais diferenças genéticas entre indivíduos de aparência (fenótipo) semelhante do que entre os de aparência diferente. Os termos “raça” e “racismo”, porém, continuam sendo usados em vários campos para agrupar indivíduos ou comunidades que compartilham fenótipos (como textura do cabelo, cor da pele e formato do rosto). E continuam úteis para lutar contra discriminações que se manifestam em diversos níveis.

- **Discriminação direta:** é aquela tipificada como crime no Brasil (lei 7.716/89) e que também se aplica a preconceito de religião ou nacionalidade: dificultar, impedir o acesso ou negar atendimento em escolas, restaurantes e bares, lojas, serviços, clubes, elevadores sociais; praticar ou incitar discriminação.
- **Racismo institucional:** mais sutil, é aquele que faz com que instituições, quase sempre por meio de tradições ou práticas não formalizadas, tratem algumas pessoas de maneira pior em razão da cor da pele. Em geral envolve negligências e estereótipos. Está presente, por exemplo, nas abordagens mais constantes e violentas de negros pela polícia ou por seguranças privados.
- **Racismo estrutural:** é o racismo tão fortemente enraizado que se constitui como componente orgânico de uma sociedade, parte indissociável de sua estrutura. Efeitos de injustiças produzidas por diversas escolhas ao longo da história, de forma constante e consistente, são tratados com naturalidade: a quase ausência de negros em cargos de direção de empresas, nos cursos concorridos das

universidades de ponta, em restaurantes chiques ou lojas caras; a má qualidade de serviços públicos oferecidos nos bairros onde esse grupo é preponderante. Não se trata, portanto, de prática individual, mas de políticas públicas e práticas institucionais que, por ação ou omissão, reforçam e prolongam privilégios para pessoas brancas e desvantagens para pessoas negras. Porém, como ressalva Silvio de Almeida (2018), o fato de o racismo ser estrutural

não retira a responsabilidade individual sobre a prática de condutas racistas e não é um alibi para racistas. Pelo contrário: entender que o racismo é estrutural, e não um ato isolado de um indivíduo ou de um grupo, nos torna ainda mais responsáveis pelo combate ao racismo e aos racistas. (ALMEIDA, 2018)

As diferentes formas de discriminação racial são nocivas à saúde física, mental e social de crianças e adolescentes negros. Prejudicam seu desenvolvimento e afetam negativamente sua vida escolar e social – na infância, sim, mas também nas outras etapas da vida.

EFEITOS DAS DESIGUALDADES RACIAIS EM CRIANÇAS NEGRAS

Nas últimas décadas, diversas pesquisas radiografaram as disparidades raciais no Brasil em várias dimensões da vida – como educação, emprego e moradia (PAULA e HERINGER, 2009). Também na saúde tem sido mostrado que pretos, pardos e indígenas ficam doentes com mais frequência, morrem mais de causas evitáveis (desde as doenças infectoparasitárias até aquelas relacionadas à violência) e têm menos acesso a serviços (BRASIL, 2005). As doenças que atingem os diferentes grupos são geralmente as mesmas, mas o efeito tende a ser pior na

população negra, em razão de “seu perfil mais crítico de saúde, devido a diferentes contextos históricos, recorrendo esta pautada na discriminação, no racismo e na negação de direitos” (BATISTA, 2012).

Crianças negras, quando comparadas com crianças brancas, apresentam:

- Frequência maior de baixo peso ao nascer, o que pode indicar não só problemas nutricionais do próprio bebê, mas também maior prevalência de doenças maternas, como diabetes e hipertensão, não controladas durante a gravidez, possivelmente em razão de acesso limitado aos serviços de saúde ou de pior qualidade no atendimento a mulheres negras;
- Resultados inferiores no teste de Apgar, que avalia aspectos como batimentos cardíacos, esforço respiratório e força muscular ao nascer;
- Maior taxa de mortalidade neonatal e mortalidade de crianças até 1 ano. Uma criança negra tem 25% mais chances de morrer antes de completar 1 ano;
- Maior taxa de mortalidade até 5 anos, e aumento relativo nas idades mais avançadas;
- Maior mortalidade por causas evitáveis;
- Maior mortalidade por desnutrição. O risco é 90% maior para crianças pretas e pardas, em comparação com as brancas;
- Maior proporção de óbitos infantis provocados por doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias. O

risco de uma criança negra morrer antes dos 5 anos por causas infecciosas e parasitárias curáveis, como a tuberculose, é 60% maior do que o de uma criança branca. Os dados sinalizam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a vulnerabilidade social do doente negro, que geralmente come mal, mora mal e tem baixa escolaridade (BATISTA, 2005);

- Maior proporção de óbitos sem assistência médica – o que reforça a diferença de condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde;
- Maior número de mães que tiveram poucas consultas de pré-natal;
- Maior proporção de nascimentos com mães com baixa ou nenhuma instrução.

