

As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção

The vulnerabilities in childhood and adolescence and the Brazilian public policy intervention

Franciele Fagundes Fonseca¹, Ramony Kris R. Sena², Rocky Lane A. dos Santos², Orlene Veloso Dias³, Simone de Melo Costa⁴

RESUMO

Objetivo: Revisar e discutir as vulnerabilidades na infância e na adolescência, bem como as políticas públicas brasileiras de intervenção.

Fontes de dados: Realizou-se uma revisão narrativa, entre 1990 e 2012, em periódicos dos bancos de dados contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Aplicou-se a combinação dos seguintes descritores: “Saúde do Adolescente”, “Saúde da Criança”, “Políticas Públicas de Saúde” e “Vulnerabilidade”. Além disso, documentos oficiais do Estado Brasileiro, Estatuto da Criança e do Adolescente, Criação dos Conselhos Tutelares, Programa Bolsa Família e o Programa Saúde na Escola foram avaliados.

Síntese dos dados: Os resultados foram apresentados em cinco categorias de análise: As Vulnerabilidades das Crianças e Adolescentes no Brasil, Políticas Públicas de Intervenção aos Fatores de Risco na Infância e Adolescência, Estatuto da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar, Programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola. As publicações revelaram que as crianças e adolescentes são vulneráveis às situações ambientais e sociais. As vulnerabilidades manifestam-se em violência cotidiana, no contexto familiar e escolar, obrigando crianças e adolescentes a se inserirem precocemente no mercado de trabalho e/ou no tráfico de drogas. Para o enfrentamento desses problemas, o Governo instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente, além de programas sociais.

Conclusões: A literatura expõe os riscos vivenciados pelas crianças e adolescentes no Brasil. Em contrapartida, identificou-se o esforço do Governo para eliminar ou minimizar

o sofrimento daqueles em situação de vulnerabilidade, por meio de políticas públicas direcionadas a esse contingente populacional.

Palavras-chave: saúde do adolescente; saúde da criança; políticas públicas de saúde; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Objective: To review and discuss childhood and adolescence vulnerabilities, as well as Brazilian public policies of intervention.

Data sources: A narrative review was performed, considering studies published between 1990 and 2012, found in the Virtual Health Library databases (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS). A combination of the following descriptors was used in the search strategy: “Adolescent Health”, “Child Health”, “Health Public Politics” and “Vulnerability”. In addition, Brazilian official documents, the Statute of the Child and the Adolescent, Guardianship Council, Bolsa Família and Saúde na Escola Programs were evaluated.

Data synthesis: The results were divided into five categories of analysis: Vulnerability of Children and Adolescents in Brazil, Public Politics of Intervention to Risk Factors in Childhood and Adolescence, the Statute of the Child and the Adolescent and Guardianship Council, Bolsa Família Program and Saúde na Escola Program. The studies show that children and adolescents are vulnerable to environmental and social situations. Vulnerabilities are exhibited in daily violence within families and schools, which results in the premature entrance of children and adolescents in the work environment

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Unimontes, Montes Claros, MG, Brasil

²Acadêmico do curso de Odontologia da Unimontes, Montes Claros, MG, Brasil

³Docente da Unimontes, Montes Claros, MG, Brasil

⁴Doutora em Odontologia, Área de concentração em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Montes Claros, MG, Brasil

Endereço para correspondência:

Franciele Fagundes Fonseca
Rua João Paulo I, 525 – Amazonas
CEP 39401-225 – Montes Claros/MG
E-mail: franciele.fagundes13@gmail.com

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 3/7/2012

Aprovado em: 17/12/2012

and/or in the drug traffic. To deal with these problems, the Brazilian Government established the Statute of the Child and the Adolescent as well as social programs.

Conclusions: Literature exposes the risks experienced by children and adolescents in Brazil. In the other hand, a Government endeavor was identified to eliminate or minimize the suffering of those in vulnerable situations through public policies targeted to this population group.

