



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

Luana Soares Penedo

Saúde Integral na Primeira Infância -
A doença respiratória como variável da desproteção.

Rio de Janeiro

Dezembro de 2024

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de
Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito obrigatório para obtenção do grau de
bacharel em Serviço Social.

Saúde Integral na Primeira Infância -
A doença respiratória como variável da desproteção.

Luana Soares Penedo

Banca Examinadora:

Joana Garcia (Orientadora)

Camila Faria Pançardes

Vanessa Saraiva

Rio de Janeiro

Dezembro de 2024



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFCH

Escola de Serviço Social - ESS

**ATA- BANCA EXAMINADORA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Estudante (NOME COMPLETO): Luana Soares Penedo	DRE: 117197495
---	-----------------------

Título do TCC: Saúde Integral na Primeira Infância - A doença respiratória como variável da desproteção.

Composição da banca

Presidente da banca/orientador(a): Joana Angelica Barbosa Garcia

Assinatura:

Membro da banca: Camila Faria Pançardes



Documento assinado digitalmente

CAMILA FARIA PANÇARDES

Data: 27/11/2024 08:38:16-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura:

Membro da banca: Vanessa Cristina dos Santos Saraiva



Documento assinado digitalmente

VANESSA CRISTINA DOS SANTOS SARAIVA

Data: 25/11/2024 19:06:07-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura:

Parecer:

<input checked="" type="checkbox"/> APROVADO*	<input type="checkbox"/> APROVAÇÃO CONDICIONADA**	<input type="checkbox"/> REPROVADO***
---	---	---------------------------------------

Data de realização da banca

25	11	24
----	----	----

* RECOMENDA PUBLICAÇÃO NA BASE PANTHEON REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFRJ?

(X) SIM () NÃO

** Em caso de "aprovação condicionada", pontue as indicações da banca para o TCC, em parecer.



Av. Pasteur, nº 250 – Campus Praia Vermelha, Praia Vermelha -
Rio de Janeiro, RJ - CEP 22290-240 Telefone: (21) 3938-5380 5432/ www.ess.ufrj.br

Agradecimentos

A luz da infância colore os muros altos que a vida adulta constrói.

À Pilar, que com somente um ano de idade atravessou a graduação junto a mim, levando alegria para o campus e para minha vida. Ela me ensina sobre a felicidade genuína, sobre o amor e me mostrou que todos nascemos de uma mulher.

À Ana Cristina, minha mãe e melhor amiga, que nunca me deixou desistir e viveu sua vida para que eu pudesse hoje estar aqui. Não tem palavras que possam expressar a minha gratidão por tudo que fez e faz por nós.

Ao Arnaldo, meu pai (in memoriam), presente, atencioso e amigo. Sempre será lembrado e amado em meu coração. Graças aos meus pais, pude viver uma infância feliz, obrigada.

Agradeço ao Cahio, meu companheiro de vida, que embarcou comigo no retorno a graduação e me alimentou com positividade, me lembrando sempre que eu conseguiria terminar. Graças a sua paternidade estamos aqui hoje.

À minha família e todos que incentivam meus sonhos, meus irmãos Arnaldo, André e Thiago; a minha avó Marilza; a minha tia Patrícia, tão presente em minha vida. Quando vocês se realizam, me sinto realizada junto.

Agradeço à minha orientadora e professora Joana Garcia, que me trouxe acolhimento e transformou a sala de aula num espaço seguro para mim e para a Pilar. Você trouxe leveza na caminhada e é uma grande inspiração.

Dedico esse trabalho a todas as mulheres mães, que vivem, resistem e amam na atualidade. E também a todas as mulheres ancestrais que pariram, viveram, amaram e resistiram aos desafios de suas épocas. Todos nascemos de uma mulher.

O Direito das Crianças

Toda criança no mundo
Deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.

Criança tem que ter nome
Criança tem que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.

Não é questão de querer
Nem questão de concordar
Os direitos das crianças
Todos têm de respeitar.

Ruth Rocha

Siglário

AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIS	Centro de Inteligência em Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
H1N1	Hemaglutinina e Neuraminidase
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem Disciplinar
PNS	Política Nacional de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Resumo

Esse Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo fomentar o debate das doenças respiratórias em crianças na primeira infância, a partir da perspectiva e saberes do Serviço Social. Metodologicamente, a pesquisa se orientou pela análise da construção histórica e normativa, voltado a política pública de saúde do Brasil e a construção do Sistema de Garantia de Direitos das crianças e adolescentes, entendendo que ambas são parte fundamental para a consolidação da proteção integral das crianças na primeira infância, instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Também foram utilizados dados estatísticos sobre as notificações e/ou internações de Síndrome Respiratória Aguda Grave no ano de 2024 no Rio de Janeiro, analisando questões pertinentes ao Serviço Social. A partir da análise do perfil socioeconômico, da territorialidade do município e das questões de gênero intrínsecas no processo de adoecimento de crianças, pode-se afirmar que a classe social determina o nível de promoção, proteção e recuperação da saúde que se tem acesso, mesmo se tratando de crianças na primeira infância. E que ainda são necessárias mudanças, no âmbito normativo e principalmente no interventivo, objetivando a garantia da proteção e da saúde integral das crianças.

Palavras chave: Primeira-infância; saúde integral; doença respiratória.

Índice

Introdução	7
1 Considerações sobre a cidadania infanto-juvenil	12
1.1 Criança como “futuro da nação”	15
1.2 O novo paradigma da proteção integral	18
1.2.1- Sistema de Garantia de Direitos e ações (des)articuladas	21
2 A intersectorialidade, os níveis de atenção e a proteção integral	25
2.1 Debater saúde é para quem?	26
2.2 Saúde em níveis de complexidade e alcance	28
2.2.1 A atenção primária em saúde	30
2.2.2 Atenção secundária à saúde	31
2.2.3 Atenção terciária à saúde	32
3 A doença respiratória em crianças na primeira infância	34
3.1 A prevenção à saúde evitando internações hospitalares	39
3.2 A desigualdade social e seus impactos na SRAG	44
4 A questão ambiental e a saúde das crianças na primeira infância	50
Considerações finais	54
Referências	58

Introdução

O tema saúde na primeira infância permeia minha trajetória acadêmica desde o início da graduação, mesmo que não tenha percebido as conexões que faria. Iniciei a graduação de Serviço Social na UFRJ em 2017, e em 2018 comecei a trabalhar em uma maternidade particular, lugar em que enfrentei a pandemia da covid-19 sendo recepcionista da UTI-Neonatal. E presenciei inúmeras famílias que diariamente iam ao hospital desejando levar seus bebês para casa, foi um momento conturbado, uma vez que os pais não podiam ficar no hospital em tempo integral junto a seus filhos, por causa da pandemia.

Essa unidade possui convênio com o SUS e com isso, há diversos leitos para bebês que nasceram em hospitais públicos, muitas vezes as mães permaneciam internadas no hospital de origem enquanto os filhos chegavam sozinhos ou com algum acompanhante no local. Não havia assistente social e quem realizava os relatórios era a psicóloga, eu tive a oportunidade de presenciar os diálogos dela com o Sistema Estadual de Regulação (SER), esse fato é o retrato da desvalorização da categoria profissional do serviço social diante das instituições particulares.

Já na faculdade, iniciei o estágio I no Movimento de Mulheres de São Gonçalo, lugar onde trabalhei com crianças e adolescentes que passaram por situações de violência. Após meu primeiro dia de estágio, descobri que estava grávida. Continuei minha graduação levando minha filha no útero e terminei levando-a em meu colo, um ano e meio após parir, ela continuou indo comigo para a UFRJ. O estágio III e IV realizei na Unidade de Pronto Atendimento - UPA de Sepetiba, fato que me aproximou de novo e mais aprofundado da área da saúde.

Meu caminho acadêmico e profissional foi atravessado pelas demandas das famílias e das crianças que necessitam de políticas públicas para a garantia de seus direitos sociais. E por experiência pessoal, como usuária do SUS, afirmo sua importância durante a gestação e na primeira infância, e pontuo a necessidade urgente de se efetivar a política pública intersetorial com objetivo de garantir o crescimento saudável das crianças na primeira infância.

Considero que debater a saúde na primeira infância seja primordial, uma vez que a saúde perpassa por todos os aspectos socioeconômicos da família. Garantir a saúde é a defesa de uma infância sem violência, com senso de pertencimento

através da convivência familiar e comunitária estruturada, acesso a programas e projetos de educação, lazer e esportes, alimentação saudável e atendimento pelo SUS que identifique através das assistentes sociais se a doença é na realidade a materialização da falta de mínimos sociais. Que as crianças do Brasil não sejam mais o futuro da nação, mas a concretização do presente.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), tem como objetivo analisar a saúde pública para as crianças na primeira infância do Rio de Janeiro, atrelado aos impactos de uma construção histórica sobre a criança pobre no Brasil, que ainda são vivenciados na atualidade. Interessa-nos problematizar como a classe social e a raça/cor impactam no ter ou não acesso à saúde e às condições necessárias ao pleno desenvolvimento.

Também é realizado um breve histórico da construção da “proteção” da criança no Brasil, dando ênfase às legislações existentes, que penalizavam as crianças e suas famílias. A partir da redemocratização, nos planos políticos e normativos houve uma mudança de perspectiva das infâncias e do papel protetivo da sociedade, família e do Estado. A saúde pública no Brasil, é analisada a partir do Movimento da Reforma Sanitária e seus impactos sobre a Constituição de 1988 e na efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

O TCC analisa o tema das Doenças Respiratórias e seus impactos na vida da criança na primeira infância, ciclo de vida que possui maior quantidade de contaminação desse tipo de adoecimento. Recortando assim os fatores de classe, raça, território, questão de gênero que perpassam pela realidade das famílias brasileiras. E também como a falta dos assim chamados “mínimos sociais” está interligada à falta de saúde, podendo ocasionar síndromes respiratórias evitáveis por meio da prevenção, em crianças que possuem o direito a uma vida de desenvolvimento integral.

É dever do assistente social garantir a defesa dos direitos das crianças na primeira infância. O Marco Legal da Primeira Infância, lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para as mesmas, onde caracteriza a primeira infância e suas políticas públicas, através dos princípios e diretrizes para a sua formulação e implementação, pontua no Art 4º que os atendimentos devem: “I - atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e de cidadã”. Esse trecho traz duas pontuações importantes: Primeiro, caracterizando a criança como cidadã e sujeito de direitos, princípio normativo instaurado em 1990

com a promulgação do ECA, o Estado brasileiro proclama o direito à igualdade de todas as crianças, sem distinção de raça, classe, etnia, etc. Porém, na realidade concreta a população ainda atravessa dilemas que são originários da construção histórica, como a visão de criança pela perspectiva de classe e raça e da educação por meio da punição e violência. Segundo, a necessidade de se iniciar o trabalho de inclusão das crianças na participação popular de formulação, implementação e controle das ações e serviços a que possuem direito. Esta escuta é concretizada a partir de profissionais qualificados, que de forma lúdica conseguem identificar demandas e a qualidade do impacto do programa estabelecido, com isso, é efetivado a inserção da criança como sujeito de direitos civis, políticos e sociais. Projetos voltados às crianças, através das crianças.

E qual o papel da(o) assistente social diante de situações que envolvam crianças no cotidiano do trabalho? O Código de Ética Profissional do/a Assistente Social normatiza a intervenção profissional, através de determinações éticas, que são fruto da reorganização política e renovação da profissão. Este determina a defesa dos interesses da classe trabalhadora e das crianças de todas as classes. É determinado como valor ético central a liberdade, que caracteriza a emancipação, autonomia e plena expansão, olhando na perspectiva conservadora esses termos podem parecer ilógicos se tratando de crianças, porém para a garantia de direitos civis, políticos e sociais não o são, uma vez que a criança possui a capacidade de aprendizado com a transmissão de informação adequada à idade, possui também a possibilidade de escolha consciente, o que assegura a plena expansão, já a autonomia é resultado da efetivação das políticas públicas através da escuta e participação popular das crianças, objetivando a emancipação de seus interesses sociais. O tratamento moralizante que historicamente é designado ao comportamento das crianças pode ser substituído pelo reconhecimento e efetivação da liberdade.

Porém a agenda de formulação de políticas públicas é imprescindível para se falar da concretização da saúde para crianças na primeira infância no Brasil. Esse tema começa a ser discutido e implementado nesta agenda desde o século XX, no entanto, mesmo que a saúde pública para crianças já seja debatida há anos, ainda não foi concretizado na atualidade um modelo de saúde baseado na proteção

integral e intersetorial. Com base na leitura das normativas e estudos históricos, considera-se que a saúde para crianças foi - até a Reforma Sanitária - predominantemente baseada no modelo assistencial, na perspectiva de controle de doenças (e de doentes), na recuperação e na medicalização como referências centrais. Na atualidade, a perspectiva conservadora leva a prevenção à saúde ser concretizada nas políticas públicas através da vacinação, sem levar em conta os fatores intersetoriais como a convivência familiar e comunitária, condições materiais da casa (para além do saneamento básico), a alimentação ou o brincar, ou seja, não há o debate sobre a redução das vulnerabilidades sociais com o objetivo de se assegurar a promoção à saúde das crianças na primeira infância.

É possível identificar que historicamente a saúde do país tem se desenvolvido através de três vertentes, a primeira caracterizada pela filantropia, que possui um olhar às crianças pobres como desafortunadas e com o sentimento de pena, muito ligada à religiosidade. Em segundo lugar, a privatização da saúde pela mercantilização, pautada no sistema capitalista em que o acesso é concedido somente a quem possui capital, esse modelo está fortemente baseado na vacinação como prevenção (somente) e na medicalização da vida, mesmo que em crianças na primeira infância. E a saúde pública, concretizada através do Sistema Único de Saúde, esta foi planejada e escrita legalmente de forma completa e detalhada, porém ainda não há completude em sua concretização, em vez de se assegurar a saúde integral para todos, os serviços se tornaram focalizados e voltados aos mais pobres. Culturalmente se tem a crença de que a saúde pública é inferior aos serviços de saúde privada e com isso, cresce a comercialização de planos de saúde para crianças.

É necessário olhar para as crianças na primeira infância no Rio de Janeiro em todos seus aspectos e entender porque e onde a saúde integral não está sendo efetivada. O sistema capitalista e a cultura socialmente reproduzida se mostram perversos com as crianças, uma vez que as expressões da questão social podem as impedir de desenvolver suas plenas capacidades, o que afetará também em sua vida adulta. Fatores como a fome, o trabalho infantil, a falta do brincar e da convivência comunitária, a casa com estrutura inadequada à criança, acesso à sujeidades pela falta de saneamento básico, exposição a violências, ou seja,

aspectos sociais, materiais e mentais acarretam na doença. Os profissionais da saúde, devem sair de dentro dos muros das instituições, para que chegue até os núcleos familiares, garantindo assim um olhar integrado do acesso à saúde.