RACISMO E SAÚDE MENTAL

Em seu Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, a Organização Mundial da Saúde usa o termo “saúde mental” para se referir a uma situação de bem-estar em que o indivíduo desenvolve suas habilidades, lida com os estresses cotidianos, trabalha produtivamente e sente-se apto a contribuir com a comunidade em que vive (OMS, 2013). Em crianças, o conceito implica ter autoimagem positiva, ser hábil em lidar com pensamentos e emoções, desenvolver-se adequadamente, forjar relações sociais, abrir-se para o aprendizado e ter percepção apurada da realidade.

Trata-se de um fator especialmente importante na primeira infância. Nas últimas três décadas, pesquisas

científicas em várias áreas confirmaram que os elementos fundamentais para a saúde e o bem-estar formam-se durante os primeiros anos, em especial nos primeiros mil dias. Um bebê nasce já com quase todos os neurônios. Aos 2 anos, dispõe de uma ampla rede de conexões neuronais, que mais tarde serão desenvolvidas ou atrofiadas, conforme a frequência de uso (OMS, 2018). Num ambiente ideal, o cérebro se desenvolve; num ambiente adverso, seu desenvolvimento fica prejudicado no curto e sobretudo no longo prazo. A desnutrição durante a gravidez, por exemplo, não só acarreta baixo peso ao nascer como eleva o risco de doenças crônicas na vida adulta. As adversidades da pobreza extrema podem reduzir a atenção de pais e cuidadores sobrecarregados, particularmente em ambientes de violência doméstica, uso de drogas e álcool e falta de acesso a alimentos. Gera-se assim um estresse tóxico que afeta o desenvolvimento biológico, psicológico e social na primeira infância, com impactos em outras fases, até a idade adulta. As crianças crescem pouco, ficam menos saudáveis, aprendem menos ou interrompem os estudos, tendem a ter mais dificuldades de manter relacionamentos de confiança e ganham menos na vida adulta. Esses custos individuais se acumulam em toda a sociedade, restringindo a criação de riqueza e corroendo as receitas nacionais.

O estresse tóxico ocorre, por exemplo, quando a criança, de modo constante e prolongado, sem o apoio de um cuidador, passa por situações atípicas, como abuso físico e emocional, exposição à violência doméstica, bullying e pobreza extrema. Situações como essas têm impacto grave na primeira infância. O sistema de resposta do corpo é ativado em excesso, produzindo mais adrenalina, noradrenalina e cortisol, o que prejudica a formação das sinapses cerebrais e enfraquece as já existentes na arquitetura

cerebral, afetando o desenvolvimento neurológico, com consequências para o restante da vida.

A discriminação racial e o racismo (e a negação de direitos deles resultante) podem ser vistos como situações de estresse tóxico e, portanto, como fontes de traumas e adoecimento psíquico que desde a infância afetam pessoas pretas e pardas. Nesse sentido, Thébaud-Mony (2000) encara a saúde mental não como manifestação individual, mas como processo influenciado pelas condições de vida, por agressões, pela escassez de momentos prazerosos e por histórias coletivas afetadas pelo racismo.

Tais problemas psicológicos podem ser agudos (deflagrados por um único evento) ou crônicos (forjados por exposição repetida a situações de estresse). Crianças expostas a esses traumas podem ter humor instável, ser impulsivas, irritadiças, raivosas, agressivas, ansiosas e deprimidas. Os primeiros traumas tendem a afetar a autoestima, a confiança em outras pessoas e a percepção de mundo, reduzindo expectativas em relação ao futuro. Vítimas de trauma podem achar que há algo intrinsecamente errado com elas: veem-se como culpadas, indignas de proteção e afeto.

Os maus-tratos e a baixa autoestima afetam o desempenho da criança na escola, com redução das habilidades cognitivas. Repercutem na adolescência, podendo gerar abandono escolar, abuso de substâncias químicas, início precoce em atividades sexuais (com exposição maior a doenças sexualmente transmissíveis), gravidez (e maternidade/paternidade) precoce, agressividade, transtornos alimentares, somatização e transtornos de conduta. Na fase adulta, o impacto pode se apresentar em forma de depressão, ansiedade e mais problemas de saúde, em razão da fraqueza do sistema imunológico (HARRIS *et al.*, 2004). Estudos no

Brasil e em outros países evidenciam que sofrer sistematicamente com o racismo torna pessoas negras mais sujeitas a ansiedade, depressão e problemas com drogas.