Key-words: adolescent health; child health; health public policy; vulnerability.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a adolescência vai dos dez aos 20 anos incompletos; entretanto, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), essa fase vai dos 12 aos 18. Desse modo, não há consenso quanto à faixa etária exata que determina um grau de desenvolvimento completo para o desempenho das atividades referentes à infância e adolescência⁽¹⁾.

A adolescência é uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período no qual é consubstanciada a personalidade. Essa fase não pode ser reduzida a uma simples faixa etária, pois trata-se da transformação para a vida adulta e, portanto, de fase de decisões biológicas, sociais e, principalmente, psicológicas para toda a vida⁽²⁾. Os adolescentes vivem uma constante busca para encontrar sua real personalidade, manifestando comportamentos extremos e, em determinados momentos, mostram-se negligentes com os cuidados à saúde⁽³⁾.

A definição sobre vulnerabilidade remete à ideia de fragilidade e de dependência, que se conecta à situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico. Devido à fragilidade e dependência dos mais velhos, esse público torna-se muito submisso ao ambiente físico e social em que se encontra. Em determinadas situações, o estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, mas com o abalo do estado psicológico, social ou mental⁽⁴⁾ das crianças e dos adolescentes.

Este artigo justifica-se pela importância de que o profissional de saúde possa refletir acerca das vulnerabilidades e fatores de risco que envolvem as crianças e adolescentes, sendo tal temática um problema de cunho global. Diante do exposto, objetivou-se identificar na literatura as vulnerabilidades da infância e adolescência e contrapor as medidas de políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos principais riscos.

Método

Trata-se de revisão não sistemática da literatura, embasada na análise documental acerca de medidas de políticas públicas adotadas pelo governo brasileiro para o enfrentamento dos riscos inerentes à infância e adolescência e vinculados às situações ambientais e sociais. Analisaram-se os seguintes documentos: Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), Criação dos Conselhos Tutelares (Brasil, 1990), Programa Bolsa Família (Brasil, 2003) e o Programa de Saúde na Escola (Brasil, 2007). Os documentos oficiais foram lidos na íntegra, e as questões relacionadas às vulnerabilidades na infância e adolescência foram utilizadas para discutir a temática deste artigo. Realizou-se também uma revisão de literatura integrativa por meio de consultas aos periódicos dos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados entre 1990 e 2012, para tratar das vulnerabilidades na infância e adolescência. O recorte temporal foi utilizado com base no ano da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. Aplicou-se a combinação dos seguintes descritores: “Saúde do adolescente”, “Saúde da criança”, “Políticas públicas de saúde” e “Vulnerabilidades”. A seleção dos artigos envolveu avaliação dos títulos e resumos; quando atendiam aos requisitos, a leitura era feita na íntegra. Capítulos de livros também foram analisados e utilizados na discussão dos resultados.

Apresentaram-se os resultados por meio de cinco categorias: Vulnerabilidades das Crianças e Adolescentes no Brasil a partir da análise de dez artigos; para Políticas Públicas de Intervenção aos Fatores de Risco na Infância e Adolescência utilizaram-se os documentos oficiais; ECA e o Conselho Tutelar foi uma categoria que resultou da análise dos documentos oficiais e três artigos originais; Programa Bolsa Família (PBF) resultou da análise de quatro documentos do governo e dois capítulos de livros e, finalmente, a categoria Programa Saúde na Escola (PSE) foi consequência da análise de quatro documentos publicados pelo governo, sendo uma lei, duas publicações do Ministério da Educação e uma do Ministério da Saúde.

Vulnerabilidades das crianças e adolescentes no Brasil

A OMS, em 1948, definiu que a saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Observa-se que saúde é definida como qualidade de vida, dependendo de muitos fatores, como condições sociais, históricas, econômicas e ambientais nas

quais o indivíduo se encontra. O estado de vulnerabilidade de muitas crianças e adolescentes no Brasil contradiz essa definição, uma vez que afeta diretamente a qualidade de vida dos cidadãos⁽⁵⁾.

Existem componentes importantes para avaliar as condições de maior ou de menor vulnerabilidade social, individual ou coletiva. Entre esses componentes podem ser citados: o acesso aos meios de comunicação, a escolarização, a disponibilidade de recursos materiais, a autonomia para influenciar nas decisões políticas e a possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas⁽⁶⁾.