De acordo com os autores CALDAS e PINTO, o IBGE realiza a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C), que é responsável por coletar e analisar dados estatísticos dos mais diversos temas. Em 2022, inicia-se a maior pesquisa sobre a avaliação da saúde infantil, principalmente do nível de atenção primária, respondida pelos responsáveis de crianças de até 13 anos de idade, “e que, juntamente com a PNS-2019, permitem traçar uma linha de base para avaliar os usuários dos serviços de APS no âmbito do SUS” (CALDAS e PINTO, 2022, p. 3155). Este trabalho é essencial, uma vez que assegura a participação popular de forma abrangente, na avaliação e na implementação de políticas públicas. Para o/a assistente social, essa pesquisa é fundamental para orientar o trabalho profissional de acordo com as demandas e avaliações, evidenciando a saúde da criança, através da perspectiva da família.

Com isso, o TCC evidenciará aspectos socioeconômicos necessários à efetivação da saúde e da proteção integral de crianças na primeira infância. Evidenciando a necessidade de mudança no âmbito das políticas públicas, almejando a maior participação popular, o acesso igualitário nos diferentes bairros do município do Rio de Janeiro e a melhor qualidade de vida das crianças, assegurando os seus direitos sociais.

1 Considerações sobre a cidadania infanto-juvenil

Para analisar a cidadania infanto-juvenil, é necessário olhar a construção histórica desde o Brasil Colônia, em que as crianças vivenciavam a escravidão, ou seja, o trabalho forçado e pesado desde a primeira infância, sendo também separadas de suas famílias e submetidas a castigos cruéis. São valores que herdamos da escravidão: a imagem ideológica da criança educada, limpa, bonita e saudável marcada até hoje pelo quesito raça/cor e classe social a que ocupa.

Com o fim da escravidão, as crianças pobres e pretas não deixaram de sentir o peso do trabalho, pois fazer parte de um ofício se torna a parte central no papel da educação. As crianças que ocupavam as ruas, fazendo parte da convivência comunitária na época, eram vistas como marginais e abandonadas, e o trabalho as edificaria. Nesse período, o lugar de criança é no seio familiar, fortemente marcado pela religiosidade e pelas condições sociais das classes média ou alta, fazendo com que crianças pobres fossem retiradas de suas famílias, em prol da "proteção" via institucionalização, sendo vista como meio de possuir melhoria de vida.

Baseando-se no retrato histórico normativo, a primeira legislação brasileira a abordar o "direito" da criança e do adolescente foi o Código de Menores, em 1927, que nomeava crianças e adolescentes pobres como "menores" e se baseava no autoritarismo e práticas violentas, objetivando o controle dos menores delinquentes e abandonados para manter a ordem social.¹ A saúde pública era baseada no modelo higienista, voltado às classes empobrecidas, com forte intervenção médica e alijamento dos usuários acerca de seu estado geral, sobretudo quando crianças. É essa perspectiva que temos que enfrentar culturalmente na atualidade, fruto da construção histórica do olhar sobre a criança.

Já em meados da década de 1970, com o objetivo de ruptura dos modelos de saúde vigentes, baseados no assistencialismo e na mercantilização da saúde, se iniciou o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que foi construído através do trabalho conjunto dos movimentos populares, de intelectuais e da sociedade civil. A Reforma Sanitária almejava consolidar a saúde como direito de todos através das

¹ Em 1979 é promulgado o 2º Código de Menores, que estabelece a situação irregular da criança denominada "Menor", possuindo o caráter de institucionalização compulsória e punição, ainda que aparentasse maior assistencialismo.

políticas públicas. O enfrentamento das desigualdades sociais na época foram marcadas pela luta a favor da saúde democrática, sem distinção de raça/etnia, gênero ou faixa etária.

Nesse momento, a criança passa a ser vista pela ideologia dominante como “futuro da nação”, o que se assemelha a dizer que a criança passa a ser vista e tratada como futura classe trabalhadora, ou seja, mão de obra. A educação da criança na primeira infância é baseada no trabalho e as instituições de longa permanência passam a ser centradas no assistencialismo, diminuindo o punitivismo.

Por isso, a centralidade do trabalho nas ações de assistência para os pobres continuará ainda no período republicano. Era preciso incutir a disciplina do trabalho nas crianças, objetivando a “proteção da sociedade” contra “futuros” delinquentes ociosos. (MELIM, 2012, p.169.)

Ainda falta um longo caminho para que as crianças sejam efetivamente vistas como cidadãs, devido à construção histórica da concepção das crianças no Brasil. Desde o Brasil Colônia até 1990 as crianças foram tidas como classe trabalhadora, marginais ou delinquentes, a pobreza foi associada ao abandono e delinquência. Sem haver o debate sobre as condições estruturais do sistema capitalista às famílias brasileiras.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi promulgado no dia 13 de julho de 1990, considerado o marco da promoção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, é também a primeira legislação a especificar a saúde para as mesmas. É possível afirmar, as crianças só passaram a ser socialmente vistas como sujeitos de direitos há 34 anos. Já o Marco Legal da Primeira Infância foi promulgado em 2016, somente há 8 anos. Considerando a história do país, as referidas legislações são ainda muito recentes, com isso, se faz necessário a formulação de debates e aprofundamento no tema entre os profissionais da seguridade social, para formular e implementar políticas públicas intersetoriais que visem o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.

A primeira infância é caracterizada pelo período da gestação até os seis anos completos, essa faixa etária é primordial, pois estudos comprovam a importância desse período para o desenvolvimento mental, social e físico a partir do amadurecimento do cérebro, levando os impactos de suas vivências e aprendizados para a fase adulta. E através da convivência familiar as crianças vivenciam a socialização primária, uma vez que a família transmite valores e aprendizados às

crianças. O trabalho educativo da(o) assistente social tem como objetivo a disseminação dos deveres da família e a garantia dos direitos sociais das crianças, uma vez que visam o desenvolvimento, quando articulam os códigos de interação que podem favorecer autonomia, autoestima e saúde.

Se faz necessário também o amplo debate com a população, para que o período da primeira infância passe a ser conhecido pela sociedade, com o objetivo de que as crianças estejam em ambientes respeitosos, acolhedores e saudáveis, e para lhes assegurar o desenvolvimento integral, garantindo a convivência comunitária. O Art 4º do ECA aponta “IX - promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.”

A seguir é exposta na figura 1 a linha histórica que simplifica as legislações brasileiras voltadas às crianças e adolescentes, de 1890 até os dias atuais. As legislações brasileiras eram voltadas à penalização de crianças pobres, já as crianças de classe média ou alta não eram citadas ou referenciadas, demonstrando o extremo recorte de classe, mesmo quando se tratava da vida de crianças em desenvolvimento.

Figura 1: Marcos Históricos sobre Infância.



Fonte: Construído pela autora.

Ainda na atualidade, as concepções em torno da vida na infância são demarcadas pelo entendimento do adulto, e isso faz com que as crianças não

tenham voz, autonomia ou posicionamento, apenas acatam aquilo que lhes é designado. Em passos curtos, o Brasil caminha para o entendimento social de que criança é sujeito de direitos e deve ser respeitada, baseada nos direitos e deveres do ECA. Todos enquanto sociedade, o Estado e a família devem assegurar seu bem estar, ou seja, assegurar seu crescimento saudável.

Por exemplo, é necessário romper com a construção histórica e social da educação violenta, fato que é fortemente arraigado na sociedade brasileira. A punição é tida como ensinamento. Porém, no íntimo dessa criança em desenvolvimento a violência causa grandes danos psicológicos, sociais, mentais e até de aprendizagem. Ou seja, a criança na primeira infância que se encontra em situação de vulnerabilidade, pode carregar consigo as marcas de seu sofrimento por toda vida adulta, pois a primeira infância é o momento em que o cérebro se desenvolve plenamente ou pode se restringir pela dor vivenciada.

A saúde é imprescindível para se alcançar a cidadania infantil, assegurar ambientes seguros, convivência familiar e comunitária, acesso a instituições de saúde, de educação e lazer, faz com que a máxima “futuro da nação” tenha um sentido verdadeiro em cuidar do desenvolvimento integral de todas as potencialidades da primeira infância, visando um futuro com adultos mais saudáveis do que os de hoje. O acesso a essas instituições são indiretamente um trabalho de prevenção a doenças, uma vez que o brincar e o pertencimento são estímulos à saúde, tanto fisicamente, quanto socialmente e mentalmente.

É necessário analisar as causas das doenças que afligem as crianças na primeira infância, pois o trabalho preventivo se dará a partir da perspectiva integral, onde fatores socioeconômicos, culturais, materiais, mentais, etc, serão levados em consideração. Pois se uma certa comorbidade atinge a primeira infância de forma sistemática através de gerações, como no caso das doenças respiratórias, é necessário olhar coletivamente onde está a expressão da questão social que agrava e multiplica os casos.

1.1 Criança como “futuro da nação”

O Primeiro Código de Menores, caracteriza como destinatários da política os “menores”. Este termo foi cunhado para as crianças em situação de extrema vulnerabilidade social, vivendo em situação de pauperismo ou em situação de rua,

que na linguagem da época eram chamados de vadios, e desvalidos: os que habitualmente pedem esmola para si ou para outrem. O projeto de lei (caracterizado pelos valores presentes na época) institui e executa as políticas públicas através da perspectiva da menorização, onde caracteriza as crianças como delinquentes e abandonados. As crianças eram institucionalizadas e recebiam tratamento moralizante em prol da ordem e da disciplina. Com o objetivo de controle social, a história da criança pobre brasileira é marcada pela violência.

Não havia pensamento crítico sobre a realidade vivenciada pelas crianças, nem políticas públicas voltadas para o acolhimento, reinserção social em suas próprias famílias e/ou melhoria das qualidades de vida. Eram tratados como marginais, sujeitos sem direitos.

Já a política pública de saúde para a primeira infância é implementada e debatida desde o século XX, em que a elevada taxa de mortalidade infantil das crianças pobres deveria ser combatida através de instituições públicas. Essa preocupação social sobre a saúde das crianças era fruto da visão da “criança como futuro da nação”, fortemente instaurado na época. Moncorvo Filho foi médico pediátrico, que implementou a higiene infantil defendendo a mudança de perspectiva para o viés da proteção integral através da política pública, principalmente a assistência para as crianças pobres. Em 1899 fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, localizado no Rio de Janeiro.

Ele preconizava uma organização que deveria inspecionar e regular as amas de leite, estudar as condições de vida das crianças pobres, providenciar proteção contra o abuso e a negligência para com menores, inspecionar as escolas, fiscalizar o trabalho feminino e de menores nas indústrias. (Wadsworth, 1999)

De acordo com Wadsworth, a organização criada por Moncorvo Filho oferecia serviços de saúde, como consultas, cirurgias, assistência ao parto e consultas para as amas de leite. Também confeccionava roupas e organizava doações para as crianças pobres. A proteção à criança era embasada na filantropia e assistencialismo, porém havia uma preocupação com a mudança no âmbito da saúde, e a partir dessa vertente de cuidado começa a se desenhar a perspectiva de do modelo protetivo, com as necessidades sociais sendo consideradas, logo, um início para o modelo de assistência integral à infância.

Na década de 1920 o Rio de Janeiro era a Capital Federal do país, num contexto de grande centro comercial e urbano, a classe trabalhadora vivia nas

favelas e a questão sanitária começa a ser fortemente debatida, mas por quê? Culturalmente, a pobreza é vista como sujeidade e a falta de saúde é atribuída a questões morais individuais. Porém, para além da perspectiva conservadora e moralizante do indivíduo, o país passava pela urbanização em grande escala e a questão do saneamento básico passa a ser importante para a manutenção da mão de obra trabalhadora, garantindo a saúde dos mesmos.

Especificamente em 1920, a criança, por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, recebia assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias. Nessa época, iniciaram-se discussões a respeito do aleitamento materno, visto que, se as crianças menores permanecessem doentes, aumentaria o número de faltas entre trabalhadoras nas indústrias. Para tanto, o estímulo ao aleitamento materno teve como meta reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho proposta. (Pagliaret al, 2014).

Historicamente, começa a se pensar a política pública de saúde, como a forte campanha de vacinação, porém como visto acima, para crianças a recuperação da saúde está atrelada ao mercado de trabalho, para controle da classe trabalhadora. Com isso, qual acesso a serviços tinham as crianças de pais desempregados?

A classe trabalhadora não se enquadra no padrão cultural de criança idealizado, que são de classe média e brancos, portanto passam a ser vistas como o atraso e em situação de irregularidade, classe e raça estão interligados a ideologia higienista que caracteriza a pobreza como sujeidade que acarretam em doenças, a insalubridade pela falta de saneamento básico é ligada ao desvio de caráter e a criminalidade. Nesse contexto moralizante que os adultos exprimem a realidade, as crianças vivenciam atos de discriminação e violência, sem serem vistas como sujeito de direitos e sem a garantia do mínimo social, como a garantia da saúde e de seu desenvolvimento integral.

As habitações não possuíam condições seguras para a criança, no Rio de Janeiro, às famílias pobres foram expulsas de suas moradias, o “bota-abaixo” em 1902, demoliu as casas da classe trabalhadora, conhecidas como cortiços, que se encontravam nas áreas perto dos portos (local que passa a ser importante com o início da industrialização). Com isso, começa a surgir o fenômeno de favelização e as casas continuaram a ser construídas e habitadas sem o mínimo socialmente necessário, ou seja, sem saneamento básico, água tratada ou coleta de lixo. Estrutura esta que influencia diretamente no índice de mortalidade infantil e de

adoecimento. Porém em vez da responsabilização do Estado através da implementação de políticas públicas para uma reconstrução urbana igualitária, a pobreza extrema era caracterizada como indigência, num discurso meritocrático. Ou seja, a partir do caráter punitivista da legislação, a família é culpabilizada e moralizada diante da perspectiva de classe. Mais adiante, no capítulo 3.2, será mostrado o impacto da territorialização do Rio de Janeiro na saúde de crianças na primeira infância.

Diante desse cenário, é necessário pensar criticamente sobre a realidade vivenciada, a falta dos mínimos sociais e a falta de saúde integral das crianças pauperizadas diante da escassez de políticas públicas.

Logo, a trajetória das crianças na sociedade brasileira é marcada pela segregação, criminalização e repressão. A perspectiva dominante foi marcada pelos valores sociais presentes em cada período histórico, ainda que uma dicotomia se fizesse presente ao longo do tempo: Criança x Menor. O viés da menorização as apresenta como delinquentes e/ou abandonadas, infratores e até caso de polícia, considera as crianças pobres como perigo à ordem social e a partir disso é necessário tratá-las com controle e repressão. Neste viés, as instituições assumem um caráter punitivista, autoritário e/ou assistencialista.