O trauma infantil pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Não só porque afeta muitos indivíduos, mas porque tem efeito negativo também na vida dos que os rodeiam e porque desencadeia outras dificuldades ao longo da vida. Por isso tem sido destacado que agir de modo preventivo nos primeiros anos dá mais resultados e custa menos do que agir posteriormente, de modo corretivo. O economista James Heckman, ganhador do prêmio Nobel, demonstrou que as intervenções precoces também aumentam as chances de êxito de intervenções posteriores, com impactos significativos em longo prazo para a saúde e o bem-estar, a escolaridade e a renda, as relações pessoais e a vida social (HECKMAN, 2017).

Um estudo na Jamaica, por exemplo, mostrou que crianças que receberam intervenção precoce alcançaram, quando adultas, renda de 25% a 44% maior que a de indivíduos do grupo de controle. Também apresentaram melhor saúde cardiovascular. Além disso, as habilidades promovidas por relações afetuosas seguras com pais e cuidadores geram empatia e autocontrole, que inibem a criminalidade e a violência (OMS e UNICEF, 2018).

CUIDADOS DE CRIAÇÃO

Nesse contexto, ganham importância os cuidados de criação – termo que ganhou ênfase num relatório publicado pela OMS em maio de 2018, em parceria com o Unicef (OMS e UNICEF, 2018). Intitulado Cuidados de Criação para o Desenvolvimento na Primeira Infância, o

documento chama de “cuidados de criação” aqueles que o cérebro do bebê em amamentação espera encontrar e dos quais depende para o desenvolvimento saudável ao longo da vida. São, portanto, o conjunto de condições que propiciam os cuidados ideais com as crianças pequenas. Dizem respeito a um

ambiente estável, criado por pais e cuidadores com apoio de políticas, serviços e comunidades, que assegura a boa saúde e nutrição das crianças, protege-as de ameaças e dá a elas oportunidades de aprendizagem por meio de interações e de apoio emocional. (OMS e UNICEF, 2018, p. 3)

Nos primeiros anos de vida, a ênfase na família é importante, pois pais e parentes próximos tendem a ser os melhores cuidadores. O relacionamento dos familiares com a criança começa antes mesmo de ela aprender a falar: é formado por abraços, olhares, sorrisos, sons e gestos, num processo que favorece o desenvolvimento cerebral. Por meio desse processo, a criança começa a conhecer o contexto em que vive e a desenvolver a linguagem.

Na ausência desse relacionamento saudável – ou na presença de contextos estressantes e disfuncionais –, o cérebro infantil desenvolve-se menos. O impacto negativo seria reduzido se os cuidados de criação fossem promovidos por leis, políticas, serviços e relações sociais que melhorassem o ambiente.

Tais cuidados, como proposto pela OMS e pelo Unicef, envolvem cinco aspectos inter-relacionados: saúde; nutrição; proteção e segurança; aprendizagem precoce; e cuidados responsivos. As crianças precisam usufruir de todos eles para se desenvolverem de maneira adequada, mas vamos nos deter em dois.

Aprendizagem precoce

A capacidade de aprender é inata do ser humano, algo que assegura sua adaptação a situações diversas. Ainda que inicialmente apenas como mecanismo biológico, está presente logo após a concepção – bem antes, portanto, de a criança entrar na escola, aos 3 ou 4 anos. Nos primeiros mil dias, “a aquisição de habilidades e competências é interpessoal, ou seja, ocorre no relacionamento com outras pessoas pela modelação e imitação”. Os cuidados responsivos são fundamentais para que essa “interação emocional mutuamente agradável entre o cuidador e a criança” se traduza em aprendizagem. (OMS e UNICEF, 2018)

Cuidados responsivos

O que significa boa interação de um cuidador com uma criança? É preciso que ele a ajude a participar da interação, mantendo-se atento ao que ela pode estar sentindo ou fazendo – e que responda de forma a ajudá-la a alcançar seus objetivos. Quando permanecem atentos às mudanças de expressão facial, aos gestos, aos movimentos corporais e aos sons da criança, e adaptam-se a elas, os cuidadores mostram a importância das ações do bebê, reforçando-as ou respondendo-lhes. Por estarem ligados a emoções e motivações, os cuidados responsivos podem ficar prejudicados em situações de adversidade, como guerras, deslocamentos migratórios, depressão do cuidador, violência doméstica, abuso de substâncias tóxicas e pobreza extrema. Outras vezes, as dificuldades podem vir das crianças: bebês prematuros, doentes ou malnutridos podem emitir sinais contraditórios ou fracos, prejudicando a capacidade de resposta dos cuidadores.

Os próprios cuidadores precisam de cuidados, especialmente em certas circunstâncias. A anemia materna por insuficiência de ferro, por exemplo, pode levar à depressão e à apatia, o que impede a mãe de oferecer cuidados responsivos. Como observa o relatório da OMS e do Unicef, a situação se agrava quando a criança também sofre de anemia, mantendo-se apática ou indiferente.