O conceito de vulnerabilidade social na América Latina é recente. Ele foi criado com o objetivo de ampliar a análise dos problemas sociais, ultrapassando o identificador renda ou a posse de bens materiais da população em geral. O conceito está vinculado às concepções do Estado de Bem-Estar Social⁽⁷⁾.

No Brasil, as principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência. Os riscos relacionados ao lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas. Além de todos esses riscos, podem-se destacar os riscos do trabalho infantil e o da exploração da prostituição de crianças. Ademais, a personalidade e o comportamento de crianças e adolescentes podem torná-los mais vulneráveis aos riscos do envolvimento com drogas, gravidez precoce e prática do roubo. Considera-se que o indivíduo poderá também possuir um favorecimento genético para dependência química e vulnerabilidade psicofisiológica ao efeito de drogas⁽⁴⁾.

Os índices de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, no Brasil, ainda se apresentam elevados, mesmo que os números indiquem tendência de queda. As principais formas de transgressão dos direitos contra esse grupo são o abandono, o trabalho precoce a exploração sexual⁽⁸⁾. Em adição, a adolescência é caracterizada por mudanças profundas na vida de um indivíduo. E as diferenças físicas e psíquicas acabam por fazer com que os adolescentes se tornem mais vulneráveis ao consumo de bebidas alcoólicas e ao uso de drogas psicotrópicas⁽⁹⁾. O consumo de álcool pode se relacionar à busca de aceitação em um determinado grupo social. Embora as leis brasileiras, entre elas o ECA, proibam a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos⁽¹⁰⁾, o consumo

de álcool pelos adolescentes no Brasil é preocupante, sendo fortemente induzido pelas estratégias publicitárias⁽¹¹⁾.

O consumo de bebidas alcoólicas exacerbado entre adolescentes tem gerado problemas, tanto sociais como no âmbito da saúde. As estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) demonstram que, entre os problemas sociais e de saúde envolvendo o consumo de bebidas alcoólicas, incluem-se acidentes e mortes no trânsito, homicídios, quedas, queimaduras, afogamento e suicídio. Tais dados revelam a magnitude do problema para as diferentes esferas da sociedade, entre essas o setor de saúde, principalmente diante da constatação de que 25% de todas as mortes de jovens entre 15 e 19 anos são atribuídas ao álcool⁽¹²⁾.

Juntamente às particularidades da adolescência e infância, a realidade de vida na rua expõe os indivíduos a uma série de fatores de risco, como o uso de drogas, a prostituição por sobrevivência e a falta do suprimento das necessidades básicas, colocando-os em uma situação de extrema vulnerabilidade. Isso ocasiona consequências negativas em relação à saúde. Entre essas consequências, encontram-se as dependências químicas, doenças sexualmente transmissíveis, lesões por acidentes, gravidez indesejada e morte prematura resultante de suicídio ou homicídio⁽¹³⁾.

De forma geral, as vulnerabilidades das crianças, adolescentes e de suas famílias manifestam-se em violência cotidiana no contexto familiar e escolar. A falta de oferta de uma educação de qualidade, os baixos salários e o desemprego afetam também a trajetória de vida desses brasileiros, obrigando-os a se inserirem precocemente no mercado de trabalho e/ou no tráfico de drogas⁽¹⁴⁾.

Políticas públicas de intervenção nos fatores de risco na infância e adolescência

As articulações de ações públicas para a população jovem são garantidas na Constituição Federal, no artigo 224, o qual prevê que “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Para assegurar a pertinência dessas ações em relação às prioridades, uma exigência básica é conhecimento e reconhecimento da demanda de crianças e adolescentes com relação aos fatores que promovam e protejam seu desenvolvimento, como saúde, educação e lazer, entre outros⁽¹⁵⁾.

O Governo brasileiro criou diversas medidas para proporcionar melhor assistência às crianças e aos adolescentes

carentes, que, por diferentes motivos, ficam excluídos do quadro de saúde definido pela OMS. Entre as medidas adotadas, encontra-se a elaboração do ECA⁽¹⁵⁾, a criação dos Conselhos Tutelares (no âmbito municipal)⁽¹⁶⁾ e os programas assistencialistas, como o PBF⁽¹⁷⁾ e o PSE⁽¹⁸⁾.