Como citado anteriormente, com a crescente luta pelos direitos sociais durante e após a promulgação da Constituição de 1988, o direito da criança passa a ser de fato construído através do ECA, legislação que abrange todas as crianças e adolescentes, e passam a ser vistas como sujeito de direitos, sem distinção de classe, raça ou etnia, e sem sofrer nenhum tipo de discriminação, nisso, a punição é substituída pela noção de proteção integral e promoção dos direitos sociais.

Deve-se pontuar que a visão de criança como sujeito de direitos foi efetivada através da legislação, mas a sociedade ainda as trata muitas vezes através da perspectiva da menorização, uma vez que várias visões do senso comum segmentam crianças com distinção: as que devem ser protegidas e outras a serem disciplinadas, que atravessa a perspectiva de raça, classe e etnia. É trabalho da/o assistente social a orientação dos indivíduos e da coletividade, através do caráter educativo e da disseminação de informação para o rompimento do tratamento cruel e moralizador para as crianças e adolescentes, almejando o acesso aos mínimos sociais que garantam sua plena expansão, desenvolvimento e saúde.

1.2 O novo paradigma da proteção integral

Em 1985, o país passava pelo processo de redemocratização, com o fim da ditadura militar. A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu em março de 1986, em Brasília, e foi um marco importante no país, pois o movimento da reforma sanitária adquiriu tamanha força e influência que na Conferência começa a ser construído coletivamente as bases e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, através dos debates sobre a reformulação do sistema nacional de saúde e a perspectiva da saúde como direito inerente à cidadania.

Além das necessidades da efetivação da política pública de saúde, é pontuado na VIII Conferência, o conceito de saúde integral, a caracterizando como o acesso ao bem estar social e mental, acesso à educação, habitação, a água tratada, alimentação, ao brincar e todos os mínimos sociais que consolidam a saúde. Indo além do saber da época, que afirmava a saúde sendo ausência de doença física e baseado no atendimento central do médico

Contudo, na Conferência não houve debates específicos sobre a garantia da saúde para crianças e ainda também não haviam especificações ou pesquisas sobre a Primeira Infância. A Dra. Carmem Barroso, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em seu discurso em defesa dos direitos reprodutivos pontua “em respeito aos direitos das mães e dos pais trabalhadores, e criação de creches em todos os locais de trabalho, nos hospitais, nos centros de saúde, nas fábricas, etc.” (BARROSO, p. 118). Nesse pequeno trecho entre inúmeros discursos, é possível analisar a principal demanda das crianças na primeira infância da época: a creche e sua ligação com a promoção da saúde da família, que configura um local seguro e que garanta seu desenvolvimento enquanto os responsáveis estão no trabalho ou em outras instituições.

A mudança no cenário social e político se dá a partir da promulgação da Constituição de 1988 efetivada graças à luta dos movimentos populares, da Reforma Sanitária e da VIII Conferência de Saúde, ocorrem grandes mudanças na consolidação da saúde através da implementação do Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal define a saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal do Brasil, 1988, art. 196).

Ou seja, a saúde deixa de ser objeto de filantropia e da mercantilização através da saúde privada e passa a ser dever do Estado, efetivado através das políticas públicas previstas no Sistema Único de Saúde. Baseadas no tripé da Seguridade Social: Saúde, Previdência e Assistência, esse conjunto tem como objetivo a redução de desigualdades sociais, analisando e interferindo sobre os aspectos da Questão Social, que torna o indivíduo exposto a vulnerabilidades sociais, seja na doença, pobreza ou velhice. Mas quando as crianças na primeira infância passam a ser vistas como sujeitos de direitos, e criam-se políticas públicas voltadas para a faixa etária adequada?

Através da luta democrática que se instaura nesse período, em 1990 é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente e por meio da legislação todas as crianças são tidas como pessoas em desenvolvimento e possuindo todos os direitos fundamentais, em detrimento da ideologia do menor delinquente. A política pública passa a conter o viés protetivo e de cidadania, e esse novo olhar à criança começa a se traçar novos caminhos para socialmente efetivarmos o respeito e a igualdade independente da faixa etária, pois mesmo que a sociedade nos separe entre crianças, adultos e idosos (que muito tem a ver com mão de obra atuante ou não) somos todos em lei considerados como pessoa humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a proteção integral e com isso, introduz uma visão abrangente sobre saúde, incluindo todas as crianças e adolescentes através do SUS. A promoção de políticas públicas universais e de acesso igualitário, pauta-se na democracia e é baseada na consolidação dos Direitos Humanos no Brasil. Com esse marco, a legislação brasileira avança no tratamento social à criança como cidadã, explicitando a garantia dos direitos sociais, independente da classe social, raça e etnia que integra.

O primeiro direito fundamental pontuado no ECA é Do Direito à Vida e à Saúde, o mesmo trata incisivamente da saúde do recém nascido e da gestante, detalhando os direitos da parturiente, de apoio à amamentação, exames e consultas que possuem direito. Se tratando especificamente da primeira infância, é pontuado o direito ao atendimento odontológico, à vacinação e a máxima prioridade nos atendimentos em caso de suspeita ou violência confirmada.

§ 3º—Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e

permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário. (ECA; Art. 11).

Pontua-se então a importância da formação permanente aos profissionais de saúde, com ênfase específica às crianças na primeira infância, sendo de extrema importância para se identificar demandas através da forma de comunicação de cada faixa etária.

Ainda que na contemporaneidade, haja avanços no âmbito da legislação, as políticas públicas ainda possuem um viés focalizado e descentralizado, fruto do neoliberalismo e do projeto de privatização de serviços públicos. O viés da política pública é demarcada pela luta de classes, podendo conter um caráter de perspectiva de controle (defendido pelo conservadorismo), quanto num viés protetivo, visando o acesso a todos. É importante salientar que para se efetivar a garantia de direitos das crianças, da saúde e do desenvolvimento integral, as políticas públicas devem seguir o modelo de proteção integral, preconizado no ECA.

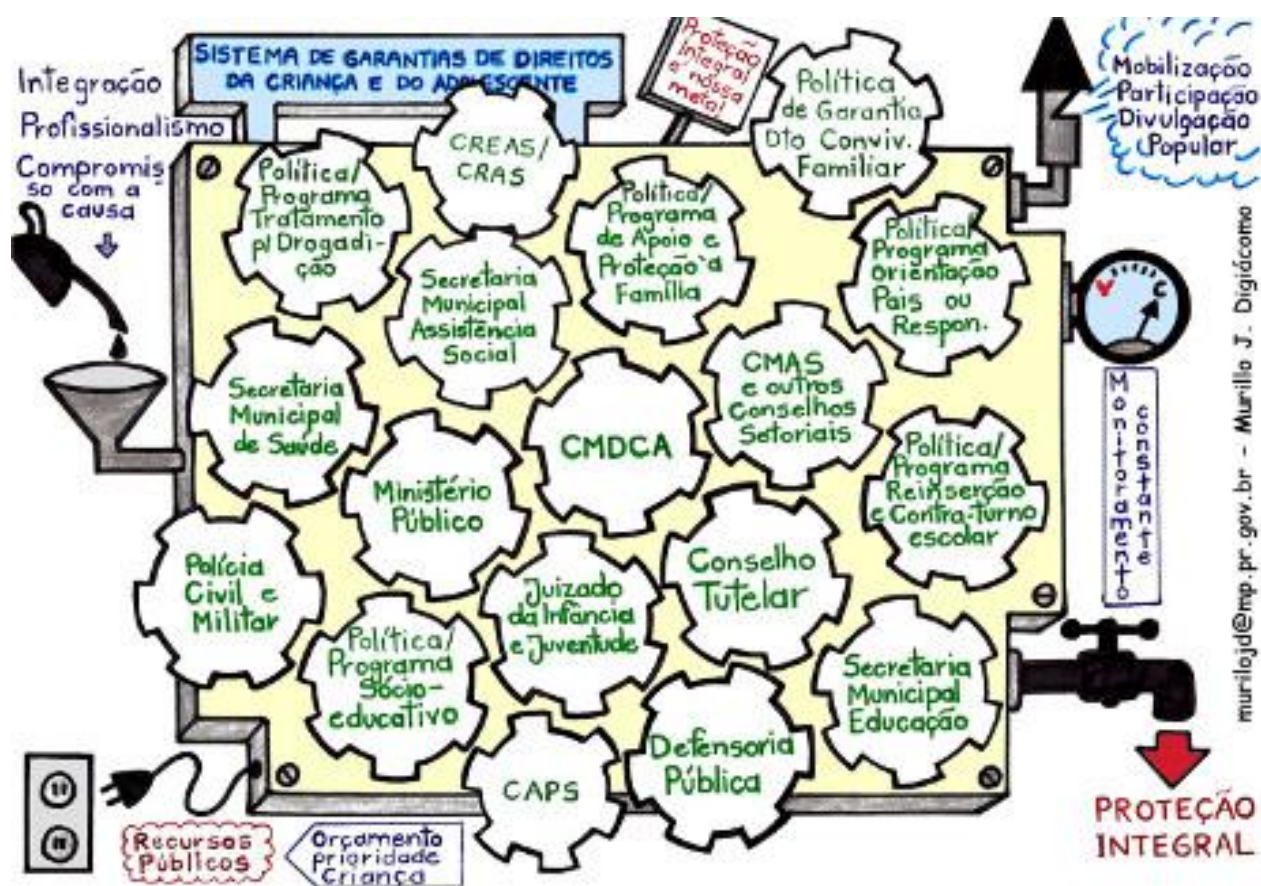
E por que a saúde ainda é tratada com ênfase na perspectiva médica e hospitalar? O ECA poderia ter sido mais abrangente e ter especificado a saúde integral que foi defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde? O que é afinal a saúde para crianças na primeira infância?

1.2.1- Sistema de Garantia de Direitos e ações (des)articuladas

Ainda se perpetua cultura de silenciamento, através do discurso que a criança não sabe o que está falando, causando perda da opinião pela infantilização. Porém, é garantido pelo ECA no Artº 16 o direito à liberdade de opinião e expressão. Para a identificação de demandas para além da doença física, é necessário que o profissional da área de saúde esteja capacitado profissionalmente para ouvir a criança na primeira infância, compreendendo sua comunicação. Sendo efetivado a capacitação profissional, o próximo passo é a formulação e implementação de políticas públicas que foram analisadas e planejadas de acordo com a participação popular das crianças na primeira infância, ou seja, projetos voltados às crianças e produzidos junto a elas. Para que haja um rompimento da formulação somente através das necessidades da família, dos responsáveis ou da sociedade.

Ainda é necessário que as/os assistentes sociais aprofundem os estudos acadêmicos e profissionais sobre os primeiros anos de vida e sua importância para a fase adulta. Podendo através da pesquisa, analisar os impactos socioeconômicos na garantia da saúde, nutrição, através da alimentação saudável e do aleitamento materno, a cultura, o brincar, a convivência familiar e comunitária e o meio ambiente, pois a garantia da promoção da saúde desencadeia no desenvolvimento integral.

Figura 2: Sistema de Garantia de Direitos como engrenagem



Fonte:
https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/download/sistema_garantias_grande.zip

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDC) foi instituído pela Resolução CONANDA nº 113 de 19/04/2006, com o objetivo de articular as instituições de políticas públicas do Estado, com a sociedade e a família, para garantir a efetivação e a manutenção dos direitos das crianças no Brasil. Para as crianças na primeira infância é imprescindível a articulação da rede intersetorial

com o objetivo de garantir o desenvolvimento integral, uma vez que, se as ações forem focalizadas ou falhas, pode-se acarretar em violações de direitos que poderiam ter sido evitadas.

O SGDCA foi comparado a uma engrenagem, uma vez que todas as instituições, programas ou projetos são necessários à garantia de direitos, sendo um complementar ao outro. Este modelo pressupõe uma integração e coesão que representam mais desafios do que realidade. Com exemplo, o trabalho da/o assistente social na saúde, ao realizar uma entrevista com os familiares pode-se identificar demandas para além da síndrome respiratória (que os fizeram ir a instituição), com isso, se faz necessário a articulação com a rede para efetivar o acesso aos programas necessários à resolução da expressão da questão social apresentada, como a assistência, a educação, ou outros níveis de saúde. Porém, a desarticulação da rede pode fazer com que a instituição referida não saiba do ocorrido (por meio da falta de discussão de caso entre profissionais) e se o esse encaminhamento não for efetivado pelo usuário, a criança continuará desamparada pelo Estado.

Já sobre os eixos estratégicos, o SGDCA foi instituído para implementar as ações previstas nos direitos fundamentais do ECA e possui três eixos de ação voltadas aos órgãos públicos e ONGs, sendo eles de defesa dos direitos humanos, promoção de direitos e controle social. O primeiro é necessário em casos de rompimento de vínculos ou violação de direitos, e compõe como instituições o Conselho Tutelar, Ministério Público, ou seja, instituições jurídicas. Em segundo lugar, a promoção de direitos, que é defendida ao longo do TCC, uma vez que promover os direitos humanos garante os mínimos sociais necessários à efetivação da saúde para as crianças na primeira infância. E em terceiro, o controle social, que inclui os conselhos, os órgãos de controle e a sociedade civil, como dito acima é necessário uma mudança de implementação e de avaliação, a partir da inclusão das crianças no processo de controle das políticas que são voltadas a elas.

Os direitos fundamentais no ECA são: direito à vida e à saúde; à liberdade, respeito e à dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; à educação, cultura, esporte e lazer; e à profissionalização e proteção no trabalho. A saúde é caracterizada pela garantia de todos os direitos pontuados acima, uma vez que na Conferência Internacional de Saúde de 1946 a OMS estabeleceu que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de

doença ou enfermidade”. A criança pode apresentar sintomas físicos de doença devido a falta de mínimos sociais ou a exposição a violências, mas mesmo que esse sintoma não ocorra é caracterizado como doença, uma vez que é negligenciado a saúde mental, o aprendizado, as habilidades sociais, impossibilitando a criança na primeira infância de desenvolver suas plenas capacidades pelo rompimento do desenvolvimento integral.

Também é necessário fazer uma crítica ao modelo de trabalho imposto aos profissionais, pois tanto as instituições privadas, quanto as instituições da Seguridade Social mantém o padrão de trabalho voltado à mecanização dos processos, buscando resultados quantitativos, em detrimento do qualitativo. Juntamente à precarização das relações de trabalho, dos espaço e equipamentos necessários, esse fenômeno do corte de recursos públicos impacta diretamente na garantia ou não da proteção integral e prioritária das crianças na primeira infância.