Os cuidados de criação requerem apoio de diversos tipos, vindos de pais, cuidadores e/ou serviços públicos. Dentre os apontados pela OMS e pelo Unicef, destacamos os seguintes:

- ✓ **Atenção pré-natal**
- ✓ **Atenção ao parto**
- ✓ **Prevenção e abandono do tabagismo e do uso de álcool e drogas**
- ✓ **Contato de atenção pós-natal**
- ✓ **Método mãe-canguru para bebês com baixo peso ao nascer**
- ✓ **Imunização materna**
- ✓ **Imunização infantil**
- ✓ **Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV**
- ✓ **Atenção essencial ao recém-nascido, com atenção extra a bebês pequenos e doentes**
- ✓ **Atenção às crianças com dificuldades e deficiências do desenvolvimento**

- ✓ Apoio à saúde mental dos pais
- ✓ Detecção precoce de doenças ou condições incapacitantes (p. ex., visão, audição)
- ✓ Busca tempestiva e apropriada de atenção para crianças doentes
- ✓ Atenção integrada às doenças prevalentes da infância
- ✓ Nutrição materna
- ✓ Início de amamentação exclusiva na primeira hora de vida
- ✓ Alimentação complementar e transição para a dieta saudável da família
- ✓ Micronutrientes de acordo com as necessidades
- ✓ Eliminação de parasitos
- ✓ Monitoramento do crescimento, e intervenção quando indicado
- ✓ Tratamento de todas as formas de desnutrição
- ✓ Proteção e segurança
- ✓ Água potável
- ✓ Saneamento
- ✓ Prevenção de maus-tratos e negligência
- ✓ Prevenção e redução da poluição em ambientes internos e externos
- ✓ Ambientes saudáveis, verdes, sem toxinas
- ✓ Prevenção de violência familiar e por parceiro íntimo
- ✓ Prevenção da aplicação de castigos físicos ou humilhantes a crianças
- ✓ Espaços de lazer seguros em áreas urbanas e rurais
- ✓ Orientação das crianças nas atividades cotidianas e nas relações com outras pessoas
- ✓ Rotinas diárias de alimentação e sono
- ✓ Participação do pai, da família ampliada e de outros parceiros
- ✓ Apoio social por famílias, grupos comunitários e comunidades religiosas
- ✓ Aprendizagem precoce
- ✓ Resposta à comunicação da criança por meio de sons, expressões faciais e gestos
- ✓ Estimulação da linguagem ao falar com a criança e cantar para ela
- ✓ Incentivo para explorar objetos com orientação dos cuidadores
- ✓ Brinquedotecas e bibliotecas móveis

- ✓ Grupos de brincadeiras de cuidadores com crianças, leituras e contação de histórias
- ✓ Creche e educação infantil de qualidade

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO NEGRA

Como visto no capítulo 3, as políticas públicas consistem num conjunto de normas, ações e decisões adotadas pelo poder público em nível nacional, estadual e/ou municipal para enfrentar determinados problemas. Sua elaboração envolve participação direta e indireta de atores públicos e privados, com posterior monitoramento e avaliação. São fundamentais para correção de injustiças sociais, desigualdades e discriminações, mas para isso precisam ter alguns elementos básicos, como defende Werneck (2010):

- **Foco:** definição do problema que se quer resolver ou da população que se pretende beneficiar. A partir dele é que se elaboram programas e se traçam metas – em políticas universais ou específicas (focalizadas). Políticas de combate ao racismo devem ser desenhadas para benefício das populações discriminadas, de maneira a reduzir ou eliminar desigualdades. Por outro lado, devem enfrentar também as causas das desigualdades – racismo, preconceitos, discriminações presentes nas instituições. Devem levar em conta as formas como o racismo age nos indivíduos, nas instituições e de maneira estrutural em toda a sociedade, influenciando ou alterando os modos de vida da população negra.
- **Inter (e intra) setorialidade:** refere-se ao envolvimento e à articulação de diferentes setores, ou de um mesmo setor. Políticas públicas contra o racismo devem resul-

tar em ações transversais, ou seja, devem atuar simultaneamente sobre diversos aspectos do racismo e das vulnerabilidades que atingem os negros. A presença do racismo institucional obriga a criação de mecanismos consistentes e qualificados – em ministérios, secretarias, coordenadorias ou outros órgãos –, com capacidade de liderar e articular diferentes setores e monitorar a execução do compromisso institucional de enfrentar o racismo.