Estatuto da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar

O ECA foi sancionado no Brasil em 13 de Julho de 1990, pela Lei nº 8.069, a qual se baseia na proteção integral das crianças e adolescentes, garantindo-lhes o direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência⁽¹⁵⁾.

O ECA⁽¹⁵⁾ define as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito, sendo-lhes garantida a proteção integral. Conforme o artigo 4º,

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária (p. 9).

O ECA dispõe ainda que, nos casos de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá afastar o agressor da moradia comum. Com relação aos alcoólatras e toxicômanos, as medidas de proteção são diversas, entre elas a orientação, apoio e acompanhamento temporário, a inclusão em programas comunitários ou oficiais de auxílio à família, crianças e adolescentes, o requerimento de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico e até a colocação em família substituta. Nos casos de gravidez, o ECA dispõe sobre o direito à vida e à saúde, sendo assegurado o atendimento nos diferentes níveis do setor público. Ao Poder Público cabe propiciar apoio alimentar tanto à gestante como à nutriz que precisarem do apoio⁽¹⁵⁾.

Apesar do avanço obtido a partir da proposição do ECA, e mesmo tendo sido alvo de um processo de ampla discussão e participação da sociedade civil, principalmente dos movimentos sociais, o estatuto vem sofrendo oposições de várias ordens conservadoras⁽¹⁹⁾. A resistência e o pronunciamento de críticas contra a garantia de direitos das crianças e adolescentes apresentam traços culturais. A falta da noção de “possuir” direitos e de mecanismos que

garantam o acesso aos direitos tornam difícil convencer a população brasileira sobre a importância do teor do ECA⁽¹⁹⁾.

Entretanto, o estatuto retrata a maturidade e o engajamento por parte da sociedade brasileira, com ampliação das atuações de Organizações Não Governamentais (ONGs), criação de Fóruns, Conselhos e apoio à consolidação dos movimentos sociais e políticos para garantir os direitos das crianças e adolescentes. Nesse sentido, entra em funcionamento o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que responde pela integração dos representantes sociais e governamentais a favor da execução do ECA. Ao Conanda cabe implementar conselhos em estados e municípios. Estabelecem-se, desse modo, os Conselhos de Direito e os Tutelares. Os Conselhos de Direito são órgãos deliberativos e paritários, responsáveis pela definição da política de atendimento e controle do orçamento da criança, em conexão com todas as políticas. Já os Conselhos Tutelares têm o papel de zelar para que as medidas de proteção, apoio e orientação às crianças e aos adolescentes sejam cumpridas^(16,20).

O Conselho Tutelar é um órgão público, permanente, autônomo, não jurisdicional, eleito pela comunidade local para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Atua no âmbito do município, tendo a função específica de atender cada caso de maus-tratos, violência sexual, exploração do trabalho infantil, abandono ou quaisquer outras formas de violência cometidas contra as crianças e adolescentes⁽²¹⁾. Esse órgão deve garantir o completo estado de bem-estar físico, mental e social, devendo-se acionar o serviço de saúde quando tais condições não forem ofertadas àqueles que dele necessitem. As atribuições do Conselho estão dispostas no Art. 136 do ECA, destacando-se atendimento e aconselhamento de pais ou responsável pelas crianças e adolescentes, requerimento de serviços públicos na saúde, educação, previdência, trabalho, segurança e serviço social e encaminhamento ao Ministério Público de notificações que constituam infração administrativa ou penal contra os direitos garantidos aos adolescentes e crianças⁽¹⁵⁾. Uma das principais atuações do Conselho Tutelar concerne à garantia de vagas na escola, sendo essa uma dificuldade recorrente enfrentada pelos conselheiros. Ainda que o ECA estabeleça que todas as crianças têm direito à educação, os conselheiros constatam uma incoerência entre o estatuto e a realidade, indicando desacerto entre os níveis administrativos da Secretaria de Educação e a garantia de direitos estabelecidos pelo ECA. O espaço de mediação que o Conselheiro ocupa entre família e escola demanda uma conduta baseada nos valores e concepções educacionais dos conselheiros tutelares⁽²¹⁾.