Ou seja, o SGDCA é composto pelos profissionais que atuam nas instituições de promoção e proteção de direitos da criança, mas para além das relações profissionais, as normas institucionais, o orçamento público e o controle social tem impacto sobre sua garantia. Sendo assim, como previsto no Art 4º do ECA, “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos”. Se a engrenagem trabalhasse de forma efetiva, o desenvolvimento integral da criança seria assegurado e assim se efetivaria a saúde. Mas, cabe uma questão conceitual: as relações neste contexto societário podem ser traduzidas como uma engrenagem?

2 A intersectorialidade, os níveis de atenção e a proteção integral

A saúde não se configura como ausência de doença. “Para a Organização Mundial de Saúde, é mais do que isso: além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem estar físico, mental e social.” (AROUCA, 1987, p. 35) Ou seja, o conceito de saúde integral e intersectorial se constitui pelo acesso à educação e a cultura, à moradia digna com saneamento básico, à convivência familiar e comunitária baseada no respeito, na confiança e no pertencimento. Ter autonomia (dentro dos limites da faixa etária) e um ambiente adequado para o desenvolvimento das potencialidades infantil, todas essas características constituem o acesso ou a falta de saúde.

Logo, a doença é demarcada pela expressão da questão social que reverbera nas famílias brasileiras, as vulnerabilidades sociais para além da demanda física. Quando o assistente social está em atendimento com o usuário, lida diretamente com demandas de todo o núcleo familiar, e é necessário olhar para além da perspectiva dos problemas dos adultos, para identificar as necessidades de saúde das crianças, principalmente da primeira infância, de modo que sejam vistas e atendidas.

A saúde é debatida e implementada no Brasil de acordo com duas vertentes que são contraditórias e carregam em si concepções políticas e ideológicas. A perspectiva de saúde integral, que foi debatida a partir da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, busca atender as demandas de forma intersectorial, efetivada através dos níveis de complexidade do SUS e em conjunto com as instituições de assistência. Em contrapartida, há o atendimento centrado no modelo biomédico e na medicalização da vida, através da mercantilização da saúde, e possui como objetivo o tratamento da dor.

No debate da saúde de forma integral e intersectorial, a primeira infância deve ser prioridade absoluta, estabelecido pelo artigo 227 da Constituição Federal, uma vez que esse período é marcado por grandes aprendizados e crescimento físico, social e intelectual. A saúde integral considera todas as demandas presentes que são necessárias ao desenvolvimento integral, potencializa as capacidades e as singularidades de cada criança, e identifica riscos de situações de vulnerabilidade e

de adoecimento que é imprescindível para garantir a promoção e prevenção da saúde.

Nessa perspectiva é pode-se afirmar a necessidade de se olhar as doenças respiratórias em crianças na primeira infância, para além dos sintomas físicos e sua resolução da dor, mas para quais fatores socioeconômicos desencadeiam a mesma. Como as condições de classe, que a criança está inserida, permeiam o processo de adoecimento?

2.1 Debater saúde é para quem?

Podemos pontuar que a saúde na perspectiva da integralidade abrange o trabalho profissional das assistentes sociais, uma vez que é utilizado o trabalho intersetorial. O assistente social analisa a saúde através das condições socioeconômicas em que a criança está inserida, identifica o acesso a bens que estimulem o desenvolvimento integral ou a privação da mesma, se a convivência familiar e comunitária está sadia, a territorialização, entre outros.

Porém, é evidente que essa concepção não se materializou na implementação das políticas públicas, uma vez que a saúde pública é permeada por questões políticas e relações contraditórias. Na realidade o trabalho em saúde se concretiza de forma descontinuada e focalizada, projeto fomentado pela privatização e do atendimento centrado no saber médico. Nessa mesma lógica de atenuar o trabalho do SUS, a saúde das crianças na primeira infância é posta como uma extensão da saúde da família ou da mãe, ou seja, os programas e projetos para a implementação da saúde não são a partir da leitura da criança, mas da necessidade dos adultos.

Também é possível notar a perspectiva da focalização a partir da atuação dos profissionais, por exemplo, em casos de doenças físicas as análises da assistente social não são levadas em consideração. É um recorte associado à hierarquia do saber e a importância social que se dá a determinadas profissões, principalmente a medicina. Também há a crença de que o serviço social está atrelado somente à assistência, fruto da construção histórica da profissão, uma vez que se deu início no Brasil em 1930 a partir das damas de caridade ligadas à igreja católica, essa concepção ainda é disseminada socialmente e é necessário romper com esse paradigma da caridade aos mais pobres. Afirmando também considerando experiências

no estágio, onde foi declarado que pesquisar a saúde da criança voltada às doenças respiratórias não seria debate para o Serviço Social. A intenção do TCC é demonstrar que as condições socioeconômicas, a territorialidade e as questões de gênero e classe estão diretamente conectadas às frequentes notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG nas crianças da primeira infância.

Tratando-se da totalidade da política pública de saúde, nota-se que passa por ciclos constantes de desmonte, a saúde integral não foi totalmente concebida pelos profissionais, a desarticulação e a fragmentação dos atendimentos faz com que a saúde integral da criança na primeira infância (pessoa em desenvolvimento, de acordo com o ECA) não seja plenamente efetivada, pela falta de aprofundamento no debate e pela estrutura institucional, que direciona um trabalho mecânico e alienado ao profissional. É dever dos assistentes sociais questionar qual tipo de saúde as crianças possuem acesso e como as expressões da questão social impossibilitam o desenvolvimento integral e ocasionam doenças físicas.

Já a saúde através da perspectiva do saber biomédico não há trabalho interdisciplinar ou o acionamento da rede intersetorial, uma vez que é baseado unicamente no saber médico. Não são analisadas as condições socioeconômicas, o contexto familiar ou as questões territoriais, tampouco analisadas as causas do adoecimento, mas foca em medicalizar os sintomas físicos que as acometem de forma paliativa.

“O centro da atenção no Modelo Biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento”. (CUTOLO, 2006, p. 17)

Esse modelo de saúde está fortemente atrelado ao sistema capitalista e ao capital financeiro, pois o adoecimento inclusive de crianças é vista como lucro (do setor farmacêutico e hospitalar) e com isso, não são disseminadas informações a respeito da promoção e prevenção da saúde de forma efetiva.

A saúde privada faz com que o acesso ao atendimento dependa das condições econômicas, da classe social, e até da raça/etnia que o paciente ocupa, sendo fatores necessários para sua obtenção. Ou seja, acessa quem tem o capital para acessar. Essa exclusão de parte da sociedade brasileira, inclusive das crianças na primeira infância, pelo sistema de saúde privado, desencadeia socialmente e politicamente a concepção de que o SUS (e toda política pública) é voltada para os

mais pobres. Ocupar esse espaço vem acompanhado da moralização do indivíduo, da família e principalmente da mãe.

A visão de que o SUS é para os mais pobres e de que a saúde privada é superior em qualidade, faz com que as famílias acreditem que “dar o melhor para os filhos” é ascender socialmente, para que possam estar em espaços antes privados. Porém, a saúde da criança na primeira infância é garantida através do vínculo familiar protetivo, do estímulo adequado à idade e de um espaço seguro, longe de qualquer tipo de violência. O entendimento da criança como cidadã mudará o parâmetro com que nos relacionamos com elas.

O contexto do projeto de contra-reforma, estimulado pelo capital financeiro, privilegia a privatização, resultando no sucateamento das instituições do SUS, na mecanização e na precarização dos processos de trabalho. Esse conjunto faz com que as políticas públicas sejam focalizadas e impossibilita a concretização das ações integrais.

A rede que deveria conter ações integradas, junto a profissionais e projetos conectados, ficam à mercê da burocratização, das precárias condições de trabalho e com isso, falta de tempo de qualidade para criar vínculos profissionais para além dos muros da instituição, o que fortaleceria a rede intersetorial. Com isso, será feita a seguir análise dos níveis de atenção à saúde do SUS e sua consonância com a proteção integral.

2.2 Saúde em níveis de complexidade e alcance

Os princípios do SUS são: universalização, equidade e integralidade. Esta última representa o conceito ampliado de saúde, objetivando o atendimento das demandas do usuário de forma intersetorial e articulando a rede de políticas públicas da região. Ou seja, mesmo em busca do tratamento da doença física, o papel do assistente social na saúde é considerar as demandas (tanto na perspectiva dos responsáveis, quanto das crianças, efetivando assim a equidade) para além da questão principal que os levou à unidade de saúde, e com isso identificar faltas econômicas, sanitárias, sociais, etc que permeiam a realidade. Através desse princípio, se faz necessário o olhar profissional integrado sobre os níveis de atenção à saúde.

O profissional da saúde tendo conhecimento das fases do desenvolvimento da criança na primeira infância, é possível identificar qual programa deve ser acionado para garantir os direitos sociais. Com isso, produzir ações integrativas entre saúde, educação, meio ambiente, alimentação, atividades lúdicas e esportivas; o acionamento e encaminhamento do usuário; o trabalho em conjunto dos profissionais para além dos muros da instituição. Porém, a integralidade de ações para as crianças na primeira infância não é efetivada, como um dos efeitos do projeto de contra reforma que prevê o desmonte das políticas públicas e precariza as condições de trabalho, dificultando o trabalho em rede. Também é possível identificar a escassez de atividades lúdicas, esportivas e de meio ambiente no âmbito das políticas públicas do Rio de Janeiro, onde as ações para as crianças estão fortemente ligadas à escola e à saúde.

O trabalho baseado na perspectiva da integralidade vai além das exigências institucionais referente ao processo de trabalho do assistente social, uma vez que a instituição tende a cobrar um trabalho em série, com resultados quantitativos para atender cada vez mais famílias. É fundamental o rompimento da estrutura da relação de poder assimétrica para se concretizar a autonomia profissional do assistente social, ainda que relativa. Esse modelo de trabalho visa a resolutividade das demandas do usuário através da perspectiva integral, ou seja, implementando projetos que estejam de acordo com a necessidade das crianças na região, através da análise das condições socioeconômicas da vida infantil, em dados colhidos dos perfis dos usuários.

Através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, foram estabelecidos os três níveis de assistência à saúde, almejando a organização da rede de atenção à saúde do SUS e buscando superar a fragmentação dos serviços. Porém, a superação da fragmentação não foi efetiva, tendo sido reestruturada somente no âmbito normativo. Na busca de uma maior profissionalização e enfoque na área, se separou abruptamente a rede, os serviços e as profissões que as integram. Como exemplo, podemos citar que ao analisar o SUS se separa cada nível de saúde, os especificando em suas particularidades. Quando na realidade o SUS é íntegro em todas as ações e a recuperação da saúde está ligada também à prevenção.

Segundo Luiz Roberto Culoto, “o princípio da Integralidade do SUS, nos dá ferramentas teóricas para rompermos com o conceito de ‘nível de atenção’. Talvez, do ponto de vista de planejamento, ou sob o aspecto meramente didático, este

conceito se justifica.” (CULOTO, 2006, p.6). A ideia de níveis de saúde separa e enquadra os serviços e a fragmentação e focalização das políticas públicas está em contraposição à integralidade explicitada acima. Agora, será pontuado os níveis de saúde, tendo em consideração a necessidade de integração entre os diversos programas e projetos.

2.2.1 A atenção primária em saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é citada na portaria como “coordenadora do cuidado e ordenadora da rede”, uma vez que é neste nível que se constroi e se fortalece o vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, através da continuidade no atendimento. Este desencadeia o conhecimento das expressões da questão social que perpassam as famílias do território. E com o conhecimento socioeconômico da região é possível a implementação de projetos e programas voltados às necessidades das famílias e também o acionamento da rede intersetorial de forma efetiva.

Ainda que esse vínculo entre usuário e profissional de saúde ocorra, seria possível o aprofundamento dessa relação através da flexibilização dos processos de trabalho, garantindo a autonomia. Se o profissional pudesse ir além da rotina institucional o conhecimento das condições socioeconômicas da região seriam mais extensas, devido a possibilidade de pesquisa territorial e do maior vínculo com a população. O cenário ideal do trabalho da/o assistente social é a possibilidade de conhecer as expressões da questão social e implementar políticas públicas voltadas às necessidades da população, das famílias e das infâncias.

A APS é responsável pela prevenção e promoção à saúde, trabalhando sobre os cuidados primários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Se tratando de crianças na primeira infância, o Programa Nacional de Imunizações possui centralidade nas ações de prevenção, pois distribui através do SUS vacinas que fortalecem o sistema imunológico de recém nascidos e crianças. É um programa de extrema importância que já erradicou no Brasil doenças transmissíveis que atingem crianças e adolescentes, como o sarampo.

Porém, durante a pandemia da Covid-19, a eficácia da vacinação foi posta em objeção pelo presidente Jair Bolsonaro, com discursos anti-ciência, onde através de valores conservadores extremistas desejava defender a prevenção dos efeitos

colaterais da vacinação. "Então, 300 e poucas crianças, lamento cada morte, ainda mais de crianças, a gente sente muito mais. Mas não justifica a vacinação pelos efeitos colaterais adversos". Essa declaração foi feita pelo presidente Jair Bolsonaro, para a Gazeta Brasil de São Paulo, em 2022, quando considerou que mesmo com a morte de crianças, não era seguro vacinar contra a doença que as assolava.

Esse fato corrobora para uma cultura de não vacinação nas crianças, legitimado pelo presidente da república, porém a imunização é imprescindível para a prevenção de doenças respiratórias que tem como maiores afetados as crianças na primeira infância, inclusive acarretado pela Covid-19, como será pontuado no próximo capítulo.

É necessário pontuar que o programa de prevenção centralizado na vacinação é fruto do modelo de saúde através da medicalização da vida e na mercantilização da saúde, uma vez que não vem acompanhada de um trabalho interdisciplinar de orientação às famílias sobre prevenção à saúde, para além da imunização.

A UBS realiza rodas de conversa, palestras, promoção de atividades físicas, visita domiciliar da equipe multidisciplinar. Possui também o agente comunitário de saúde, que é o profissional de vínculo mais extenso, sendo responsável pela comunicação entre usuário e instituição. Esses projetos praticados são necessários para romper com a ideologia de que a saúde só é implementada através do saber médico, mas podendo sim, ser através do conhecimento coletivo (até de usuário para usuário, como ocorre em rodas de conversa) e interdisciplinar.

Dentre todos os programas e projetos, podemos citar o Programa Saúde na Escola (PSE) que realiza ações de saúde primária em conjunto da rede educacional, implementando nas escolas públicas e nas particulares que desejarem, a educação e conscientização das crianças e adolescentes sobre práticas necessárias à saúde, como por exemplo, ações de saúde bucal ou de vacinação. Este trabalho é extremamente importante, uma vez que o profissional de saúde tem o acesso direto à criança, identificando demandas e os orientando, assim efetivando o exercício da cidadania.