- **Interseccionalidade:** é ferramenta essencial para analisar diferentes condições de vida e para tornar visíveis as necessidades e potencialidades dos grupos e populações. Políticas de enfrentamento ao racismo devem reconhecer as diferenças de oportunidades entre brancos e negros, bem como as diferentes necessidades, valorizando capacidades e potencialidades, para que possam produzir soluções adequadas e específicas.
- **Curto, médio e longo prazos:** as ações precisam ser planejadas, com prazos estabelecidos, para abordarem tanto necessidades emergenciais quanto sua própria sustentabilidade. Isso implica que, com grande frequência, as políticas sociais devem estabelecer compromissos e ações que durem mais do que um mandato.
- **Orçamento:** a implantação de toda política pública requer recursos públicos – o que não significa dinheiro novo, advindo de mais impostos. No caso das políticas para enfrentamento ao racismo, a disponibilização de recursos financeiros e materiais e o engajamento de profissionais qualificados devem ser prioridade. Isso pode ser feito por meio do uso justo e adequado da verba existente. Ou seja, por meio da redistribuição de prioridades, do combate aos desperdícios e aos desvios de finalidade.

Esses parâmetros valem tanto para as políticas universais quanto para as focalizadas. As primeiras buscam atender aos direitos fundamentais prescritos pela Constituição, como saúde e educação. Apesar de serem chamadas de “universais”, nem sempre chegam a todos os grupos que a elas têm direito.

Já as políticas focalizadas são dirigidas a um determinado segmento social, de acordo com a necessidade expressa e reconhecida. Um exemplo, no Brasil, é a assistência social. No combate ao racismo, tem se tornado progressivamente mais comum um tipo específico de política focalizada: a ação afirmativa, também chamada de discriminação positiva. Ela propõe que se utilizem critérios e mecanismos diferentes para pessoas e grupos desiguais. Busca produzir equidade. É uma forma de corrigir as desigualdades e fazer com que os direitos universais possam alcançar a todos (WERNECK, 2010).

Políticas públicas de combate ao racismo

As políticas para garantir a inclusão da população negra foram, durante muito tempo, poucas e esparsas, embora constem de alguns textos constitucionais. A Constituição de 1946, por exemplo, vedava o preconceito de raça e classe. A lei 1.390/51, promulgada por Getúlio Vargas e conhecida como Lei Afonso Arinos, seu proponente, foi o primeiro código brasileiro a incluir a discriminação de raça e cor da pele entre as contravenções penais (BRASIL, 1951). Teve sua importância ao destacar o tema do racismo e alertar para o problema, mas não trazia punição alguma aos discriminadores.

Durante a ditadura civil-militar, o Ato Institucional nº 02, de 1965, e a Constituição de 1967 proibiram propagandas

“de preconceitos de raça ou de classe”. Em 1969, o decreto 65.810 (BRASIL, 1969) incorporou as decisões resultantes da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.

Em 1985, a Lei Afonso Arinos recebeu nova redação e virou a lei 7.437/85: incluiu entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceito de raça, de cor, de sexo ou de estado civil (BRASIL, 1985). Anos depois, a Constituição de 1988, que tantas inovações trouxe em algumas áreas, acrescentou relativamente pouco ao combate ao racismo. Reconheceu o multiculturalismo da sociedade brasileira, mas deu pouca ênfase à presença da população negra e à garantia específica de seus direitos. Avanço maior viria com a promulgação da lei 7.716/89, apelidada de Lei Caó, em referência ao deputado Carlos Alberto Caó de Oliveira: ela transformou a discriminação em crime inafiançável (BRASIL, 1989).

Entretanto, o início das políticas focais de igualdade racial só chegaria na década seguinte, num movimento que abrangeu a Marcha Zumbi dos Palmares (1995) – quando foi entregue ao então presidente Fernando Henrique Cardoso um documento com o Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial –, a criação de um grupo de trabalho e a organização do Seminário sobre Multiculturalismo e Racismo (1996). A mobilização influenciou decisivamente o Programa de Ações Afirmativas e o Plano Nacional de Direitos Humanos, ainda dentro de um entendimento multiculturalista. Influenciou também uma sequência de decretos presidenciais que instituíram ações afirmativas para servidores públicos.

O debate sobre as estratégias na área ganhou impulso com a Terceira Conferência Mundial contra o Racismo,

a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância – conhecida como Conferência de Durban, promovida pela ONU em 2001. Ainda ecoando as discussões da conferência, dois anos depois o governo Lula instituiu a Secretaria de Políticas da Promoção da Igualdade Racial (Seppir), vista por alguns estudiosos como uma demonstração da mudança de orientação do Estado brasileiro: distancia-se do conceito de multiculturalismo e se aproxima das políticas étnico-raciais de combate ao racismo (LIMA, 2010).

Criada três meses depois da posse presidencial, a secretaria surgiu sem recursos, sem estrutura física e com dificuldades de manutenção, conforme pesquisas de Gomes (2009). Seus gestores defendiam a transversalidade das políticas públicas, de modo que a Seppir procurou ser indutora da atuação de outros ministérios e órgãos de governo, de organismos privados nacionais e internacionais.

Essas diretrizes foram expressas já na Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), promulgada em novembro de 2003. Nela, destacava-se a necessidade de a preocupação com a equidade étnico-racial ser incorporada às ações do Estado em áreas como saúde, educação, cultura, segurança e justiça. Outro pilar era a distribuição de competências entre a União, as unidades da Federação e os municípios: todos os níveis deveriam engajar-se na inclusão social de grupos historicamente excluídos. Um terceiro pilar era o incentivo à participação e ao controle populares, por meio da instalação do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, de caráter consultivo, composto por membros do governo federal e de entidades da sociedade civil – além de três pessoas com notória atuação na promoção da igualdade racial (BRASIL, 2003).

As ações da nova política ajudaram a gestar um conjunto de medidas no Ministério da Saúde (*ver a próxima seção*) e desdobraram-se em 12 eixos no Plano Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Planapir), que adotou medidas afirmativas e modelo de gestão, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2009). Os 12 eixos são: 1) Trabalho e desenvolvimento econômico; 2) Educação; 3) Saúde; 4) Diversidade cultural; 5) Direitos humanos e segurança pública; 6) Comunidades remanescentes de quilombos; 7) Povos indígenas; 8) Comunidades tradicionais de terreiro; 9) Política internacional; 10) Desenvolvimento social e segurança alimentar; 11) Infraestrutura; e 12) Juventude.

No eixo Saúde, foram estabelecidas 12 prioridades, várias delas de algum modo pertinentes à população infantil:

1. Ampliar a implementação da política nacional de saúde integral da população negra;
2. Promover a integralidade, com equidade, na atenção à saúde das populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas;
3. Fortalecer a dimensão étnico-racial no Sistema Único de Saúde, incorporando-a à elaboração, à implementação, ao controle social e à avaliação dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde;
4. Aferir e combater o impacto biopsicossocial do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra;
5. Promover ações que assegurem o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade da população negra e indígena;

6. Ampliar o acesso das populações negra, indígena, cigana e quilombola, com qualidade e humanização, a todos os níveis de atenção à saúde, priorizando as questões de gênero e idade;
7. Preservar o uso de bens materiais e imateriais do patrimônio cultural das comunidades quilombolas, indígenas, ciganas e de terreiro;
8. Desenvolver medidas de promoção de saúde e implementar o Programa Saúde da Família em aldeias indígenas, acampamentos ciganos e comunidades quilombolas;
9. Assegurar a implementação do Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias;
10. Desenvolver ações específicas de combate à disseminação de HIV/aids e demais DSTs junto às populações negras, indígenas e ciganas;
11. Disseminar informações e conhecimento junto às populações negras, indígenas e demais grupos étnico-raciais discriminados, sobre suas potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, e os consequentes riscos de morbimortalidade; e
12. Ampliar as ações de planejamento familiar às comunidades de terreiros, quilombolas e ciganas.

Cumprir lembrar a importância da criação do Estatuto da Igualdade Racial, que entrou em vigor com a sanção da lei 12.228/2010. Ele reforçou definições legais de discriminação racial e ações afirmativas e incentivou programas de

enfrentamento a desigualdades como forma de assegurar aos negros direitos à saúde, à educação, à cultura, à moradia, à inclusão no mercado de trabalho, ao acesso aos meios de comunicação, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 2010).

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Um dos frutos da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, anterior mesmo ao Planapir, foi a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma parceria do Ministério da Saúde com a Seppir. Instaurada em 2007, visa melhorar a atenção às doenças prevalentes na população negra e enfrentar as barreiras discriminatórias que dificultam o acesso e o atendimento desse grupo nos serviços de saúde. Foi elaborada por meio de uma metodologia participativa que envolveu sociedade civil organizada, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde de vários estados (BRASIL, 2017).

Ela envolve ações de promoção, prevenção, cuidados assistenciais curativos e reabilitativos, bem como gestão participativa e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde. Essa política abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde – dentro das diretrizes de transversalidade defendidas pela Seppir – e formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo.

A estratégia não trata de questões ambientais (água tratada, esgoto, poluição do ar, qualidade da habitação, segurança). Entre as medidas mais direcionadas à população infantojuvenil, estão:

- Desenvolvimento de ações específicas para reduzir as disparidades étnico-raciais nas condições de saúde, particularmente na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: violências, doença falciforme, DST/HIV/aids, tuberculose, hanseníase, transtornos físicos e mentais;
- Fortalecimento da atenção à saúde integral, considerando as necessidades específicas de crianças e adolescentes, especialmente aqueles em conflito com a lei;
- Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população infantojuvenil, com especial atenção para as populações quilombolas;
- Fortalecimento da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e, especialmente, para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;
- Fortalecimento da atenção à saúde mental dos adolescentes, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência pré-natal e obstétrica;
- Articulação e fortalecimento das ações de atenção às crianças e aos adolescentes com doença falciforme;
- Incentivo técnico e financeiro à organização de redes

integradas de atenção a crianças e adolescentes em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

- Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre saúde da criança e do adolescente negros, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas tradições culturais de matrizes africanas;
- Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre a saúde da criança e do adolescente negros;
- Apoio técnico para a realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra, ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de profissionais e lideranças negras.

CRIANÇAS NEGRAS, A FJLES E OS ODS

A Agenda 2030 lista várias metas quantificáveis para cada um de seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Como organização da sociedade civil alinhada a esses propósitos, a Fundação José Luiz Egydio Setúbal avaliou como pode colaborar com essas causas a partir de sua vocação e de sua missão.

Conforme detalhado no capítulo 2, a Fundação selecionou quatro ODS como objetivos primários para sua contribuição à Agenda 2030. Definiu também as crianças negras como segmento prioritário de suas ações, de forma transversal, como indicado a seguir.



ODS #02 diz respeito a nutrição e segurança alimentar. A FJLES priorizará um enfoque nos indicadores infantis, com atenção aos problemas decorrentes do baixo peso ao nascer, à desnutrição e à obesidade – condições mais comuns entre crianças negras.



ODS #03 é o Objetivo que mais se relaciona com a missão da Fundação, por estar ligado a saúde e bem-estar. Estão incluídos aqui vários temas focados na população infantil negra: cobertura e acesso aos serviços de saúde; atendimento à saúde neonatal; cobertura vacinal; prevenção da gravidez na adolescência; aleitamento materno; uso de novas tecnologias e seu impacto sobre a saúde infantil (como a telemedicina, que pode melhorar a oferta de serviços, especialmente pelo SUS); oportunidades de educação à distância para pais, cuidadores e profissionais negros.



ODS #04 envolve educação de qualidade. Dois temas da área são prioritários: inclusão de crianças com transtornos do espectro autista no ensino regular e saúde escolar. Ambos se baseiam na interação entre as escolas e creches e as UBS, de forma a reforçar a atenção às legítimas necessidades de saúde das crianças negras em idade escolar.



ODS #16 traz uma meta específica (16.2) sobre proteção às crianças. A criança negra é vítima de uma série de violências que devem ser combatidas por meio de ações concretas, envolvendo todos os setores da sociedade. A prioridade da Fundação aqui é o combate ao abuso e à violência sexual, física e psicológica, bem como o combate à negligência de pais, cuidadores, profissionais e autoridades. Em várias dessas situações, as crianças negras são as mais expostas.

CONCLUSÃO

Em análises com recorte de cor/raça, é necessário levar em conta não apenas as diferenças entre indicadores dos diferentes grupos populacionais. Fatores históricos, sociais, políticos e econômicos contribuem para a existência, a manutenção ou a ampliação de discrepâncias entre, por exemplo, brancos e negros. O racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações (PACHECO *et al.*, 2018). Frequentemente está associado a outras formas de violência, como a de gênero.

Apesar de alguns setores dos campos da saúde e da política ainda negarem, os resultados de inúmeras pesquisas evidenciam que as desigualdades raciais se refletem em iniquidades socioeconômicas, demográficas e de saúde da mulher, da criança e do adolescente negros. Assim, é possível inferir que o uso da variável raça/cor em estudos de saúde precisa considerá-la um constructo social, mesmo na análise de condições com componente genético associado à ancestralidade geográfica, como a anemia falciforme.

Para enfrentar as desigualdades na área da saúde, é crucial melhorar os indicadores de outras áreas, em especial renda e educação. Sobretudo os indicadores das mulheres negras, que têm impacto nas condições de vida de crianças e adolescentes negros. Isso requer políticas de ação afirmativa que complementem políticas universais. No caso brasileiro, é essencial que avancemos no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável como uma maneira de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, solidária e livre de todas as formas de racismo e discriminação.

Referências

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BATISTA, L. E. *et al.* (orgs.). **Saúde da população negra.** Petrópolis: DP et Alii; Brasília: ABPN, 2012.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 71-80, mar. 2005. Apresentado no 2º Seminário Internacional/1º Seminário Norte-Nordeste Homens, Sexualidade e Reprodução: Tempos, Práticas e Vozes. Recife, 2003.

BRASIL. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 1969. Seção 1, p. 10536. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-65810-8-dezembro-1969-407323-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 1.390, de 3 de julho de 1951. Lei Afonso Arinos. Inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de côr. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jul. 1951. Seção 1, p. 10217. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1390-3-julho-1951-361802-norma-1-pl.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985. Lei Caó. Inclui, entre as contravenções penais, a prática de atos resultantes de preconceito de raça, de cor, de sexo ou de estado civil, dando nova redação à Lei nº 1.390, de 3 de julho de 1951 - Lei Afonso Arinos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1985. Seção 1, p. 18857. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7437-20-dezembro-1985-356204-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **A saúde da população negra e o SUS:** ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 005. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.228, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jul. 2010. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.872, de 4 de junho de 2009. Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PLANAPIR, e institui o seu Comitê de Articulação e Monitoramento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jun. 2009. Seção 1, p. 29. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6872-4-junho-2009-588674-norma-pe.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jan. 1989. Seção 1, p. 369. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1989/lei-7716-5-janeiro-1989-356354-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 10.678, 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 maio 2003. Seção 1, n. 99, p. 1. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.678.htm. Acesso em: 23 fev. 2022.

GOMES, M.V.P. **O Movimento Negro e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**: um estudo sobre a luta por sentidos sobre a desigualdade racial no Brasil. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/5340/62070100809.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GUIMARÃES, A.S.A. Racismo e antirracismo no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1999.

HARRIS, W.W.; PUTNAM, F.W.; FAIRBANK, J.A. **Mobilizing Trauma Resources for Children**. Draft. Apresentado no encontro Shaping the Future of Children's Health, Johnson and Johnson Pediatric Institute, San Juan, Porto Rico, fev. 2004. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.418.2563&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

HECKMAN, J. O. **Os ABCs da melhoria das condições de saúde com o desenvolvimento na primeira infância**. Equação Heckman, 2017. Disponível em: https://heckmanequation.org/www/assets/2017/01/D_Heckman_FMCSV_HealthTrainingDeck_030515.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

HELMS J. E.; NICOLAS, G.; GREEN, C. E. Racism and ethnoviolence as trauma: enhancing professional and research training. **Traumatology**, v. 18, n. 1, p. 65-74, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534765610396728>. Acesso em: 23 fev. 2022.

JOHNSON, K. **Trauma in the Lives of Children**. Alameda: Hunter House, 1989.

LAWRENCE, K. *et al.* **Structural Racism and Community Building**. Roundtable on Community Change, The Aspen Institute, Washington, 2004.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 87, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000200005>. Acesso em: 23 fev. 2022.

MANSOURI, F.; JENKINS, L. Schools as Sites of Race Relations and Intercultural Tension. **Australian Journal of Teacher Education**, v. 35, n. 7, p. 93-108, 2010. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ910414.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

MUNIZ, E.; SANTOS, S. Impacto do racismo na saúde mental de crianças e adolescentes negros. **Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades**, 23 ago. 2019. Disponível em: <https://ceert.org.br/noticias/crianca-adolescente/25614/impacto-do-racismo-na-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes-negros>. Acesso em: 23 fev. 2022.

NETO, A. G. C. Políticas públicas de combate ao racismo e as estratégias militares: o aproveitamento do êxito. **Educação Pública**, 22 ago. 2017. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/17/16/politicas-pblicas-de-combate-ao-racismo-e-as-estratgias-militares-o-aproveitamento-do-xito>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial**. 1965. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/convencao_internacional_elimizacao.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Programa de Ação**. III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, Durban, 2001. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/declaracao_durban.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância**: plano global para ação e resultados. 2018. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-pt.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental Health Action Plan 2013-2020**. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 23 fev. 2022.

PACHECO, V. C. *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M54gMHgH4FwvmN9k7zRkZXJ/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2022.

PAULA, M.; HERINGER, R. (orgs.) **Caminhos convergentes**: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, ActionAid, 2009.

SANTOS, I.A.A. **Direitos humanos e as práticas de racismo**. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2013.

THÉBAUD-MONY, A. Trabalho e saúde na nova ordem econômica mundial. In: SAÔNE, L.; BATISTA, L. E. (orgs.). **Pesquisas de gênero**: entre o público e o privado. Araraquara: Laboratório Editorial, 2000.

WALTON, J.; PRIEST, N.; PARADIES, Y. Identifying and developing effective approaches to foster intercultural understanding in schools. **Intercultural Education**, v. 24, n. 3, p. 181-194, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14675986.2013.793036>. Acesso em: 23 fev. 2022.

WENERCK, J. **Políticas públicas para as mulheres negras** – Passo a passo: Defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Criola, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/883/78.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.



*"Infância saudável
para uma sociedade melhor."*



INSTITUIÇÕES DA