Programa Bolsa Família

O PBF, instituído pelo Governo Federal, atua na promoção da saúde, beneficiando não apenas crianças e adolescentes, mas também as famílias carentes do Brasil. O programa visa beneficiar a população mais vulnerável, transformar a sociedade e contribuir para a conquista da cidadania. Atua também na saúde, buscando proporcionar qualidade de vida às famílias carentes, por meio da superação da fome e da pobreza^(17,22).

Quando foi criado, em 2003, já existiam cerca de dez milhões de famílias recebendo auxílio de programas anteriores⁽²²⁾. Na primeira vigência de 2011, os órgãos competentes da saúde registraram acompanhamento de 7,35 milhões de famílias cadastradas no PBF, constituído por crianças menores de sete anos ou mulheres de 14 a 44 anos. Entre as crianças, 71,0% totalizam 4,24 milhões de beneficiados, acompanhadas integralmente. Entre essas crianças, 99,1% apresentavam o calendário de vacinação em dia. Das gestantes, 95,8% encontravam-se com o seu pré-natal em tempo adequado⁽²³⁾.

No que diz respeito à ferramenta para avaliar a focalização de transferência de renda, utiliza-se a Curva de Incidência, caracterizada pelo número Coeficiente de Incidência. O cálculo desse coeficiente toma como critério o ordenamento das pessoas com base na renda líquida da transferência, cuja incidência está em avaliação. Quando se pretende analisar o desempenho de uma agência executora em fazer o programa atingir os mais pobres, a Curva de Incidência é a abordagem correta. A transferência progressiva tem Coeficiente de Incidência negativo e, quanto mais negativo, mais focalizado nos pobres. Um coeficiente negativo igual a um (-1) indica que a pessoa mais pobre de determinada população recebe todos os recursos de uma transferência, enquanto o coeficiente positivo indica transferência regressiva e, quanto mais positivo, mais focalizado nos ricos⁽²⁴⁾. Nesse sentido, o coeficiente varia entre -1 e +1, sendo o valor negativo o mais desejável em um programa social. No PBF, em 2006, o Coeficiente de Incidência foi negativo, com valor igual a -0,568. Esse valor é semelhante aos índices dos últimos números disponíveis para os programas Progres/Oportunidades, oferecidos no México (-0,56) e o Chile Solidário (-0,57) oferecido no Chile. Um programa social é relevante no impacto sobre a pobreza e a desigualdade social quando atinge grande contingente de pessoas pobres. Sendo assim, a focalização do PBF equiparou-se ao nível de modelos internacionais⁽²⁴⁾. Um trabalho com grupos focais entre beneficiárias e gestoras do PBF, em dez municípios

da Federação, mostrou que o PBF teve impacto acentuado nas noções de cidadania das mulheres titulares do benefício e na redução de seu isolamento social⁽²⁵⁾.

No Brasil, o PBF é considerado de extrema importância no panorama das políticas sociais. São conhecidos seu impacto na redução da pobreza, a diminuição da desigualdade de renda, a maior frequência escolar e a garantia de que as crianças beneficiárias não se submetam ao trabalho infantil. Contudo, o programa precisa de mudanças⁽²²⁾. Seriam necessárias alterações de ordem conceitual e de desenho metodológico. Isso porque, nos últimos anos, não se processaram essas grandes mudanças. Grande parte da atenção do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), órgão responsável pelo programa, voltou-se a pequenas, contudo importantes, melhorias gerenciais⁽²²⁾.

Um programa social só pode ser considerado capaz de reduzir a pobreza e a desigualdade se, em primeiro lugar, alcança a população que vive nessas condições. Quanto maior a proporção dos recursos do programa reservados à população vulnerável, maior será a focalização e, por conseguinte, maior o seu impacto⁽²⁶⁾.