2.2.2 Atenção secundária à saúde

Já no nível secundário de atenção à saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que serão pontuadas através da experiência do estágio na UPA de Sepetiba. A urgência e emergência tem como característica institucional o atendimento a quadros clínicos atrelados a dores físicas, então o conhecimento médico se sobressai em relação às outras especialidades da equipe multidisciplinar. O atendimento é voltado para a medicalização dos sintomas, e sendo uma instituição de passagem rápida o vínculo entre usuário e equipe não é efetivado. As características institucionais da saúde secundária fazem com que os atendimentos sejam voltados a rápida resolução dos problemas, a identificação de casos graves para a internação, ao mesmo tempo que existe uma cobrança pela liberação de leitos, seja por alta médica, seja pela transferência para uma unidade hospitalar de referência (do nível terciário), através do Sistema Estadual de Regulação (SER). Isso faz com que a rede intersetorial da saúde esteja sendo acionada para a resolutividade do modelo biomédico.

As questões sociais, econômicas e culturais são analisadas e debatidas em profundidade com as famílias através do Serviço Social quando a criança chega na instituição caso tenha passado por algum tipo de violação de direitos ou que o médico ache em seu corpo evidências físicas de algum tipo de violência. Esse fato demonstra que a promoção e prevenção da saúde de forma integral não são desenvolvidas nesse espaço e o trabalho das assistentes sociais se restringe a direitos que foram violados e vínculos familiares e comunitários que já foram rompidos, acionando assim a rede intersetorial de políticas públicas da região.

No estágio da UPA de Sepetiba, o trabalho entre os níveis primário e secundário se concretiza frequentemente, pois na alta médica se encaminha o paciente para a Clínica da Família, para realizar o tratamento continuado da doença que o levou à UPA. Porém, há inúmeras internações na UPA que poderiam ter sido evitadas através do tratamento continuado e preventivo na atenção primária, por serem doenças pré existentes e já conhecidas pelo usuário. Por que os usuários possuem o discurso que é difícil conseguir a marcação do tratamento na UBS e por isso não aderem?

2.2.3 Atenção terciária à saúde

O nível terciário é composto por hospitais que atendem pacientes com questões de alta complexidade, possuem áreas médicas específicas, fazem exames e procedimentos invasivos. Quando um paciente é internado na UPA, é de obrigatoriedade que dentro de 24 horas seu prontuário seja lançado no SER, pedindo assim a transferência para um hospital de referência.

Tanto no nível secundário e terciário de atenção à saúde, é necessário olharmos com atenção casos em que é solicitado pelo médico a internação hospitalar da criança devido agravos à saúde, uma vez que as condições socioeconômicas, culturais e familiares são impactadas. Esse é um momento de fragilidade emocional aos familiares e de extrema importância a escolha de um acompanhante em tempo integral, modificando a rotina de toda a família envolvida, como discutiremos no próximo capítulo.

O trabalho em rede nos diferentes níveis de saúde é necessário tanto para a recuperação, quanto para a prevenção da saúde da criança na primeira infância. Pode-se citar o programa de oxigenoterapia domiciliar do SUS. Onde o paciente internado em hospital tem a possibilidade de ir para casa junto do cilindro de oxigênio, continuando o tratamento no domicílio.

Ao primeiro olhar, nota-se a importância desse programa para a desocupação de leitos hospitalares, que por sua vez reduz gastos públicos. Porém, ao analisarmos na perspectiva do usuário, é importante para sua recuperação, uma vez que retorna ao convívio familiar e comunitário. Para as crianças na primeira infância, estar em um ambiente seguro e acolhedor é imprescindível à saúde.

Dessa forma, para se solicitar a oxigenoterapia domiciliar, o profissional da unidade hospitalar entrega um pedido médico ao familiar, que por sua vez entrega o pedido na UBS em que são referenciados. Este é um exemplo claro da integralidade dos níveis de saúde do SUS, uma vez que a recuperação do paciente está ligada aos programas que são disponibilizados pela atenção primária.

O desafio do trabalho em rede está na fragmentação do trabalho, pois se tem a visão de focalização sobre determinado programa, a totalidade ainda não é concebida no meio da concretização do trabalho. Outro fator é que as condições de trabalho impossibilitam os profissionais de criarem laços para além da instituição que ocupam. Devido a burocratização, metas e desempenho, a rede intersetorial fica a

mercê dos contatos por e-mail e de telefones inexistentes que se acham na internet. Com isso, a importância da criação de vínculos, podendo ser construído por meio da participação em encontros da rede intersetorial no território. Assim, mantendo um trabalho direto e em conjunto com todos os níveis de saúde e com os demais equipamentos.

3 A doença respiratória em crianças na primeira infância

Esse estudo tem como objetivo analisar o impacto das doenças respiratórias nas crianças da primeira infância, resultado das condições socioeconômicas, territoriais e culturais do Rio de Janeiro, que perpassa além de condições climáticas, por condições de classe, gênero e pela desigualdade social. Pontua-se o trabalho de prevenção; os casos de internações hospitalares e seus impactos na família, socialmente e culturalmente e a territorialidade da cidade.

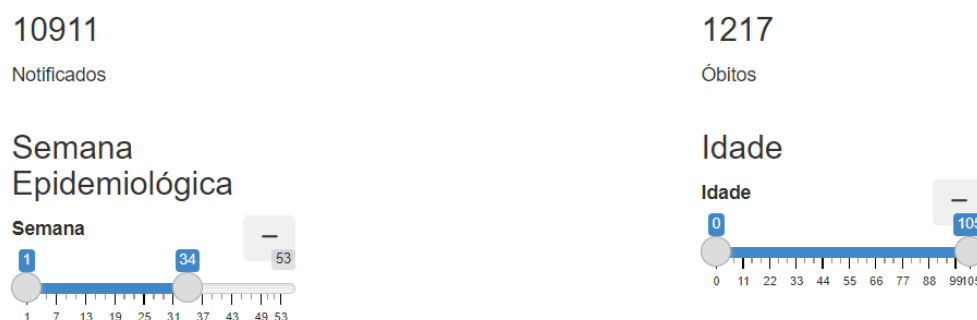
A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é referente aos sintomas de agravos na função respiratória, que afeta na maior parte dos casos as crianças na primeira infância, como veremos a seguir. A doença pode ser causada por vírus respiratórios transmissíveis, como o coronavírus e a influenza, mas as crianças também apresentam doenças crônicas como a asma ou rinite, que causa dificuldades ao respirar. A questão a ser analisada é: qual projeto deve ser estabelecido entre os profissionais de saúde de forma a prevenir os agravos, com o objetivo de se reduzir o número de notificações e internações para melhorar a qualidade de vida das crianças?

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Observações: • Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. (Fiocruz, 2020, p.8)

Desde a pandemia de Influenza A (H1N1), em 2009, o Ministério da Saúde, através das três esferas de gestão estadual, municipal e federal, por meio do Centro de Inteligência em Saúde - CIS RJ, colhe e analisa dados estatísticos referentes à SRAG, disponibilizando banco de dados e panoramas municipais. Os dados mostrados a seguir são referentes à Síndrome Respiratória Aguda Grave no município do Rio de Janeiro, relativo ao ano de 2024, da semana epidemiológica 1 à 34, que se refere a 31/12/2023 até 24/08/2024. Iremos analisar a faixa etária afetada pelas doenças respiratórias, com enfoque na primeira infância.

O número de internações por SRAG continua mais expressivo nas crianças menores de 1 ano, seguido da faixa etária de 1 a 4 anos - entre as SE 29 a 31, tendo a classificação final mais prevalente a categoria 'SRAG por outro vírus respiratório', seguido de 'SRAG não especificado'. (Secretaria de Saúde, 2024, p.2)

Figura 3: Notificações e óbitos em pessoas de 0 a 105 anos (2023-2024).



Fonte: Centro de Inteligência em Saúde (CIS) RJ. Panorama SRAG, 2024.

Figura 4: Dados SRAG, notificação e óbitos de 0 a 6 anos



Fonte: Centro de Inteligência em Saúde (CIS) RJ. Panorama SRAG, 2024.

Nesse período, de 31 de dezembro de 2023 a 24 de agosto de 2024, no Rio de Janeiro houve 10911 notificações e 1217 óbitos na faixa etária de 0 à 105 anos, quando analisada a primeira infância esse número modifica para 5962 notificações e 79 óbitos. Ou seja, o número de notificações em crianças na primeira infância representa 54,64% dos casos confirmados. É necessário olhar intersetorialmente as causas e os tratamentos necessários para que ocorra uma significativa mudança, pois mesmo que o cuidado médico paliativo possua maior visibilidade na saúde, já foi destacado a necessidade de se olhar para além da resolução da dor, no objetivo de se chegar a cura, através do trabalho intersetorial. Para entendermos esses dados alarmantes é necessário analisar as causas climáticas, territoriais, culturais e buscar a garantia do desenvolvimento integral.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e

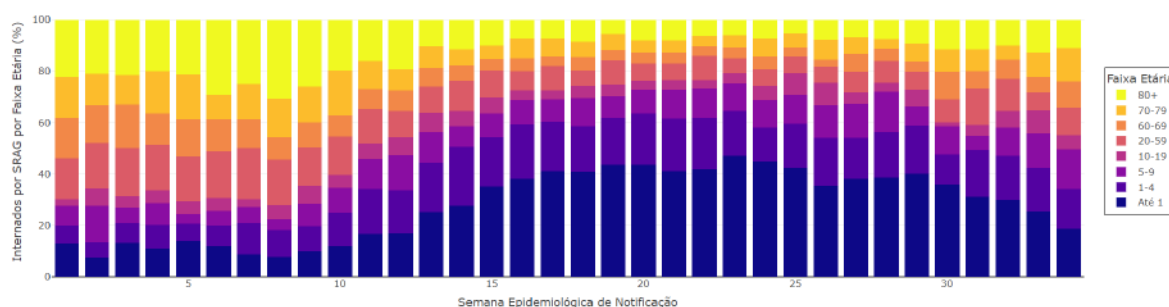
serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010)

É importante ressaltar que o número de notificações não é precisa para analisar a conjuntura, uma vez que há casos em que a família não leva a criança à unidade de saúde quando apresenta sintomas respiratórios e/ou gripais, uma vez que a cultura da automedicação é estimulada pelas indústrias farmacêuticas e discretamente acompanhada pela advertência do Ministério da Saúde “ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”.

Em relação aos óbitos na atualidade, não há uma quantidade expressiva em se tratando das crianças na primeira infância, uma vez que está representando 6,49% do total no período (o óbito tem maior incidência em idosos, acima de 60 anos). Porém, a morte infantil não pode ser apenas um número na tela ou somente um dado estatístico considerado em contraste com outro. A Meta 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), proposta pela Organização das Nações Unidas tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil, trabalhando acima de mortes evitáveis. Com isso, devemos nos perguntar se o tratamento e a prevenção das SRAG deve continuar sendo voltada somente à intervenção médica, ou se é necessário o trabalho interdisciplinar juntamente com as/os assistentes sociais com objetivo de reduzir os agravos causados pela falta de mínimos sociais.

Gráfico 1: Dados Internados por Faixa Etária.

Proporção de Internados por Faixa Etária



Fonte: Centro de Inteligência em Saúde (CIS) RJ. Panorama SRAG, 2024.

O gráfico 1 representa o número de internações por faixa etária, onde se nota a prevalência de crianças na primeira infância. As informações contidas no eixo vertical correspondem à faixa etária de internados devido à SRAG, a cor mais

escura representa de 0 a 4 anos, a idade mais crítica, uma vez que possui maior quantidade de notificações e internações. Já a faixa horizontal representa a semana epidemiológica de notificação.

É possível identificar que o aumento de internações na primeira infância se deu na semana epidemiológica nº 15, que ocorreu entre 07/04/2024 a 13/04/2024, data do início do outono que registrou as temperaturas mais altas da cidade do Rio de Janeiro. As ondas de calor diminuem a umidade do ar que, por sua vez, favorece a ocorrência de doenças respiratórias. Considerando que as condições climáticas interferem na saúde das crianças, é necessário o trabalho educativo para que as famílias possam se precaver quanto às condições da residência, de vestimenta e alimentação da criança e até sobre hábitos culturais que possam desencadear a SRAG em momentos de mudança climática.

É necessário pontuar que as internações hospitalares de crianças expressam questões de gênero relativas à centralidade do papel da mulher no cuidado e seus deveres a cumprir pela família. A desigualdade de gênero e as relações de poder são fatores estruturantes no sistema capitalista, reproduzido através da divisão sexual do trabalho. Embora Marx não tenha analisado o trabalho doméstico, este foi um dos principais pilares para o desenvolvimento capitalista, uma vez que foi designado às mulheres o trabalho não remunerado, de cuidar da casa e dos filhos, zelar pela saúde e alimentação da família, ou seja, responsável pela reprodução das classes sociais.

A diferença de poder entre mulheres e homens e o ocultamento do trabalho não remunerado das mulheres por trás do disfarce da inferioridade natural permitiram ao capitalismo ampliar imensamente “a parte não remunerada do dia de trabalho” e usar o salário (masculino) para acumular trabalho feminino. Em muitos casos, serviram também para desviar o antagonismo de classe para um antagonismo entre homens e mulheres. Dessa forma, a acumulação primitiva foi, sobretudo, uma acumulação de diferenças, desigualdades, hierarquias e divisões que separaram os trabalhadores entre si e, inclusive, alienaram a eles mesmos. (FEDERICI, 2017, p. 232).

O conceito de família é uma construção histórica, refletindo ideologias sociais e culturais. Mesmo que na atualidade as mulheres estejam cada vez mais inseridas no mercado de trabalho - remunerado - as relações de parentalidade continuam sendo cobradas a serem exercidas pelas mulheres, o que acarreta em múltiplas jornadas de trabalho. Culturalmente ainda reproduzimos a ideia de que a mãe deve

ser a principal responsável por estar com os filhos e, caso não esteja, é considerada negligente, mesmo que seja para prover financeiramente o lar. Na maioria dos casos em internação hospitalar, a mãe é quem está presente como acompanhante, com isso, é necessário analisar os impactos que a família atravessa por causa desse engessamento social.

Como o papel do cuidado está atribuído socialmente às mulheres, no âmbito das políticas públicas isso reflete na maior procura no atendimento de saúde para seus filhos, como acompanhantes em internações, em dias de vacinação ou consultas periódicas. Porém, no texto Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, do CFESS em 2010, ao analisar os motivos de alta hospitalar a revelia entre os adultos está a “necessidade de sobrevivência/manutenção familiar; demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família.” (CFESS, 2010, p. 48) Ou seja, as mulheres acessam mais a saúde, mas não para elas mesmas quando necessitam.

O ECA, no Art 12º, estabelece que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral do acompanhante. O direito é para todas as crianças e, com isso, não diferencia unidades públicas ou privadas, sendo igualitário a todas as pessoas o direito de sua permanência. Embora seja relevante considerar que a estrutura destinada aos acompanhantes varia de hospital público para privado. Os planos de saúde diferenciam inclusive leitos de enfermaria ou apartamento, o preço que é pago interfere na privacidade e melhores condições de permanência, ainda que os profissionais que atendem na unidade sejam os mesmos. Representando o poder do capital no acesso a melhores condições de vida, fato intrínseco na reprodução do sistema capitalista.

Há instituições públicas no nível secundário de proteção à saúde, onde não é permitida a troca de acompanhante de crianças e adolescentes, ou seja, a/o adulta/o que ficou na internação é responsável por ficar até o período de alta ou transferência hospitalar. Ao pensar nesse fato, para além da norma institucional, depara-se com a questão: quem fica como acompanhante hospitalar renuncia toda a rotina, como o trabalho, a casa, a convivência familiar e comunitária para ficar continuamente. Pode-se imaginar a mãe solo como a única acompanhante, em um contexto em que

tenha mais filhos em casa. Então devemos nos perguntar: como o cuidado é garantido para além da instituição de saúde?

As demandas de saúde familiar e cuidado são absorvidas principalmente pelas mulheres e impactam no mercado de trabalho para as mesmas. Há empresas que em entrevistas de emprego perguntam se a mulher tem ou não filhos, condição que pode alijar mulheres do mercado de trabalho formal, em contrapartida os homens não passam por esse tipo de questionamento. Essa ocorrência está interligada principalmente às situações de saúde, uma vez que a mulher é socialmente responsável por se ausentar do trabalho em todas as vezes que o filho adoece, o que para o mercado de trabalho significa remunerar uma pessoa que passou alguns dias sem produzir mais valia. “Na sociedade capitalista, a organização da reprodução social se baseia no gênero: ela depende dos papéis de gênero e entrincheira-se na opressão de gênero.” (ARRUZA, 2019, p. 38). Com isso, é necessário outro questionamento, qual o impacto desse papel de cuidado na vida das mulheres?

Há uma relação intrínseca entre as necessidades da família e as necessidades da primeira infância, não é possível atender um sem o outro. Porém, é necessário cautela ao pensar no bem-estar das crianças entrelaçado ao cuidado materno, como se o desenvolvimento, saúde e felicidade da criança fosse resultado dos esforços da principal cuidadora. Mas encarar de maneira protetiva, considerando os fatores sociais, históricos, culturais, entrelaçado ao tratamento de classe e raça, juntamente com a sociedade e o Estado. O modo como os adultos reproduzem suas relações sociais interfere no conceito que temos de criança e com isso no tratamento que é designado a elas e o acesso que terão aos seus direitos sociais.

3.1 A prevenção à saúde evitando internações hospitalares

Como pontuado anteriormente, a prevenção de doenças respiratórias através da vacinação é de extrema importância, uma vez que pode ser evitada o quadro grave de influenza ou Covid-19. As crianças na primeira infância correm maiores

riscos de que a infecção assale o sistema respiratório, e que resulte em Síndrome Respiratória Aguda Grave.

O Art 14º do ECA dispõe que “é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.” Esse artigo indica a imunização como dever dos responsáveis e um direito das crianças, como por exemplo as vacinas de rotina para as crianças na primeira infância. Possuindo o objetivo de assegurar o direito, independe das circunstâncias sociais e políticas que a coletividade possa estar passando. Inclusive, a vacina da Covid-19 se tornou obrigatoriedade de todos, devido ao movimento antivacina que se desenvolveu no Brasil.

Do ano de 2020 a 2023, o mundo atravessou o período de pandemia da Covid-19, porém não podemos afirmar que mundialmente o combate à doença se deu da mesma forma, uma vez que a pauta das políticas públicas são definidas pelo cenário social e pela conjuntura política do período e do território. A conjuntura política define a visão e valores que serão afirmados e estimulados. Há no Brasil duas vertentes que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal constroem a política pela correlação de forças, são consideradas como “direita” as ações que visam o controle e a segregação de determinados grupos sociais, e a “esquerda” defendendo a cidadania integral e a proteção. Cada vertente se fortalece ou se enfraquece de acordo com o momento histórico e os valores sociais predominantes.

Durante a pandemia a saúde pública foi debatida através da visão de controle, negação e segregação, uma vez que as campanhas de vacinação foram desestimuladas pelo presidente da república Jair Bolsonaro. A covid-19 é uma das doenças que tem como sintomas agravos respiratórios, que resultou em internações e óbitos em sua maioria de crianças da primeira infância e em idosos.

Alertamos para a faixa etária de até um ano de idade: trata-se da faixa etária por número de anos com maior número de casos (1274) e óbitos (167) por SRAG confirmado por COVID-19 até o momento. Vale ressaltar também que os impactos da COVID-19 não afetam as pessoas em seus espaços urbanos de forma uniforme e cada vez mais a literatura aponta para que aquelas que estão integradas de forma precária à economia urbana são as que mais sofrem esses efeitos. (Fiocruz, 2020, p.9)

Historicamente, o Brasil passa por períodos de reação à vacina como programa social. A mobilização mais notória se deu em 1904, denominada Revolta

da Vacina, na cidade do Rio de Janeiro. Na época, a população não aceitou a obrigatoriedade da vacinação contra a febre amarela, varíola² e peste bubônica. Porém, o movimento de Revolta da Vacina ocorreu devido à desinformação e à truculência governamental, já que a população teve suas casas invadidas para a vacinação compulsória, em um ambiente de tensão popular devido ao projeto de urbanização que expulsou a classe trabalhadora de suas casas, os cortiços (já pontuado anteriormente). Com isso, já possuímos o exemplo da importância de popularizar a informação, através do conhecimento dos direitos sociais, seus meios de acessar, etc, pois a negação de se assegurar os direitos é também a negação da luta de classes. Nos dias atuais, possuímos a facilidade dos meios de comunicação para disseminar informação, em conjunto do trabalho educativo, é papel das/os assistentes sociais a formulação de projetos com objetivo de disseminar conhecimento para assegurar o direito da criança na garantia de uma melhor qualidade de vida através do acesso à saúde.

O movimento antivacina defendido na pandemia da Covid-19 dissemina o contrário do viés de política pública protetiva assegurado pelo ECA. Com objetivo de rompimento, a Lei 14.886, de 2024, institui o Programa Nacional de Vacinação, onde os profissionais de saúde irão a todas as escolas públicas e nas particulares que desejarem aderir ao programa, para aumentar a cobertura vacinal em crianças e adolescentes do Brasil.

² A varíola foi erradicada através da vacinação.

Figura 5 - Saúde na Escola



Fonte: Ministério da Saúde, Ministério da Educação (2012, p. 17)

A Proteção Integral pontuada no ECA, defende a identificação de demandas intersetoriais, dando ênfase aos sinais de doença para além da demanda física. Ao analisarmos as doenças respiratórias e suas causas mostra-se necessário políticas públicas preventivas para além da vacinação, uma vez que as taxas de notificação continuam altas nas crianças da primeira infância, elas que são prioridade absoluta na garantia dos direitos, instituído no artigo 227 da Constituição Federal de 1988.

Como assistentes sociais devemos analisar a expressão da questão social, suas causas e impactos na região, para a produção de políticas públicas que assegurem o direito social à qual está sendo negligenciado. Ao nos depararmos com a taxa de adoecimento por doenças respiratórias em crianças de principalmente 0 a 4 anos de idade no município do Rio de Janeiro, se faz necessário repensar se a criança está tendo acesso à alimentação adequada, a vestimentas, se a residência possui a circulação e arejamento de ar, se pratica exercício físico. Em suma, a prevenção vai além da cobertura vacinal.

Os projetos educativos podem ser voltados ao interesse da criança, passados por exemplo através do trabalho intersetorial entre escola e saúde primária, por meio de cartilhas informativas e divertidas através de charges e ilustrações sobre os

meios de prevenir fatores que desenvolvem a doença respiratória, como na parceria desenvolvida com o artista Ziraldo, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, demonstrado a seguir.

Figura 6: Direitos da Gestante e do Bebê



Fonte: UNICEF, Ministério da Saúde (2011, p. 10 e 11)

Como trabalho de prevenção e promoção à saúde, a assistência pode estar em trabalho conjunto com os profissionais da saúde. Ao realizar o perfil das crianças que possuem constantes internações devido a SRAG, é possível analisar o perfil socioeconômico, para prestar os atendimentos necessários às demandas. Um exemplo de projeto implementado é o "Acolher Amapá", em maio de 2023, através da Secretaria de Assistência Social foram distribuídos kits de higiene da criança, do adulto, e para a segurança alimentar na alta do paciente, juntamente com outras ações a depender da demanda, para famílias de crianças na primeira infância internados devido a síndromes gripais, após o levantamento do perfil socioassistencial. (MOREIRA, 2023).

Com isso, através da internação hospitalar, é possível identificar crianças que estão em situação de vulnerabilidade social, não com o objetivo de culpabilizar ou

punir a família ou a mãe, mas para assegurar o acesso aos mínimos sociais, incluir a família em programas e projetos que sejam pertinentes e assegurar para as crianças a inserção em projetos de exercício físico, que são aliadas ao desenvolvimento integral e a prevenção de doenças respiratórias.

Referente à prevenção, foi possível identificar no estágio da UPA, pacientes que não aderem o acompanhamento continuado na Estratégia de Saúde da Família, com o discurso de que não se consegue ou demora a marcação dos atendimentos nas Clínicas da Família, o agravo da doença pré existente ou o adoecimento nos momentos de altos índices de doenças gripais poderiam estar sendo prevenidos em crianças na primeira infância, por meio da atenção básica. Esse fator tem ligação direta a estrutura de atendimentos em unidades de Urgência e Emergência, onde os pacientes são atendidos com agilidade no dia em que chegam na unidade. Isso pode desencadear o agravo num quadro clínico que poderia ter sido evitado através do tratamento continuado.

Em relação ao conhecimento da importância da atenção básica, vale ressaltar que o trabalho educativo desencadeia o debate sobre a autonomia do usuário, uma vez que quando compreende os programas e projetos, os reivindica, junto a participação popular, e os acessa, constituindo na garantia dos direitos sociais. E desencadeando assim, a prevenção e promoção de sua própria saúde e de sua família.

3.2 A desigualdade social e seus impactos na SRAG

A territorialidade está diretamente ligada à questão de classe social e como a população se desenvolveu e resistiu no município do Rio de Janeiro, pois as relações sociais e a obtenção dos mínimos sociais se concretiza de forma desigual. Onde se mora pode se caracterizar quem se é, quais espaços ocupa para além da convivência familiar e qual cultura propaga. Esses conceitos são hierarquizados socialmente, sendo a classe trabalhadora submissa a burguesia, essa ideologia de superioridade baseada na riqueza a que possui, desencadeia para as crianças pobres condições precárias de saúde, educação, moradia, espaços de lazer, ou seja, toda a estrutura urbana em piores condições de acesso. E a falta dos mínimos sociais é caracterizada como doença, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Com isso, é necessário analisar a incidência das SRAG em crianças na primeira infância no município do Rio de Janeiro a partir do quesito demografia/classe social.

Historicamente, a cidade do Rio de Janeiro foi marcada pela escravidão, sendo casa dos Imperadores portugueses e cidade porto, nesse contexto as crianças negras eram vendidas como mão de obra (e até hoje se perpetua no Brasil a ideologia que criança pobre tem que trabalhar, que o “trabalho edifica”, fruto da escravatura no país). O movimento abolicionista em 1888 não mudou as condições de vida da população negra que seguia subalternizada, vivendo em condições precárias de moradia, trabalho, lazer, etc. A cidade continuou crescendo atraindo a classe trabalhadora para oportunidades de emprego. De 1902 a 1906 houve o movimento do “bota-abaixo” que expulsou a classe trabalhadora de suas moradias, os chamados “cortiços”, sendo retirados das áreas centrais, com o objetivo de embelezamento do Rio. A partir dessa expulsão a população foi designada a construir suas casas nos morros em torno da cidade, e assim começa o processo de favelização.

Pontuar a construção histórica da cidade é importante para entender os impactos na atualidade e a incidência da saúde na população, uma vez que a moradia adequada é imprescindível para tê-la. Não houve um movimento de reforma estrutural nas moradias para garantir as necessidades da classe trabalhadora, que ainda enfrenta a precarização das ocupações irregulares. A desigualdade é tão acentuada, que é normalizado a falta de infraestrutura para determinada parcela da população e inclusive se culpabiliza o indivíduo de viver em tais condições, baseado no discurso da meritocracia. Outro ponto que é possível analisar historicamente é a invisibilidade da criança, que foram estigmatizadas pelo senso comum na lógica dos adultos e inseridas nas precárias condições de vida, sem serem levadas em consideração suas necessidades para se desenvolverem integralmente.

Pode-se afirmar que a concentração de periferias possui uma ligação direta entre a desproteção social e a epidemiologia, sendo um fator para seu agravamento. Na sociedade capitalista a questão classe e raça é um quesito de se ter acesso ou não à saúde. Inclusive quando não há, seja pela falta de saneamento básico, água tratada, circulação do ar dentro da moradia, etc, se constrói socialmente que essa falta é devido à escolha do indivíduo, caracterizando a doença e sujidades como condição integrada à pobreza.

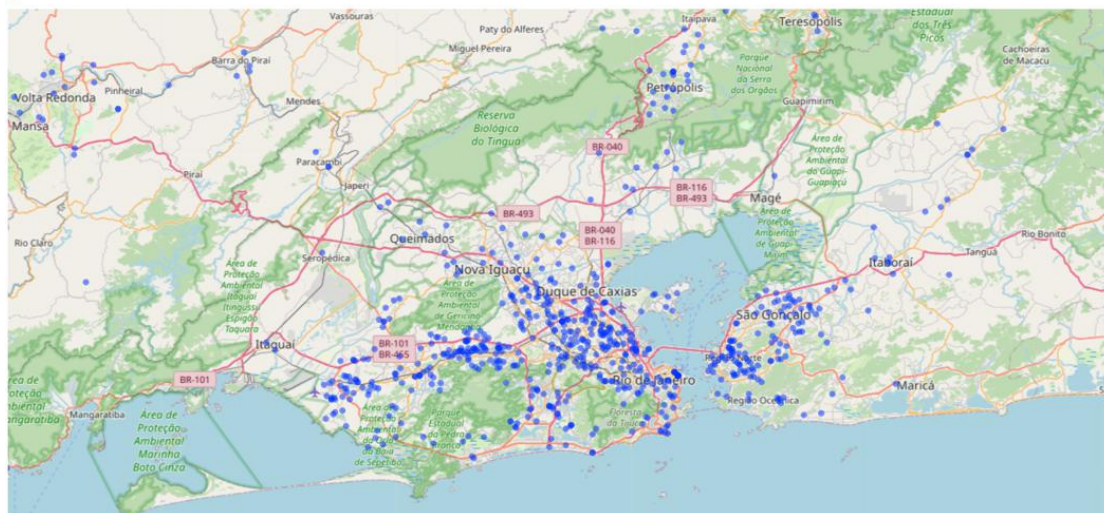
De acordo com o Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento - SNIS, os indicadores de 2022 no Rio de Janeiro apontam que 64,95 % da população possui acesso a saneamento básico e 89,09 % possui atendimento total de água. Esses dados se tratam de uma cidade urbanizada, quando analisados os dados de todo o Brasil, essa porcentagem diminui. Podemos afirmar que se concretizou a equidade no acesso à saúde graças a efetivação do SUS? Como vivem as crianças na primeira infância que não possuem acesso a água tratada ou saneamento básico? O debate sobre os mínimos sociais, que são imprescindíveis à saúde, vai além das condições estruturais das casas e do acesso a bens materiais.

A seguir será demonstrado o mapa de notificações de SRAG no município do Rio de Janeiro, em agosto de 2024, colhido pelo CIS RJ, fazendo uma comparação com o mapa de Uso do Solo, de 2016, disponibilizado no Data Rio, ponto que é possível fazer esta comparação tendo anos distintos, uma vez que a área urbanizada e residencial não tem grandes alterações ao longo desses anos, em 2016 havia 6.498.837 habitantes e em 2024 há 6.211.423 no Rio de Janeiro. Com o objetivo de analisar a demografia e a incidência da desigualdade social nos casos de doença respiratória.

Figura 8: Mapa de Notificação de SRAG no Rio de Janeiro (2024)

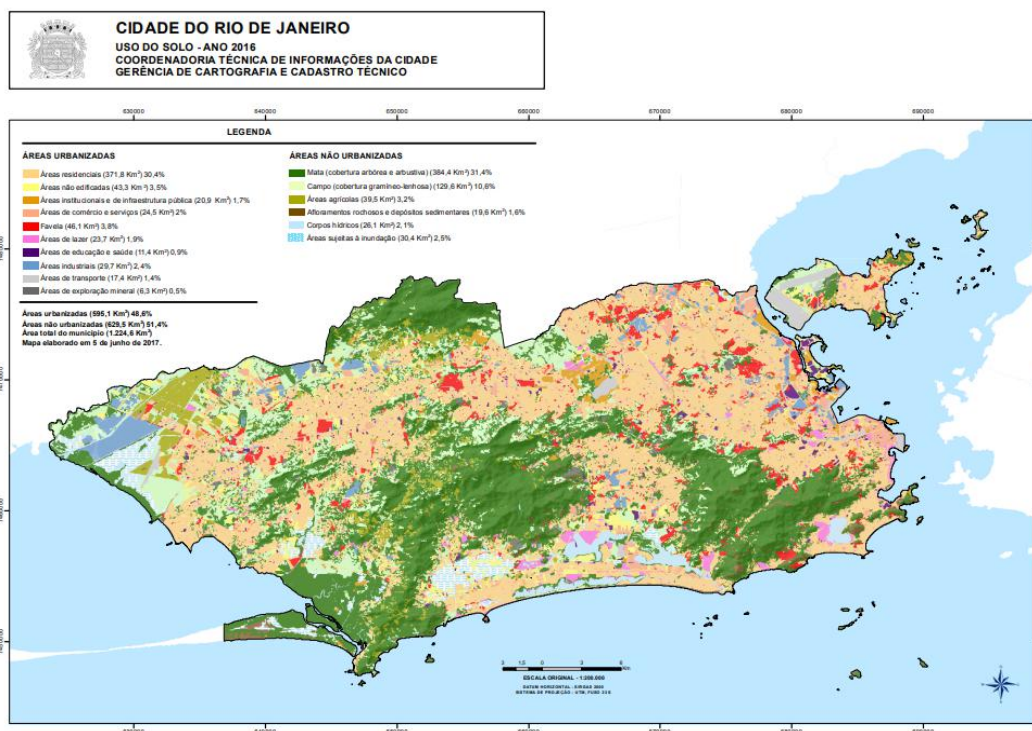
Mapa de Notificados de SRAG no Estado do Rio de Janeiro por município de Residência - últimos 30 dias, 2024

☒ Mudar mapa



Fonte: Centro de Inteligência em Saúde (CIS) RJ. Panorama SRAG, 2024.

Figura 9: Uso do Solo do Rio de Janeiro (2016)



Fonte: Data Rio, 2016.

Analisando o Mapa de Notificação de SRAG, é nítido a alta taxa de notificação no território da Baixada Fluminense, Zona Norte e Centro do Rio e possuindo baixa incidência na Zona Oeste, como Barra da Tijuca e na Zona Sul. Ao compararmos com o mapa de Uso do Solo, onde a coloração bege são áreas residenciais, e a coloração vermelha áreas de favela. É possível identificar no território, a maior quantidade de notificações de SRAG próximas à áreas de favelização, a desigualdade social incide diretamente no nível de saúde que a criança tem acesso.

As condições sociais, articuladas aos aspectos territoriais, são determinantes nas consequências causadas na população contaminada, sendo assimétricas nos efeitos e na capacidade de se proteção, de acordo com os grupos populacionais. (Fiocruz, 2020, p.28)

A zona sul da cidade do Rio de Janeiro, embora tenha áreas de favela, é a moradia preferencial da classe burguesa, assim como parte da zona oeste, como Barra da Tijuca e Recreio, esses espaços são ocupados principalmente por prédios e casas bem estruturadas dentro de condomínios. A outra parte da zona oeste, como Guaratiba e Sepetiba possuem predominância de áreas verdes, com reservas ambientais, mangues e um maior espaçamento entre as casas. Pontuar as condições de moradia dos locais com menor incidência de SRAG é necessário para entendermos a estrutura social e das residências, pois impacta na convivência comunitária, que por sua vez é um meio de transmissão de vírus respiratórios.

O Direito Privado no Art. 1.301, dita que as casas na área urbana precisam ter no mínimo um metro e meio de distância entre elas. Ao analisarmos a estrutura da cidade, nos deparamos com a inegável questão de que a população pobre que reside em favela não tem acesso a residências com o mínimo de distância, assim como possuem limitação ao acesso de políticas públicas, que deveriam ser abrangentes. A cultura de marginalização das pessoas da periferia cria para as crianças na primeira infância, exclusão social e as impõe uma qualidade de vida precária. As ocupações irregulares se tornam, para as crianças, um meio de contaminação de doenças respiratórias por vírus. Logo, a desigualdade social está intrínseca na falta de acesso à saúde, acarretado pela desproteção social.

Nesse caso, deve se promover projetos, junto as/os assistentes sociais, que estimulem a autonomia e a plena expansão dos indivíduos, defendidos nos Princípios Fundamentais do Código de Ética do Assistente Social, sendo necessário pois a família é uma instituição social, que apresenta à criança na primeira infância valores, estimula ou não as potencialidades da criança e assegura ou não o desenvolvimento da saúde. Tornando assim de conhecimento do núcleo familiar, práticas necessárias para promover o cuidado à saúde das crianças.

Junto ao trabalho educativo, o preparo do espaço residencial é um modo de prevenção às doenças respiratórias nas crianças. Nessa lógica, quando ocorre a falta das condições mínimas para a subsistência ou a falta do necessário para a constituição da saúde, põe-se a família (e principalmente a mãe) como responsáveis pela escassez. E com isso, se terceiriza a responsabilização, retirando do Estado o dever de suprir as expressões da questão social, incentivado pelo modelo de contra reforma e pela ideologia da meritocracia. Quando na realidade, o acesso à saúde e

as condições estruturais são fatores determinados para todo o conjunto da classe social.

Logo, o Rio de Janeiro carece promover políticas públicas voltadas à urbanização, almejando uma melhoria na qualidade de vida, que é possível através de pesquisa da área residencial atrelado às condições socioeconômicas, considerando as necessidades e particularidades das crianças na primeira infância para que sejam incluídas na convivência comunitária de forma segura a saúde.

Nota-se também no mapa de Uso do Solo que há maiores áreas de lazer em torno da Barra da Tijuca, Zona Sul e Centro, os espaços de lazer representam o acesso das crianças na primeira infância aos espaços de convivência comunitária que são adequadas ao seu desenvolvimento e a saúde. A prática de esportes e atividades lúdicas ao ar livre são fundamentais para a prevenção de SRAG, fortalecendo a imunidade e o sistema respiratório. Mas as condições de acesso a crianças em áreas de lazer são socialmente determinadas, marcadas pela desigualdade social e não são inclusivas a todas, uma vez que o território demarca os espaços próximos à residência que se tem acesso.

Os locais privados de lazer possuem uma maior incidência de higienização e melhor qualidade estrutural do que dos espaços públicos. Como o exemplo das praças com brinquedos voltados às crianças, em que a falta de higienização pode ser um transmissor de vírus respiratórios. Também pode-se citar que os espaços públicos de lazer não possuem a reforma necessária quando os brinquedos estão desgastados, porque mesmo que as crianças sejam em lei prioridade absoluta, a política (marcada pela correlação de forças) não considera primordial a convivência comunitária, o lazer e o brincar como prevenção de doenças, mas foca nos casos em que os laços da convivência familiar e/ou comunitária já foram rompidos, quando a criança passou por situação de violência ou em casos de adoecimento contínuo. Ou seja, a assistência é tida como mediadora de conflitos, mas que junto ao tripé da Seguridade Social, poderiam fortalecer o trabalho preventivo e mais que isso, assegurar às crianças de todas as classes espaços de lazer, de esportes e de brincar, almejando sua inserção na sociedade de forma sadia e também a promoção da saúde física e psicológica.

4 A questão ambiental e a saúde das crianças na primeira infância

O trabalho é a modificação da natureza através dos meios de produção. No sistema capitalista a necessidade contínua de consumo faz com que seja crescente o extrativismo, o desmatamento e a poluição da natureza, com objetivo de criar as condições necessárias para o crescimento capitalista. “Questão ambiental” é um termo que define as adversidades que se apresentam na natureza devido a excessiva interferência do homem sobre ela, como nos casos de desastres ambientais que se presenciam na atualidade.

O Brasil possui como uma das principais atividades econômicas o agronegócio, sendo exportador de principalmente carne e soja, desencadeando a destruição de biomas para sua produção. Já a cidade do Rio de Janeiro não é um polo de agropecuária ou industrial, mas o crescimento exponencial das áreas urbanas faz com que a biodiversidade seja desmatada para o alojamento da população. E o que esse fato tem de ligação com a saúde das crianças na primeira infância?

Pode-se citar que as crianças possuem menor imunidade e com isso, são mais propensas a desencadear doenças físicas devido a desastres ambientais. Ou que as famílias em maior vulnerabilidade social, são as mais afetadas pelos desastres, por viverem em território com maiores riscos, como citado anteriormente.

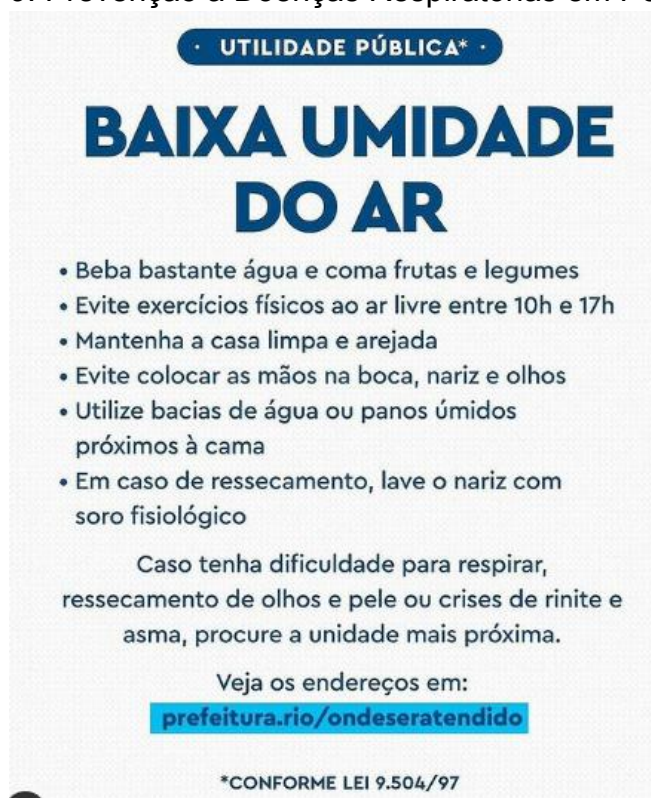
Voltando-se às doenças respiratórias, a qualidade do ar é fator primordial para sua incidência, sendo assim, a poluição do ar é um dos agravantes. Por exemplo, em setembro de 2024 ocorreram incêndios florestais criminosos de forma sistemática no país (estimulados pela expropriação de terras e pela mercantilização da mesma). Os incêndios aumentam a temperatura e deixam a umidade do ar mais baixa, acarretando em dificuldades de respirar. Dessa forma, as crianças na primeira infância tornam-se grupos de risco, quando analisados a questão da saúde.

E apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente não fazer citação direta a proteção aos ecossistemas e aos bens naturais, o direito absoluto de meninas e meninos à vida traduz o comprometimento necessário da sociedade em geral com o meio ambiente. O cuidado e a conservação do planeta, se levados a cabo, possibilitam desde a infância e da adolescência o desenvolvimento pleno e saudável desses seres humanos em formação. (Coordenadoria dos Direitos da Cidadania; 2010)

Ou seja, o direito ambiental e a sustentabilidade são primordiais para a garantia do desenvolvimento pleno e sadio das crianças. É necessário analisar e considerar os limites do extrativismo, levando em consideração a saúde dos grupos de riscos, que em casos de queimadas e doenças respiratórias são as crianças na primeira infância.

A imagem a seguir foi disseminada através das redes sociais pela Coordenação de Atenção Primária - AP 5.3, em setembro de 2024. Logo após as queimadas, o ar manteve-se em baixa umidade e as unidades de saúde divulgaram informações sobre formas de prevenção às doenças respiratórias.

Figura 9: Prevenção à Doenças Respiratórias em Períodos de Baixa Umidade do Ar.



Fonte: Coordenação De Atenção Primária - AP 5.3

Nas últimas semanas, foram contabilizados 3,7 milhões de atendimentos por problemas diretamente ligados às secas e queimadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de todo o país. O monitoramento apontou que 31% do público atendido foram crianças entre 0 e 11 anos, faixa etária com maior sensibilidade à piora da qualidade do ar por imaturidade do sistema respiratório e imunológico. (FREIRE, 2024).

Nota-se o trabalho intensivo das unidades de saúde primária ao atendimento e na conscientização sobre as doenças respiratórias, que estão ocorrendo devido as queimadas. Como estagiária da UPA, nota-se o maior quantitativo de crianças na primeira infância internadas devido a problemas respiratórios. A iniciativa Observa Infância, proposta pela Fiocruz e pelo Centro Arthur de Sá Earp Neto, monitora e divulga dados sobre crianças de 0 a 5 anos no país, em julho de 2024 o estudo sobre problemas respiratórios apontou que

Foram 153 mil internações no último ano, uma média de 419 por dia, o que corresponde a um aumento de 24% em relação ao ano anterior. É o maior número registrado nos últimos 15 anos. (...) Segundo o estudo, as mudanças climáticas e a baixa cobertura vacinal infantil são as principais hipóteses para o aumento das internações (Icict/Fiocruz, 2024)

Com isso, deve-se pensar nos impactos concretos na saúde devido a poluição a qual a população está exposta. E quais as condições de habitação no planeta estão sendo construídas para a atual e futuras gerações, principalmente na vida das crianças, que são pessoas em desenvolvimento. Sendo assim, é possível afirmar que o meio ambiente equilibrado é direito de todos, necessário para garantir qualidade de vida e as condições necessárias para a promoção da saúde.

Porém, se tratando da proteção do meio ambiente, além de ser um direito, é também dever de toda a sociedade e do Poder Público, como citado no Art 255 da Constituição Federal. Com isso, é necessário analisar o trabalho profissional da/o assistente social, as políticas públicas de proteção socioambiental são implementadas pelas instituições que prestam serviços às crianças e adolescentes? A ação socioambiental articulada com a saúde integral e o trabalho educativo, garante medidas para estimular o desenvolvimento sadio das crianças na primeira infância, juntamente com a consciência da necessidade de preservação do meio ambiente.

Pode-se citar o trabalho na Fundação Angélica Goulart, localizada no bairro Pedra de Guaratiba (que se encontra no território articulado com o local de estágio da UPA de Sepetiba). Na instituição se realiza projetos com o objetivo de inclusão social, convivência comunitária e autonomia da infância e juventude. Se instituiu o projeto de “Práticas e Atitudes Sustentáveis” que realiza o trabalho em hortas e de sustentabilidade almejando a melhoria da qualidade de vida. O contato com a

natureza é imprescindível para o desenvolvimento cognitivo de crianças na primeira infância, além de ensinar e estimular a preservação do meio ambiente.

Os autores LIMA e VIEIRA relacionam a proteção integral com a proteção socioambiental da criança (tema ainda pouco discutido no âmbito das políticas públicas) uma vez que assegurar o meio ambiente equilibrado é necessário para assegurar o direito à Saúde e à Vida, previsto no Art 7º do ECA, e assegurar o desenvolvimento integral das crianças, que são pessoas em desenvolvimento.

As legislações, programas e projetos ainda são discutidos e implementados de acordo com a perspectiva do adulto, porém para assegurar a proteção integral é necessário analisar as necessidades e os riscos para as crianças. Qual o impacto que as queimadas estão promovendo na saúde respiratória? E como afeta as crianças na primeira infância que vivem em situação de vulnerabilidade social?

A desigualdade social está diretamente ligada na relação exploração da natureza e nos impactos dos desastres ambientais, onde a exploração é incitada pelos donos dos meios de produção, almejando a acumulação do capital. Em contrapartida, a classe trabalhadora é a parcela da sociedade que sofre os impactos dessa exploração. Estudos, ações e projetos a partir da sustentabilidade são necessários para disseminar a importância da preservação do meio ambiente para a constituir a equidade, a democracia, o desenvolvimento integral e a inclusão social e ambiental.

Considerações finais

A doença respiratória em crianças na primeira infância é tida como um assunto a ser abordado pela equipe médica, voltando-se a análises clínicas. Porém, o que demonstra o estudo através da análise do serviço social é que o trabalho interdisciplinar é necessário para se promover a saúde integral dos usuários. Entendendo que, se uma doença assola uma determinada faixa etária e ao longo do tempo histórico as notificações aumentam exponencialmente, é necessário se realizar o estudo socioeconômico e socioambiental da coletividade. Analisando assim suas causas e o modo de prevenção efetivo para se assegurar a saúde na primeira infância.

Na Conferência Internacional de Saúde de 1946 a OMS estabeleceu que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, ou seja, assegurar a saúde da primeira infância é dever das/os assistentes sociais, e com isso, a equipe multidisciplinar nas unidades de saúde devem trabalhar em conjunto para assegurar a recuperação e a promoção da saúde das crianças. A resolução clínica a partir da análise médica será efetiva quando encaminhada juntamente a políticas e projetos voltados às condições socioeconômicas a qual a família necessita.

Porém, a saúde das crianças no Brasil foi historicamente construída a partir da marginalização das crianças pobres e/ou do assistencialismo, e ainda na atualidade se repercute os valores de moralização através do conservadorismo. Que por sua vez, no âmbito da saúde, promove a defesa da privatização do SUS e da mercantilização da saúde. Esses conceitos estão diretamente ligados ao desenvolvimento integral da primeira infância do Brasil, uma vez que vai na direção contrária da proteção integral para todas as crianças, defendida no ECA.

Pode-se pontuar também que o estudo socioeconômico a partir das doenças respiratórias demonstrou que o processo de adoecimento está intrínseco à questão de gênero e o papel da mulher na sociedade capitalista, perpassando pelo dever do cuidado impostas pelas relações sociais. Fazendo com que as necessidades da criança na primeira infância e da família sejam acolhidas principalmente pelas mães, esse fator perpassa nas condições do trabalho assalariado, da convivência comunitária e no acesso às políticas públicas, em que é nítido o recorte de gênero.

Com as múltiplas jornadas de trabalho que se vivencia na atualidade, é considerável questionar: como prover o cuidado e o vínculo no sistema capitalista? Esses que são primordiais para a garantia da saúde da criança na primeira infância. As políticas públicas podem e devem ter papel no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, a cultura e o lazer são necessários nesse processo, pois promovem a saúde física, mental, momentos de descontração e felicidade... Para o desenvolvimento integral da criança e para a promoção da saúde, o sentimento de pertencimento é primordial. É dever do Estado prover os espaços de esporte e lazer acessíveis a todas as classes sociais.

Recapitulando que contingências que concorrem para vulnerabilidade social, como a territorialidade (atrelado às condições habitacionais e as condições climáticas), desnutrição, falta de cobertura vacinal, de educação, de saúde básica, de esportes e lazer, que impactam o desenvolvimento integral e saudável das crianças na primeira infância. As tornando acessíveis aos fatores de risco que são causadores de doenças respiratórias.

Por exemplo, a insegurança alimentar é um fator agravante das doenças respiratórias, que pode (e deve) ser prevenida através de programas e projetos da política pública de saúde e assistência. A insegurança alimentar se caracteriza pela falta de nutrientes, tanto em quantidade, como na qualidade do alimento, que são indispensáveis para o crescimento saudável da criança na primeira infância.

Na atualidade, a alta demanda das múltiplas jornadas de trabalho faz com que os alimentos ultraprocessados sejam facilitadores na rotina das famílias, fazendo com que mesmo que a criança coma quantidade, não coma qualidade. Ou seja, não se alimenta com os nutrientes necessários para se assegurar a saúde física, o que pode desencadear baixa imunidade e com isso estar propenso a doenças respiratórias, ou até mesmo acentuar quadros crônicos. Também há os casos de famílias em vulnerabilidade social que não conseguem arcar com a compra dos alimentos necessários.

O I Inquérito Sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro, o “Mapa da Fome” coleta e analisa dados sobre a alimentação da população. Em maio de 2024 os dados foram disponibilizados, demonstrando que 2 milhões de pessoas

vivem em situação de insegurança alimentar no Rio de Janeiro. Esse quantitativo está atrelado ao território, onde a maioria das famílias se encontra na Zona Norte. Também se verificam questões de gênero e raça. Esse quadro é retrato da profunda desigualdade social presente no capitalismo.

O processo de desigualdade social está intrínseco nas relações sociais, a banalização e a alienação é tão intensa que a situação de insegurança alimentar é vista culturalmente como culpa do indivíduo, se baseando no discurso da meritocracia. Porém, é preciso analisar criticamente a realidade do território. Qual o espaço de acesso e qual o grau de autonomia possui a população que vive na Zona Norte? Como assegurar a saúde da primeira infância, sem assegurar os mínimos sociais necessários para se alcançar a saúde?

Outro ponto a ser analisado é que o cenário social define os valores do momento histórico, tanto das atitudes que são aceitas pela coletividade, quanto da agenda de políticas públicas vigente. Ao longo do tempo, a proteção da criança foi sendo redimensionada e ressignificada, atualmente a educação violenta é crime, tendo como objetivo garantir a integridade física, psicológica, sexual, entre outras. Porém ainda há um longo caminho a percorrer para se efetivar a plena expansão das crianças, como exemplo, a cultura de tabagismo.

No sistema capitalista, se criminaliza certos tipos de drogas e se legaliza outras, esse contexto também é definido pelo cenário social. A lei nº 9.294, de julho de 1996 torna legalizado o tabagismo no Brasil, porém no Art 2º delimita que “É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público”, uma vez que se conhece os malefícios do cigarro para além da pessoa que fuma, mas também quem está ao redor, conhecidos popularmente como fumantes passivos. Porém, a residência é tida socialmente como um espaço privado para além da convivência comunitária e essa legislação não se aplica aos adultos que fumam em casa, nos mesmos ambientes em que estão crianças na primeira infância. Esse trecho não tem o objetivo de moralizar o indivíduo, apenas demonstrar que é decidido culturalmente que tipo de violência é aceita e qual não é, mesmo que todas tenham impactos na saúde das crianças.

A partir do estudo realizado, pode se afirmar que a condição socioeconômica, as condições de habitação, educação, lazer e esporte, o vínculo familiar e comunitário estabelecido, são fatores primordiais para a prevenção e também para a recuperação da saúde, principalmente em crianças na primeira infância, em condição de pessoa em desenvolvimento. De acordo com essa perspectiva para a garantia da saúde é necessário a implementação da política pública intersetorial e integral, através do trabalho em rede com a assistência, saúde e educação.

Se a saúde integral for implementada pelas equipes multiprofissionais no âmbito da saúde e assistência, vendo a condição da doença do indivíduo através de suas particularidades sociais, de distribuição de renda, de recursos ambientais, etc, para além da doença física. O serviço estará cada vez mais próximo de verdadeiramente implementar a participação popular, uma vez que levará em consideração as demandas da territorialidade para resolução de doenças. Trabalhando em conjunto da rede de políticas públicas de forma efetiva e assim promovendo a saúde das crianças e de suas famílias.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. Quase 60% das síndromes respiratórias no RJ são em crianças até 4 anos. 2024. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-05/quase-60-das-sindromes-respiratorias-no-rj-sao-em-criancas-ate-4-anos>. Acesso em: 24 ago. 2024.

AGÊNCIA GOV. Lei que prevê vacinação nas escolas para aumentar cobertura vacinal. 2024. Disponível em:

<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202406/lei-vacinacao-escolas-publicas-aumentar-cobertura-vacinal#:~:text=Sancionada%20lei%20que%20prev%C3%AA%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20nas%20escolas%20para%20aumentar%20cobertura%20vacinal,-Sancionada%20pelo%20presidente&text=Para%20aumentar%20a%20cobertura%20vacinal,o%20Programa%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 set. 2024.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 4, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/>. Acesso em: 28 out. 2024.

AROUCA, Sérgio. Democracia é Saúde: Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35 - 44.

ARRUZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. Feminismo para os 99%: um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2019.

BARROSO, Carmen. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 116-118.

BRASIL. Marco Legal da Primeira Infância. Lei nº 13.257 de 2016.

BRASIL. Resolução CONANDA nº 113; 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Estabelece restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Primeira Infância - Estratégia AIDPI. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/aidpi>. Acesso em: 17 jul. 2024.

CALDAS, Ana Luiza; PINTO, Luiz Felipe. Atenção primária à saúde infantil: a maior avaliação de base populacional da história do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. I Inquérito Sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Estúdio Verbo, 2024. Disponível em: <https://injc.ufrj.br/wp-content/uploads/2024/05/IA-Rio-rev-V5.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

Centro de Inteligência em Saúde - CIS. Síndrome Respiratória Aguda Grave. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://cisshiny.saude.rj.gov.br/painel_srag/. Acesso em: 28 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

Coordenação de Atenção Primária - AP 5.3. Imagem de Baixa Umidade do Ar. Instagram, 2024. Disponível em: https://www.instagram.com/p/C_0eZsiR1ow/. Acesso em: 15 set. 2024.

Coordenadoria dos Direitos da Cidadania. Direitos da Criança e do Adolescente - Meio Ambiente. Jusbrasil, 2010. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/direitos-da-crianca-e-do-adolescente-meio-ambiente/2344387>. Acesso em: 28 out. 2024.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 35, n. 4, 2006.

Data.Rio. Mapa de Uso do Solo do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/2971a8de279d428692088681292e787e/explore>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva: Coletivo Sycorax, trad. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FIOCRUZ. Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2020.

FIOCRUZ. Internações de bebês no SUS por problemas respiratórios bateram recorde em 2023. Rio de Janeiro: IciCT/Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/07/internacoes-de-bebes-no-sus-por-problemas-respiratorios-bateram-recorde-em-2023>. Acesso em: 13 out. 2024.

FREIRE, Ana. Fumaça dos incêndios pode ser mais prejudicial às crianças, idosos, gestantes e pessoas com comorbidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/fumaca-dos-incendios-pode-ser-mais-prejudicial-as-criancas-idosos-gestantes-e-pessoas-com-comorbidades>. Acesso em: 13 out. 2024.

MARCHIONI, Dirce Maria Lobo. Segurança alimentar e saúde: a necessidade da transformação dos sistemas alimentares. *Diálogos Socioambientais*, v. 7, n. 18, p. 26–29, 2024. Disponível em:

<https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/dialogossocioambientais/article/view/487>. Acesso em: 16 out. 2024.

Mapa da Fome do Rio foi apresentado na manhã desta quarta (29). Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2024. Disponível em:

<https://www.camara.rio/atividade-parlamentar/frentes>. Acesso em: 16 out. 2024.

MELIM, Juliana Iglesias. Trajetória da Proteção Social Brasileira à Infância e à Adolescência nos marcos das relações sociais capitalistas: Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente - NECA. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Saúde na Escola. Série F - Comunicação e Educação em Saúde. [ilustrações de Ziraldo]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MOREIRA, Jamile. Governo do Amapá leva assistência social para famílias de pacientes com síndromes respiratórias internados na rede pública. Amapá: Governo do Estado do Amapá, 31 de maio de 2023.

Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento. Disponível em:

<http://appsniis.mdr.gov.br/regionalizacao/web/mapa/index?id=20>. Acesso em: 3 nov. 2024.

Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ). Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SOPTERJ; 2018.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. [ilustrações de Ziraldo]. São Paulo: Editora Globo, 2010.