Programa Saúde na Escola

Ainda com o objetivo de proteger a criança e adolescente, o Governo brasileiro instituiu o PSE. O programa surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE tem a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico. Acontece no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, com participação das Equipes de Saúde na educação de forma integrada. O PSE prevê avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e avaliações da saúde bucal. Há também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da promoção da alimentação saudável, realização de atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas. As ações são direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento de crianças e jovens na rede pública de ensino^(18,27).

A perspectiva do Governo Federal é que, no período de quatro anos, com início em 2008, 26 milhões de estudantes se beneficiem da atenção à saúde integral, nos municípios prioritários. Aqueles que carecem de óculos e próteses auditivas serão atendidos com recursos do programa. As ações previstas no PSE são monitoradas por uma comissão intersetorial de

educação e saúde, formada por pais, professores e representantes do Ministério da Saúde⁽²⁸⁾.

O PSE caminha para a universalidade, à medida que ocorre o aumento gradual do número de municípios participantes. A proposta tem garantido a atenção à saúde dos escolares, de forma inclusiva. As necessidades de saúde, das diversas faixas etárias atendidas pelos programas, são levantadas nas distintas expressões e dimensões. O PSE oportuniza o acesso aos serviços de saúde, de maneira resolutiva e de qualidade⁽²⁸⁾. Além disso, as ações do PSE devem ser integradas no projeto político-pedagógico das escolas. Para a execução dessas atividades, deve-se analisar o contexto escolar, social e a situação de saúde local⁽²⁷⁾.

É importante que o ambiente clínico criado pelo profissional de saúde (enfermagem, odontologia, medicina e outros) se respalde na preocupação com o bem-estar da criança, transmitindo interesse, aceitação e confiança. O profissional deve, sempre, a cada encontro, identificar mudanças percebidas e criar um vínculo afetivo com os usuários dos serviços de saúde⁽²⁹⁾. O cuidado do profissional de saúde para com o público jovem não deve ser uma ação separada da família e de suas necessidades, o que exige o domínio de informações teóricas específicas e o desenvolvimento de uma sensibilidade especial para lidar com essa clientela⁽³⁰⁾. Assim, o conhecimento teórico das propostas públicas de enfrentamento das situações de risco é imprescindível para o exercício da profissão em saúde, independentemente do cenário de prática, seja na escola ou nas unidades de saúde públicas ou privadas.

Considerações finais

Este artigo apresenta limitações metodológicas, destacando-se a revisão apenas de material da BVS para a busca de artigos científicos relacionados à temática, de cunho global. Com relação aos documentos oficiais, considera-se que

outros, como a Constituição Brasileira de 1988, também contemplam a temática; no entanto, os documentos selecionados justificam-se por serem especialmente direcionados ao público-alvo estudado — crianças e adolescentes.

Apesar de tais limitações, pode-se concluir que foram feitos avanços no que diz respeito à proposição de políticas públicas de intervenção aos problemas de riscos na infância e adolescência, mas ainda há um longo caminho a se percorrer na garantia do direito integral à saúde, conforme assumido nas leis brasileiras. Devem-se desenvolver estratégias que vão desde a orientação dos pais ou responsáveis até a criação de abrigos, programas comunitários, além de investimento em pesquisas sobre o assunto para possíveis articulações de novas propostas de intervenção aos riscos na infância e na adolescência.

Nesse sentido, os programas governamentais avaliados se complementam e convergem para um objetivo comum: garantir os direitos das crianças e adolescentes instituídos no ECA. Em consonância com o estatuto, indicadores demonstram que o PBF aumentou a frequência escolar ao inibir o trabalho infantil. Ao permanecerem na escola, em especial na rede pública de ensino, a criança e o adolescente terão oportunidades de participar das ações do PSE, direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o seu desenvolvimento.

Por fim, este estudo identificou as vulnerabilidades na adolescência e na infância, mas, ao mesmo tempo, encontraram-se importantes políticas públicas nacionais, que se articulam como propostas para o enfrentamento dos riscos nessas etapas da vida. Cabe aos profissionais de saúde utilizarem a educação em saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de novos comportamentos e o empoderamento dos grupos em estado de vulnerabilidade, para que se tornem sujeitos mais críticos e conscientes dos seus direitos legais, promovendo o exercício da cidadania.

Referências bibliográficas

1. Taquette SR. Ethical behavior in attention of the health of adolescents. *Adolesc Saude* 2010;7:6-11.
2. Cavalcante MB, Alves MD, Barroso MG. Adolescence, alcohol and drugs: a reflection in the health promotion perspective. *Esc Anna Nery* 2008;12:555-9.
3. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JR, Lopes ES. Oral health education for teenagers: development of dynamics methods. *Rev Fac Odontol Bauru* 2001;9:63-9.
4. Sierra VM, Mesquita WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. *São Paulo em Perspec* 2006;20:148-55.
5. Fleck MP. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Cienc Saude Coletiva* 2000;5:33-8.
6. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, editors. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
7. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO; 2002.
8. Baars R. Levantamento sobre crianças em situações de risco no Brasil [cited 2011 Nov 20]. Available from: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/4864/levantamento_crianças_baars.pdf?sequence=1
9. Pratta EMM, Santos MA [homepage on the Internet]. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com

- substâncias psicoativas [cited 2012 Nov 26]. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog 2006;2. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200005&lng=pt&nrm=iso
10. Schenker M, Minayo MC. Risk and protective factors and drug use among adolescence. *Cienc Saude Coletiva* 2005;10:707-17.
 11. Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Association between alcohol advertising and beer drinking among adolescents. *Rev Saude Publica* 2011;45:441-7.
 12. Organização Pan-Americana da Saúde. O que você precisa saber sobre a política de controle do álcool. Brasília: OPAS; 2005.
 13. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Health promotion and adolescence: an example of intervention with street-youth. *Psicol Soc* 2010;22:507-18.
 14. Gontijo DT, Medeiros M. Children and adolescents in street situation: contributions to an understanding of vulnerability and disaffiliation. *Cienc Saude Coletiva* 2009;14:467-75.
 15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
 16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1991.
 17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
 18. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2007.
 19. Morelli AJ, Silvestre E, Gomes TM. The design of politics for children and adolescents' rights. *Psicol Estud* 2000;5:65-84.
 20. Paixão AC, Deslandes SF. Analysis of public policies for combating sexual violence against children and adolescents. *Saude Soc* 2010;19:114-26.
 21. Souza MP, Teixeira DC, Silva MC. Conselho tutelar: a new social alternative for the school failure? *Psicol Estud* 2003;8:71-82.
 22. Soares S, Sátyro N. [homepage on the Internet]. O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras [cited 2012 Feb 9]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf
 23. Brasil. Ministério da Saúde - Política Nacional de Alimentação e Nutrição [homepage on the Internet]. Informe nº 12 [cited 2012 Feb 21]. Available from: <http://nutricao.saude.gov.br/redenutri/acessoPublico/informativoRedenutriEnviado/informeBfa12.php>
 24. Castro JA, Modesto L [homepage on the Internet]. Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios [cited 2011 Dec 11]. Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_vol1.pdf
 25. Suarez M, Libardoni M. O impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres. In: Vaitsman J, Paes-Sousa R, editors. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Volume II: Bolsa Família e assistência social. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2007. p.119-62.
 26. Barros RP, Carvalho M, Franco S. O papel das transferências públicas na queda recente da desigualdade de renda brasileira. In: Barros RP, Foguel MN, Ulyssea G, editors. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente (Volume 2). Brasília: Ipea; 2007. p.41-86.
 27. Brasil. Ministério da Educação [homepage on the Internet]. Programa Saúde na Escola [cited 2012 Mar 11]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128.
 28. Brasil. Ministério da Educação [homepage on the Internet]. Presidente lança Saúde na Escola [cited 2012 Feb 13]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11196&catid=211
 29. Sabatés AL, Borba RI. Information received by parents during children's hospitalization. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13:968-73.
 30. Fernandes CN, Andraus LM, Munari DB. The learning of taking care of the child's family hospitalized by group activities [homepage on the Internet]. *Rev Eletr Enf* 2006;8:108-18 [cited 2011 Oct 22]. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm