

Agente Comunitário de Saúde: mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude?

Adriana Ribeiro Rice Geisler

Introdução

Ao longo da história, a infância tem sido entendida e tratada de diversas maneiras.¹ Um breve incurso pelas diferentes formas de assistência² dispensadas à infância no Brasil nos últimos séculos revelará que o particular interesse social por essa fase da vida faz parte de um projeto de construção de sociedade erguido sob um longo processo de colonização e mantido no capitalismo sob a égide de uma modernização conservadora.³

Além de um modo de produção, o capitalismo é, portanto, ele próprio, um processo civilizacional⁴ que visa a perpetuar nossa constituição histórica excludente.⁵ Essa relação colonialismo-capitalismo vem relegando aos supostos 'não civilizados', aos 'degenerados', aos 'viciosos', aos 'ociosos' e às 'classes perigosas' um lugar de subalternidade – assistida, vigiada – na dinâmica social.

Na era industrial capitalista do século XIX, o esteriótipo do pobre revestiu a mentalidade que sustentou a instauração do regime republicano no Brasil. Para a elite da Primeira República, tratava-se de criar as condições 'saneadoras' e 'moralizadoras' que tornassem possíveis a gestação de uma identidade nacional e o progresso de uma nação civilizada.⁶

¹Sobre os diferentes significados que o conceito de infância assume nas sociedades ocidentais através dos tempos, ver Ariès (1981).

²De fato, nesse contexto, a utilização do termo 'assistência' é mais apropriada. A perspectiva da 'atenção' somente vai ser considerada mais efetivamente com a Constituição Federal de 1988.

³ Para uma ampliação desta análise, ver Fernandes (1981).

⁴ A esse respeito, ver Sousa Santos (2001).

⁵ De acordo com Geisler (2006), nossa constituição histórica excludente vai-se perpetuando às custas de uma democracia restrita, e através das alianças de interesses que a classe burguesa vem implementando nos denominados períodos de transformismo.

⁶ Para um aprofundamento da análise sobre o comportamento das diversas classes sociais em face das transformações vividas no Estado republicano nascente, ver Carvalho (1987, 1990, 1991).

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

Esse projeto de invenção de um Brasil moderno não dispensou a produção de uma determinada imagem a respeito da criança.⁷ Como veremos, a Doutrina do Direito Penal do 'Menor' e a Doutrina da Situação Irregular conformaram o arcabouço teórico a respeito da infância das camadas populares.

De acordo com Arantes e Faleiros (1995), a racionalidade cunhada por filantropos, educadores e juristas atravessou o século XX, possibilitando novas modalidades de exclusão social. Portanto, se no Brasil do século XIX, a preocupação com a criança adquire uma relevância social nunca antes verificada, até bem pouco tempo os discursos e as políticas de atendimento à infância e à adolescência vinham sendo direcionados, em sua maioria, mais para as carências dessa população do que para seu potencial.

Somente com a afirmação da Doutrina da Proteção Integral na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é que as crianças e os adolescentes, como sujeitos de direitos, deixam de ser considerados como objetos de controle da assistência demagógica. Aos direitos das crianças e adolescentes correspondem os 'deveres' da família, da sociedade e do Estado, e não os 'favores' de uma elite benfeitora que, em última análise, somente visa à manutenção das estruturas de poder que sustentam seus próprios interesses.

Dentro da perspectiva da 'proteção integral', o direito à saúde é um dos direitos fundamentais que a Constituição e as leis exigem que sejam garantidos indiscriminadamente à população infanto-juvenil.

Como estratégia governamental de reorganização do sistema de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF)⁸ deve ocupar-se da atenção básica e integral à família. No interior da equipe do PSF, o agente comunitário de saúde (ACS),⁹ por estar mais próximo das ações de promoção da saúde, jamais deve esquivar-se do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito de direitos, garantindo as ações de saúde pertinentes a essa população.

⁷ Para um detalhamento das diferentes representações das elites nacionais sobre a infância pobre, ver Del Priore (1991).

⁸ Sobre o PSF, ver Corbo, Morosini e Pontes texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

⁹ Sobre ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, texto "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

Breve Histórico do Atendimento à Criança e ao Adolescente

Mesmo antes do surgimento dos primeiros vilarejos, o Brasil que se pretendia europeu já havia dado indícios de como se inscreveria e se descreveria seu processo civilizatório. “É como se lugares e seres exóticos estivessem vivendo num limbo, numa ausência de sentido, até que, ‘descobertos’, pudessem aceder ao reino do significado” (Augras, 1991: 20). O domínio dos colonizadores ia sendo assegurado à pena e fogo. Ao poder das armas somava-se um outro: a narrativa dos antigos navegadores.

A despeito das expectativas de que a nova humanidade estivesse próxima da monstrosidade, nos relatos de uma ‘terra sem males’ revelava-se o sonho dos viajantes: recuperar no exótico uma inocência anterior ao pecado. No contexto das guerras religiosas que afligiam o antigo continente, o pensador europeu – desiludido com sua própria sociedade – deixava-se guiar pela idéia de paraíso. O Ocidente esperava que o ‘novo mundo’ brotasse como seu correlato, mas renovado. Somente diante do espelho, maquiado, o cenário jamais visto podia ser apreendido. Pelo disfarce, a ‘velha senhora’ procurava a si própria nos habitantes da América, negando-lhe as diferenças. Na esteira de uma cultura que se constrói valorizando o mesmo, edita-se o ‘bom selvagem’: cópia imperfeita do homem civilizado.

Ao despertar no europeu a própria estranheza, o índio brasileiro fora definido pela falta. Nu. Para o colonizador, o nativo das belas costas brasileiras, marcado pela sua condição de ser da natureza, não só desconhecia a fé, a civilidade, e a lei, como ignorava suas próprias riquezas.

Em nome do idealismo do encantamento com o mundo ou da possibilidade de encontrar no que lhe parecia estranho uma natureza impoluta, cabia ao Ocidente lançar-se à sua suposta tarefa civilizatória. Sob as bênçãos da Madre Igreja, os ‘soldados de Cristo’ – os assim chamados padres jesuítas da Companhia de Jesus – foram os responsáveis pelo processo de aculturação a que foram submetidos os primeiros habitantes da Ilha de Vera Cruz.¹⁰

Nas missões indígenas, as crianças receberam um ‘cuidado especial’. Conforme ressaltam Pilotti e Rizzini (1995), o contato com as crianças ameríndias obedecia a uma dupla finalidade: a de recrutar e educar os futuros súditos do

¹⁰ Cabe ressaltar, que, do contato mais estreito e duradouro entre grupos sociais diferentes, pode-se estabelecer um sistema de trocas culturais no qual um dos grupos prevaleça politicamente sobre o outro.

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

Estado português e a de garantir o acesso dos colonizadores à conversão dos adultos às estruturas sociais e culturais recém-importadas.

Ainda no período colonial, no momento em que a escravização dos índios foi proibida, a mão-de-obra proveniente da África serviu à estratégia de povoamento e exploração das riquezas da terra do pau-brasil. Como propriedade do colono, a criança escrava era precocemente incorporada ao mundo do trabalho. Contando com uma rede de proteção entre os próprios escravos – não obstante as condições sociais em que viviam – o percentual de crianças escravas abandonadas era pequeno.

Curiosamente, os filhos nascidos fora do casamento não tinham a mesma 'sorte'. Desde 1521, por ordem de D. Manuel, as crianças rejeitadas deviam ficar sob a responsabilidade das Câmaras Municipais. As Santas Casas da Misericórdia¹¹ também se ocupavam do cuidado dessas crianças. A partir do século XVIII, o crescente número de crianças deixadas em locais públicos levou à implantação do sistema da 'roda' no Brasil. A primeira 'roda' foi criada na Bahia, em 1726, e a segunda no Rio de Janeiro, em 1738. Mantida inicialmente pelas Santas Casas, com o auxílio das doações de alguns nobres, a roda dos expostos era um cilindro giratório que, afixado na parede de um asilo de menores, permitia o recolhimento da criança abandonada, sem a necessidade de identificação quer do enjeitado, quer daquele que a estava abandonando. Ocultada a origem social da criança, resguardava-se a honra das famílias cristãs.

Na Casa dos Expostos, as crianças eram alimentadas por amas-de-leite alugadas. Nesse ambiente, a falta de cuidados provocava uma elevada taxa de mortalidade infantil. Algumas famílias se prontificavam a cuidar dessas crianças mediante o recebimento de uma pensão. A criança exposta recebia assistência até os sete anos de idade, quando então, assumindo a sua condição de órfão, passava a depender de uma determinação judicial em favor daquele que o desejasse sustentar. O sistema de 'rodas' foi formalmente abolido no Brasil em 1927, tendo, no entanto, a 'roda' do Rio de Janeiro funcionado até 1935, e a de São Paulo até 1948.

Além da Casa dos Expostos, outra instituição de recolhimento surgiu com grande força a partir do século XIX. Aos olhos da elite republicana que se

¹¹ Pilotti e Rizzini (1995) esclarecem que, como representantes das elites, os vereadores pertenciam igualmente à irmandade da Misericórdia. Muitas vezes, tornava-se difícil compatibilizar a política da Câmara com as deliberações relativas à destinação de recursos à assistência prestada pela Santa Casa.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

configurava, o asilo de órfãos, também mantido em sua maioria por ordens religiosas, visava não apenas a 'proteger' o "menor", reservando a ele o seu lugar de subalternidade na estrutura social, como a defender a sociedade das ameaças que a infância pobre representava à ordem pública e à paz social.

Marcada pela institucionalização, a assistência ao abandonado se perpetuou nesses moldes durante o século XX, expressando-se tanto na tentativa de reeducação dos degenerados quanto na prevenção dos riscos que pudessem, ao seduzir o 'menor' à viciosidade, desviá-lo do trabalho.

De acordo com Pilotti e Rizzini (1995: 11), "voltada para a prevenção ou regeneração, a meta era a mesma: inculcar o 'sentimento de amor ao trabalho' e uma 'conveniente educação moral', como aparece no regulamento do Abrigo de Menores, de 1924".

Como vimos, obedecendo à aliança entre o Estado e a Igreja, a assistência à infância no Brasil Colônia e no Império foi uma atribuição dos jesuítas. Ao longo do século XVIII, verificamos, entretanto, um crescente deslocamento da caridade para os valores provenientes de uma visão secularizada de sociedade.¹² Com uma intensidade cada vez maior, o século seguinte assistiu à ação caritativa de forte cunho religioso ceder terreno.

A racionalidade dos discursos e a utilização de métodos considerados científicos tinham como propósito viabilizar a integração do desviante à vida em sociedade, independentemente da caridade alheia. O surgimento da puericultura, as iniciativas dos higienistas¹³ e a proposta de criação de tribunais, reformatórios, casas de correção e colônias correcionais para os 'menores delinquentes' ou 'viciosos' são exemplos da nova racionalidade técnico-administrativa que se foi consolidando a partir de meados do século XIX.¹⁴

Aliás, é dessa época a introdução da palavra 'menor' no vocabulário do atendimento. Sob pretexto de ser um termo estritamente técnico, a noção logo passou a veicular um sentido pejorativo e estigmatizante. Vale lembrar que foi na esteira do Código Criminal de 1830 que a mentalidade jurídico-penal de

¹² Tributária do paradigma emergente dos séculos XVI e XVII, essa visão desloca o homem para o centro do universo, atribuindo à razão humana – e não aos desígnios de Deus – a tarefa de, simultaneamente, construir a realidade social e emancipar o homem.

¹³ Sobre a constituição das práticas de saúde nesse período, ver Lima, texto "Bases histórico-conceituais para compreensão do trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹⁴ Sobre a medicalização e a judicialização como medidas preventivas para uma cidade moderna e saneada, ver Rizzini (1993).

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

então cunhou a chamada Doutrina do Direito Penal do Menor. Segundo essa concepção, o 'menor' é de responsabilidade do Estado quando vítima ou agente de algum ilícito penal. A Doutrina do Direito Penal do Menor orientou a intervenção do Estado em relação à infância empobrecida entre as últimas décadas daquele século e a primeira década do século XX.

Se esse período registrou a gradual passagem da caridade à filantropia, verificamos que já para as primeiras décadas do século XX a distinção entre essas duas perspectivas de assistência é desnecessária. À medida que se aliam quanto ao propósito de resguardar a ordem social, caridade e filantropia tornaram-se faces da mesma moeda. No Estado republicano nascente, a 'missão' passou a ser a de educar as crianças para uma nação próspera.

Conforme salienta Rizzini (1997), na contra-face da idéia de que 'a criança é o futuro da nação', estava a necessidade de educar um povo-criança. Todavia, o modelo importado das grandes metrópoles européias¹⁵ não parece ter produzido e estendido à maioria da população o tão sonhado cenário de 'ordem e progresso'. Com as mudanças no mundo do trabalho,¹⁶ proporcionadas pelos avanços tecnológicos e pela crescente substituição da força de trabalho humana pela máquina, o mercado não fora capaz de absorver, como prometera, o chamado exército industrial de reserva.¹⁷

Na história do Brasil, os discursos e as práticas em torno da preservação da ordem social têm, na verdade, sustentado um projeto de sociedade que vem negando cidadania efetiva a um amplo contingente de trabalhadores. Marcada pelo centralismo político e definida no espaço institucional de um Estado patrimonialista e paternalista, a cidadania brasileira revela, para Carvalho (1997), cidadãos de primeira, segunda e terceira classe.

Longe do mito da neutralidade do Estado, em função do qual se espera que esse ente irá regular e controlar com imparcialidade as relações sociais, o Estado brasileiro, de caráter patrimonialista, vem, historicamente, contribuindo

¹⁵ Para um estudo sobre as metrópoles emergentes na virada do século XIX, ver Valadares (1991).

¹⁶ Sobre as mudanças no mundo do trabalho, ver Ramos, texto "Conceitos básicos sobre o trabalho", e Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", ambos no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹⁷ No capítulo XXIII de *O Capital* (v.2, livro 1), Karl Marx trata do que denomina "exército industrial de reserva". O autor se refere à força de trabalho excedente e à disposição das necessidades variáveis da expansão e exploração do capital.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

na manutenção do privilégio das elites econômicas que se sucedem no poder e na consolidação das estruturas de desigualdade social. As classes desprivilegiadas são representadas como que constituindo um 'problema social' e um entrave ao 'progresso' e ao desenvolvimento econômico. Na democracia burguesa, incorporar as massas populares ao processo político – sempre sob a direção e o controle das classes dominantes – parece ser uma solução desagradável, mas necessária. Esse estilo paternalista do Estado é o outro lado de sua face repressora. Quando a contestação dos grupos subalternizados ganha expressão, as hipocrisias paternalistas recorrem à violência propriamente dita.¹⁸

Esse percurso estrutural de desigualdade social se reproduz até hoje na divisão e na classificação da infância de acordo com a sua condição social. O pequeno herdeiro das classes mais abastadas é a 'criança', para quem está destinada a cidadania plena. O filho do 'pobre digno' é um cidadão de segunda classe, que deve, por meio da profissionalização, seguir os passos de seu pai operário.¹⁹ O 'menor' é o abandonado, ou mesmo o menino pobre que 'escolheu' a delinqüência. É a este, a quem se atribui a condição de estar em 'situação irregular' – ou, como se diz atualmente, em 'situação de risco' – que deve ser aplicado o 'trabalho regenerador'. A associação 'irregularidade'/pobreza é construída na esteira de uma lógica de culpabilização das populações empobrecidas pelas próprias mazelas vividas, e não por se levar em consideração a desigualdade social decorrente do modelo econômico adotado pelo país.

A Doutrina da Situação Irregular veio paulatinamente substituindo, a partir da década de 1920, a antiga Doutrina do Direito Penal do Menor. De acordo com esta orientação – cuja denominação só foi mesmo oficializada na década de 1970 –, todo 'menor' considerado em 'situação irregular' deveria ser objeto da política de atendimento, e não apenas o que havia sido vítima ou agente de algum tipo de delito, conforme se verificava anteriormente. Note-se que, além de ampliar o horizonte da atuação do Estado no atendimento aos

¹⁸ Para um aprofundamento dessa questão, ver Geisler (2004), *O Que Também se Pode Esperar de Nossas Favelas: olho no mundo, olho no outro, olho em você*.

¹⁹ Existe uma vasta bibliografia que se debruça sobre o campo das práticas educativas e suas interfaces com a atual configuração do mundo do trabalho. A título de exemplo, Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), Frigotto e Ciavatta (2003) e Ramos (2001) descrevem o chamado dualismo da educação, que se expressa na diferenciação entre o ensino que, aligeirado e profissionalizante, é reservado aos filhos das classes trabalhadoras, e a formação para o trabalho intelectual destinado às elites dirigentes. Também em Geisler (2006) encontramos a descrição dessa lógica que, em consonância com o ideário pedagógico do capital, busca subordinar o processo educativo às supostas necessidades do mercado.

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

'menores', é nessa passagem que o termo 'menor' deixa definitivamente de restringir-se a um termo técnico, para designar, muito concretamente, a maneira como a sociedade se refere ao segmento empobrecido da população infanto-juvenil.

Observe-se ainda que, embora a Doutrina da Situação Irregular já tenha sido também substituída, como veremos, pela Doutrina da Proteção Integral, sua presença ainda é fortemente sentida na mentalidade da sociedade brasileira. É com ela que a idéia da criança em 'situação de risco', ainda presente na atual legislação sobre a infância e a adolescência, guarda íntima relação.

Foi no rastro da Doutrina da Situação Irregular que se criou, no Brasil, em 1923, o primeiro Juizado de Menores da América Latina e, na seqüência, em 1927, o primeiro Código de Menores. Vale ressaltar que o Código de Menores, de 1927, recebeu muitas críticas por não permitir o trabalho dos menores de 12 anos. Para os opositores, a exploração do trabalho infantil era plenamente justificável com base em uma dupla necessidade. Perversamente, era na necessidade material dos próprios trabalhadores das classes subalternizadas e na necessidade social de controlar a criminalidade hipoteticamente associada à pobreza que o patronato sustentava suas alegações.

Sabemos que nesse momento, no período correspondente à chamada primeira industrialização brasileira, a grande demanda de mão-de-obra nas fábricas foi responsável por um aumento considerável no número de crianças e adolescentes nos postos de trabalho. Por salários muito baixos e carga horária semelhante a dos adultos, os 'menores' ou eram recrutados em asilos, ou vinham em busca de um complemento na renda familiar.

Embora seja uma prática comum no Brasil, o trabalho infanto-juvenil sempre foi, e continua sendo, alvo de controvérsias. Mas, até a ocasião da promulgação desse Código de Menores, nunca a questão do trabalho infantil havia suscitado tanta polêmica.

Outra questão relevante a ser observada com a introdução dessa lei se refere ao papel redentor que as instituições jurídicas passaram a ocupar. Pretensamente onisciente, o juiz tornou-se o depositário das esperanças da sociedade na solução do indigesto 'problema dos menores'.

No auxílio à autoridade judicial, coube à autoridade policial responsabilizar-se pelo recolhimento de menores. Foi assim que nasceram as delegacias especiais com o objetivo de receber os menores que aguardavam encaminhamento ao juiz.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

Com a intensificação da demanda por internações ordenadas pelo juiz, o então governo do Estado Novo²⁰ sentiu a necessidade de intervir no sentido da criação de um órgão federal que, responsável pelo controle da assistência, fosse capaz de integrar as instituições estatais e privadas em um sistema nacional. Foi criado, assim, em 1941, o Serviço de Assistência aos Menores (SAM), que deu prosseguimento à antiga prática de internação já consagrada pelos juizados de menores.

Desde a década de 1920, já nas primeiras iniciativas do Estado em organizar a assistência à infância, a relação entre o público e o privado foi caracterizada pelo favorecimento deste último em troca do apoio político para o primeiro. Com a fundação do SAM, essa relação não se tornou diferente, mas se agravou a partir de sucessivas denúncias de corrupção. Além disso, o judiciário apontava com frequência a ineficiência do órgão por seus procedimentos repressivos e desfavoráveis à 'recuperação' dos 'menores'. Os abusos cometidos por esse órgão, as constantes críticas recebidas e a desmedida crença na autoridade que marcou a instauração do governo militar em 1964 prepararam o solo para a extinção do SAM e para a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem).

A Funabem respaldava as suas ações na Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM). No contexto repressivo do regime militar, essa política associava a questão do 'menor' a um problema de segurança nacional. Era preciso evitar que a juventude marginalizada fosse facilmente cooptada pelos movimentos de contestação, desperdiçando-se um contingente de trabalhadores que poderiam empregar a sua vitalidade no progresso da nação.

No início dos anos 80, a Funabem passou, por iniciativa de seus próprios técnicos, por uma fase de reestruturação. Mais ou menos no mesmo período, o Código de Menores de 1927 foi substituído. Todavia, conforme já mencionado, foi justamente no final da década de 1970 que a Doutrina da Situação Irregular, recepcionada no novo Código de Menores de 1979, ganhou ares de oficialidade.

O deslocamento de uma abordagem assistencialista para um enfoque emancipador – característico do pensamento que foi amadurecendo ao longo da

²⁰ Lembremos que o Estado Novo corresponde à ditadura imposta pelo presidente Getúlio Vargas de 1937 a 1945. A chamada Era Vargas se estendeu de 1930 a 1945. Nesses 15 anos de governo, Getúlio Vargas foi centralizando poderes que lhe permitissem implantar um regime caracterizado pelo desaparecimento das garantias e das liberdades individuais.

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

década de 1980²¹ – somente ganhou corpo com a Constituição de 1988 e com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Não sem embates com a proposta de reforma do Código de Menores de 1979, o antigo modelo da Doutrina da Situação Irregular foi substituído, no novo *corpus* legislativo, pela Doutrina da Proteção Integral.

‘Criança Não É Risco, É Oportunidade’:²² efeitos sociais da nova Doutrina da Proteção Integral

De 1978 a 1985, o período entre as greves do ABC e a escolha de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral, ficou registrado, nos anais da política brasileira, como um momento de transição marcado por transformações significativas no conjunto da sociedade civil. Componentes dos mais variados grupos populares se mobilizaram provocando importantes conquistas políticas em diversos setores.²³ A própria convocação da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988, decisivo cenário das lutas sociais que se impuseram na época, foi resultado dessa grande participação dos movimentos populares.

A área da infância e da adolescência assistiu a uma mudança de perspectiva no que diz respeito ao atendimento dessa população. Ao incorporar a idéia de risco,²⁴ a anterior noção de ‘situação irregular’, representava o segmento empobrecido da população infanto-juvenil por sua incapacidade. O ‘menor’ era tido como uma ameaça a si próprio e à sociedade, sugerindo que fosse objeto da assistência do Estado. Mesmo não tendo desaparecido completamente, nem na letra da lei, nem no mundo da vida, o binômio risco-objeto foi cedendo terreno para a lógica oportunidade-sujeito.

²¹ Sobre as mudanças das políticas na área da saúde no mesmo período, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

²² O título faz referência à publicação de mesmo nome: *Criança Não É Risco, É Oportunidade. Fortalecendo as Bases de Apoio Familiares e Comunitárias para Crianças e Adolescentes*, de Irene Barker, Cassaniga e Rizzini (2000). Nesse texto, os autores advogam no sentido de que as crianças e adolescentes das classes subalternizadas, a despeito da situação socioeconômica adversa que enfrentam, não representam um risco, mas uma oportunidade na construção de uma sociedade efetivamente igualitária.

²³ Para uma descrição pormenorizada da significação coletiva e emancipatória dos movimentos sociais nesse período, ver Sader (1988).

²⁴ Sobre a noção de risco na área da saúde, ver Gondim, texto “Do conceito de risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

A Constituição Federal de 1988 e o ECA deram um enorme impulso para que toda criança e adolescente, entendido como sujeito de direitos,²⁵ passasse a ser considerado mais pelo seu potencial do que por sua hipotética incapacidade. Diz o ECA: “Art. 15: A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como *sujeitos de direitos* civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (Brasil, 1990 – grifo meu).

As crianças e os adolescentes têm, portanto, todos os direitos dos adultos concernentes à sua idade, ressalvada a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Dessa forma, sem prejuízo ao seu ‘direito de ter direitos’, que é uma prerrogativa de todo cidadão, essa parcela da população requer e tem direitos especiais em função da faixa etária em que se encontra.

É a Constituição Federal de 1988 que incumbe a família, a sociedade e o Estado de garantirem – solidariamente e respeitadas suas respectivas responsabilidades – os direitos das crianças e dos adolescentes. Assim, na Magna Carta, após as disputas na constituinte, a Doutrina da Proteção Integral recebeu a forma do artigo 227. Vejamos:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1998)

Dentro da perspectiva da ‘proteção integral’, esse dispositivo elenca uma série de direitos fundamentais a serem garantidos indiscriminadamente à

²⁵ Segundo a doutrina corrente, o direito é definido como o conjunto de princípios que pautam a vida social de determinado povo em determinada época. O direito (positivo) ora exprime o que o Estado ordena, impõe, proíbe ou estatui, ora significa o que o indivíduo requer, reivindica e defende. Dentro dessa perspectiva, cabe ao Estado delimitar os objetos jurídico e material em face dos quais se conformará uma determinada relação jurídica. A ordem jurídica assegura ao titular de um direito a faculdade de agir, em conformidade com a norma, para a satisfação de seus interesses. Ao interesse juridicamente protegido denominamos ‘direito subjetivo’, ou *facultas agendi*. À norma de ação ditada pelo poder público denominamos ‘direito objetivo’. Os chamados ‘direitos subjetivos’ nada mais são, portanto, do que a incorporação, ao nível individual desse direito de caráter geral, ou seja, da *norma agendi*. Considerando que os direitos das crianças e adolescentes são deveres da família, da sociedade e do Estado, é possível e fundamental exigir, através de instrumentos concretos, a realização desses direitos à sobrevivência (vida, saúde, alimentação); ao desenvolvimento pessoal e social (educação, cultura, profissionalização, lazer); à integridade física, psicológica e moral (dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária).

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

população infanto-juvenil, dentre eles, o direito à saúde.²⁶ Além disso, exige o que se denomina 'proteção especial' contra a ameaça de violação de direitos em circunstâncias específicas. Essa violação terá ocorrido nas situações em que se verificar negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e/ou opressão. Desse modo, com o atendimento agora voltado democraticamente para todos, mas sem desconsiderar as diversas necessidades e sem se descuidar das peculiaridades, esvazia-se a antiga 'preocupação' menorista com a infância pobre.

Essa política de garantia e proteção de direitos deve ter como referência o princípio da 'absoluta prioridade'. Ou seja, Estado e sociedade estão juridicamente obrigados a priorizarem o atendimento à criança e ao adolescente no conjunto de suas políticas. Se a Constituição Federal contempla a 'absoluta prioridade', o ECA define, em seu parágrafo único, o que ela compreende. Assim:

Art. 4.: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

PARÁGRAFO ÚNICO – A garantia de prioridade compreende:

- a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. (Brasil, 1990)

Do disposto anteriormente, podemos extrair, pelo menos, duas orientações práticas para o cotidiano de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e, conseqüentemente, para o dos ACS.

De acordo com a alínea b, do parágrafo único, crianças e adolescentes têm "precedência do atendimento nos serviços públicos". Lembrando que, em alguns municípios, a unidade de saúde da família e o posto de saúde se confundem em suas finalidades; crianças e adolescentes devem ter prioridade no atendimento realizado por essas equipes, sem que, obviamente, o fator risco de morte deixe de ser considerado. Já no que diz respeito ao cumprimento da exigência de "preferência na execução das políticas sociais públicas" – alínea c –,

²⁶ Sobre a conquista do direito à saúde no Brasil, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

podemos citar como exemplo as atividades relacionadas à puericultura. Na agenda das equipes do PSF, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infanto-juvenil deve ser constante e independente da ocorrência de doenças.²⁷

Além disso, como princípio constitucional, a 'absoluta prioridade' gera direitos e obrigações jurídicas. Assim, por exemplo, ao direito à saúde que tem a criança corresponde o dever do Estado, sob a forma do ente municipal,²⁸ de manter em bom funcionamento a unidade do PSF. Corresponde ainda o dever da família de cadastrar a criança junto ao referido programa.

Uma das responsabilidades que pode e deve ter o ACS²⁹ é a de proceder ao cadastramento das famílias, e, portanto, das crianças e dos adolescentes atendidos por uma determinada unidade. Ademais, tudo aquilo que se referir ao acompanhamento da saúde dessa parcela da população – como, por exemplo, uma visita domiciliar e a conseqüente identificação de riscos e agravos à saúde infanto-juvenil, ou ainda, o acompanhamento da carteira de vacinação – torna-se também uma prioridade dentro das atribuições que pode ter o ACS. Em síntese, é também dever do ACS zelar pelo direito à saúde de um certo número de crianças e adolescentes inscritos no PSF.

Com efeito, para contemplar não somente o direito à saúde, mas para dar materialidade ao rol de direitos fundamentais que devem ser garantidos sem reservas à população infanto-juvenil, a nova doutrina da proteção integral surge exigindo o envolvimento entre diversos setores e atores sociais.

Nesse sentido, ela se realiza a partir de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais que ganha os contornos de uma 'política'. Quais os atores de referência nessa nova política? Como eles se articulam com os demais setores e atores sociais no sentido de assegurar uma maior efetividade a esse conjunto de ações? Pode-se dizer que o ACS é mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude?

²⁷ Sobre o cuidado na infância e adolescência, ver Pontes e Martins, texto "Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

²⁸ Ressalte-se que é desejável, mas não obrigatório, que o município adira ao PSF. Somente a adesão ao PSF torna o município obrigado e, por conseguinte, responsável pelas obrigações contraídas.

²⁹ Sobre o PSF e as responsabilidades do ACS, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

Agente Comunitário de Saúde: intersetorialidade e efetividade da política de atendimento

Em seu artigo 86, o ECA estabelece os alicerces da nova política de atendimento. Assim:

Art. 86 – A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Brasil, 1990)

Da análise acurada do referido artigo podemos desdobrar considerações quanto: a) a importância da noção 'política de atendimento'; b) a rede de serviços que deriva dessa política; c) à obrigatoriedade da participação de todos os entes federativos no atendimento à população infanto-juvenil.

Conforme pudemos observar através de um 'breve histórico do atendimento à criança e ao adolescente' no Brasil, somente a partir do ECA tornou-se possível falar em 'política de atendimento' para a infância e a adolescência no país.

Vimos que o atendimento que marcou a assistência a esse segmento ora se fez pelas mãos dos jesuítas, ora segundo os interesses das elites econômicas que se sucederam no poder, ora através de instituições particulares ou oficiais, mas sempre de forma isolada e a partir de uma representação dicotômica da infância.

Com o ECA, mais distantes da suposta 'boa-vontade' que recobre os assistencialismos, tornou-se exigível investir em um tratamento político e despersonalizado para a questão da infância. Portanto, não há como pensar em um conjunto integrado de ações e serviços em atenção à infância e a adolescência que seja anterior ao ECA.³⁰

Dessa idéia de 'política de atendimento' deriva a necessária composição de uma rede de serviços que dê conta da cooperação imprescindível entre os órgãos governamentais e as entidades da sociedade civil.

³⁰ Tal como no setor saúde, a política de atendimento à infância e à adolescência no Brasil requer a intersetorialidade como ponto de partida para as suas ações. Sabemos que, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde passa a ser entendido de forma mais abrangente, exigindo a participação dos diferentes setores sociais na compreensão dos modos de se obter ou de se manter saudável. No mesmo sentido, os processos resultantes de fenômenos sociais e culturais devem ser considerados para a efetivação de um atendimento integral à população infanto-juvenil.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

Pelo mesmo motivo, para a melhor prestação dos serviços públicos que resultarão dessa política, as esferas governamentais, ou seja, as instâncias que compõem a Federação da República Brasileira, devem se manter igualmente articuladas. Em outros termos, reafirma-se que também na área da infância e juventude, União, Estados-membros, Distrito Federal e municípios são co-responsáveis na defesa do interesse público, independentemente da competência de cada uma delas.

Verifica-se ainda que a nova política de atendimento não pode prescindir da relação entre os órgãos, entidades e agentes responsáveis mais diretamente pelo atendimento à infância e à adolescência. Os atores de referência na nova política de atendimento são: a) o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente; b) o Conselho Tutelar; c) as várias entidades de atendimento; d) a Justiça da Infância e Juventude.

Instituído pelo artigo 88 do ECA, o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente é órgão público vinculado ao Poder Executivo, cuja missão institucional é a de deliberar e controlar a política de atendimento nos três níveis de governo. Enuncia o referido artigo:

Art. 88 – São diretrizes da política de atendimento:

(...)

II – criação de conselhos *municipais, estaduais e nacional* dos direitos da criança e do adolescente, *órgãos deliberativos e controladores* das ações em todos os níveis, assegurada a *participação popular paritária* por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais; (Brasil, 1990 – grifos meus)

Pelo exposto, cada uma das entidades estatais – União, Estados-membros, Distrito Federal e municípios – deve assegurar por lei a criação do seu respectivo conselho. Além disso, como órgão público ligado ao Poder Executivo, este conselho deve ver garantidas a estrutura física e o suporte administrativo indispensável ao seu pleno funcionamento.

No que respeita à sua composição, o Conselho de Direitos é órgão paritário, nele tendo assento tanto representantes do governo quanto da sociedade civil organizada. A escolha dos representantes da sociedade é feita em fórum próprio, do qual participam as entidades do movimento social ligadas à questão da infância e da adolescência. Fica, assim, assegura-

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

da a participação popular descrita não somente no artigo 88 do ECA, como também prevista no artigo 204 da Constituição Federal.³¹

Dizer que o Conselho de Direitos tem como uma das suas atribuições a de deliberar sobre a política de atendimento significa responsabilizá-lo pelo encaminhamento de medidas no sentido de garantir a oferta de serviços indispensáveis ao cumprimento dos direitos previstos no ECA. Cabe, sobretudo ao Estado, através de seus órgãos, departamentos e/ou secretarias, disponibilizar o serviço necessário. Sabemos que, no que tange à atenção primária à saúde, essa responsabilidade recai sobre as equipes do PSF, bem como, nos limites de sua competência, sobre os ACS que delas fazem parte.

Não é demais lembrar que as deliberações que emanam do Conselho de Direitos devem estar circunscritas à questão da infância e da adolescência, consoante o que determina o artigo 87 do ECA. Assim:

Art. 87 – São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico, psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente. (Brasil, 1990)

Nesse sentido, as ações que não forem pertinentes ao campo de atuação do Conselho de Direitos certamente conformarão a competência de outros conselhos. Portanto, a nova política de atendimento não depende exclusivamente da articulação entre aqueles atores de importância estratégica. De um modo geral, é imperioso que os órgãos, entidades e agentes responsáveis mais diretamente pelo atendimento à infância e à adolescência funcionem em conformidade com os conselhos de Saúde, de Educação, Urbanismo, Assistência etc.³²

³² Sobre controle social e funcionamento dos conselhos de saúde, ver Souza, texto "Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

Vista a atribuição deliberativa do Conselho de Direitos, cabe-nos indagar sobre a sua missão de controlar as ações da política de atendimento. Esse controle é exercido pelo Conselho de Direitos mediante as instituições que também prestam serviços relativos aos direitos desse segmento populacional. Cabe a esse conselho cuidar para que o funcionamento dessas instituições se dê em conformidade com o que é definido pelo ECA.

A mesma lei, em seu artigo 131, distingue mais um dos atores cruciais na nova política de atendimento. Vejamos: “Art. 131 – O Conselho Tutelar é *órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente*, definidos nesta lei” (Brasil, 1990 – grifos meus).

A missão do Conselho Tutelar de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente deve ser compreendida considerando-se as atribuições descritas no artigo 136 do ECA. Assim:

Art. 136 – São atribuições do Conselho Tutelar:

I – atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos artigos 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;³³

II – atender ou aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII³⁴

III – promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

³³ O artigo 98 e seguintes do ECA tratam das hipóteses em que medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis. Assim, sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados (por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis; ou em razão de sua própria conduta), as medidas específicas de proteção poderão ser determinadas pela autoridade competente. Já o artigo 105 do mesmo estatuto se refere ao ato infracional praticado por criança. Também nessa situação poderá ser aplicável, isolada ou cumulativamente, qualquer uma das medidas previstas no mesmo artigo 101. Para um detalhamento das medidas específicas de proteção, observar esse dispositivo, em seus incisos I a VIII.

³⁴ O título IV do ECA elenca, em dez incisos, as medidas pertinentes aos pais ou responsáveis. Dentre elas podemos destacar, para os efeitos desse trabalho, a medida descrita no inciso VI que trata da “obrigação de encaminhar a criança e o adolescente a tratamento especializado” (Brasil, 1990). O ACS pode ser um ator que auxilie, por exemplo, no processo de referência de um caso de transplante renal para um nível de atenção à saúde de maior complexidade. Para o conhecimento das demais medidas previstas no artigo 129, consultar o ECA. Lembremos que pela gravidade das medidas descritas nos incisos de VIII a X – como, por exemplo, a perda ou a suspensão do pátrio poder – a competência para determiná-las é da autoridade judiciária, e não do Conselho Tutelar.

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;

IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V – encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI – providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII – expedir notificações;

VIII – requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX – assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X – representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II da Constituição Federal;

XI – representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder. (Brasil, 1990)

Observando-se as atribuições supracitadas, pode-se dizer que o Conselho Tutelar tem natureza operacional, pois é ele o encarregado de aplicar as medidas protetivas que darão ensejo a um determinado atendimento. Caberá a uma ou mais entidades de atendimento, governamentais ou não-governamentais, executar os encaminhamentos feitos pelo Conselho Tutelar. Portanto, é a entidade de atendimento que tem natureza executiva.

Do mesmo artigo destaca-se o inciso III, alínea 'a', no qual está previsto que o Conselho Tutelar pode requisitar serviços públicos na área de saúde. Evidentemente, as equipes do PSF e os ACS que as integram devem estar preparados para atender às solicitações que porventura forem feitas por este conselho.

Para o bom desempenho de sua missão institucional, o Conselho Tutelar deve funcionar permanentemente, inclusive aos fins de semana e feriados. Além disso, as decisões deste conselho são autônomas, não devendo sofrer nenhum tipo de interferência. Nesse aspecto, menciona o art. 137 do ECA: "Art. 137 – As decisões do Conselho Tutelar somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse." (Brasil, 1990).

A propósito, é ainda a autoridade judiciária, ou seja, o juiz, a responsável pelo julgamento dos conflitos que forem da alçada da Justiça da Infância e Juventude. O Conselho Tutelar é órgão 'não-jurisdicional'.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

No que diz respeito à competência da Justiça da Infância e Juventude, elucidam os artigos 148 e 149 do ECA.

Art. 148 – A Justiça da Infância e Juventude é competente para:

I – conhecer de representações promovidas pelo Ministério Público, para apuração de ato infracional atribuído a adolescente, aplicando as medidas cabíveis.

II – conceder a remissão, como forma de suspensão ou extinção do processo;

III – conhecer os pedidos de adoção e seus incidentes;

IV – conhecer as ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos a crianças e ao adolescente, observado o disposto no art. 209;

V – conhecer de ações decorrentes de irregularidades em entidades de atendimento, aplicando as medidas cabíveis;

VI – aplicar penalidades administrativas nos casos de infrações contra norma de proteção a criança ou adolescente.

VII – conhecer de casos encaminhados pelo Conselho Tutelar, aplicando as medidas cabíveis.

PARÁGRAFO ÚNICO – Quando se tratar de criança ou adolescente nas hipóteses do art. 98 é também competente a Justiça da Infância e da Adolescência para o fim de:

a) conhecer de pedido de guarda e tutela;

b) conhecer de ações de destituição de pátrio poder;

c) suprir a capacidade ou o consentimento para casamento;

d) conhecer de pedidos baseados em discordância paterna ou materna, em relação ao exercício do pátrio poder;

e) conceder emancipação, nos termos da lei civil, quando faltarem os pais;

f) designar curador especial em casos de apresentação de queixa ou representação, ou de outros procedimentos judiciais ou extrajudiciais em que haja interesses de criança ou adolescente;

g) conhecer de ações de alimentos;

h) determinar o cancelamento, a retificação e o suprimento dos registros de nascimento e óbito.

Art. 149 – Compete à autoridade judiciária disciplinar, através de portaria, ou autorizar mediante alvará:

I – a entrada e permanência de criança ou adolescente, desacompanhado dos pais ou responsável, em:

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

- a) estádio, ginásio ou campo desportivo;
- b) bailes ou promoções dançantes;
- c) boate ou congêneres;
- d) casa que explore comercialmente diversões eletrônicas;
- e) estúdios cinematográficos, de teatro, rádio e televisão;

II – a participação de criança e adolescente em:

- a) espetáculos públicos e seus ensaios;
- b) certames de beleza;

PARÁGRAFO 1. Para os fins do disposto neste artigo, a autoridade judiciária levará em conta, dentre outros fatores:

- a) os princípios desta Lei;
- b) as peculiaridades locais;
- c) a existência de instalações adequadas;
- d) o tipo de freqüência habitual ao local;
- e) a adequação do ambiente a eventual participação ou freqüência de crianças e adolescentes;
- f) a natureza do espetáculo.

PARÁGRAFO 2. As medidas adotadas na conformidade deste artigo deverão ser fundamentadas, caso a caso, vedadas as determinações de caráter geral. (Brasil, 1990)

Da exposição abreviada das características gerais de cada um dos quatro atores de referência da atual política de atendimento, ficam-nos duas palavras-chave. 'Articulação' e 'intersetorialidade' são palavras-chave e mecanismos cruciais na garantia e na promoção dos direitos à infância e juventude. Na atenção a esse segmento, tanto é fundamental a integração entre aqueles que são diretamente responsáveis pelo encaminhamento das diretrizes e ações preconizadas pelo ECA quanto não se pode dispensar a participação de outros atores e setores sociais. Como vimos, no setor saúde, um dos atores que poderia contribuir com vistas à efetividade da política de atendimento é o ACS.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

Conclusão

O ECA traz os atores de referência na nova política de atendimento à infância e a juventude. São eles: a) o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente; b) o Conselho Tutelar; c) as várias entidades de atendimento; d) a Justiça da Infância e Juventude.

A maior efetividade dessa política impõe o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito de direitos, e, por conseguinte, a materialização do disposto na Constituição e no ECA. Para tanto, considera-se também a necessidade de interface entre os diversos setores sociais. No que tange à esfera da saúde, é o PSF que se responsabiliza pela atenção integral e primária à família.

Dentro do PSF, o ACS pode auxiliar, sobretudo, na aproximação entre a equipe de saúde, a família e o Conselho Tutelar, sempre tendo como referência o exercício de suas atribuições na promoção da saúde de uma determinada população atendida.³⁵

Portanto, na perspectiva da atenção, o ACS jamais se deve apoderar das antigas práticas repressoras e saneadoras que marcaram a indústria de favores presentes tanto na assistência às camadas subalternizadas da população quanto na política de atendimento à infância e à juventude.³⁶

Referências

- ARANTES, E. M. de M. & FALEIROS, E. Subsídios para uma história da assistência privada dirigida à infância no Brasil. In: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. (Orgs.) *A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- AUGRAS, M. Imaginária França Antártica. *Estudos Históricos*, 4(7): 19-34, 1991.

³⁵ Sobre as possibilidades de atuação do ACS nas suas práticas educativas, ver Morosini, Fonseca e Brasil, texto "Educação e saúde na prática do agente comunitário de saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

³⁶ Sobre educação popular e práticas de controle sanitárias, ver Stotz, David e Bornstein, texto "Educação popular em saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

SOCIEDADE, ESTADO E DIREITO À SAÚDE

- BARKER, G.; CASSANIGA, N. & RIZZINI, I. *Criança Não É Risco, É Oportunidade. Fortalecendo as Bases de Apoio Familiares e Comunitárias para Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, Instituto Promundo, 2000.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8.069/1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>.
- BRASIL. Constituição: República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm>.
- CARVALHO, J. M. de. Bestializados ou bilontras? In: CARVALHO, J. M. de. (Org.) *Os Bestializados*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1987.
- CARVALHO, J. M. de. *A Formação das Almas: o imaginário da República do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- CARVALHO, J. M. de. (Org.) *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. 3.ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1991.
- CARVALHO, J. M. de. Interesses contra a cidadania. In: DAMATTA, R. (Org.) *Brasileiro: cidadão?* São Paulo: Cultura Editores Associados, 1997.
- DEL PRIORE, M. (Org.) *História da Criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.
- FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.
- FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 45-60, 2003.
- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) *Ensino Médio Integrado: concepções e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.
- GEISLER, A. *O Que Também se Pode Esperar de Nossas Favelas: olho no mundo, olho no outro, olho em você*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica.
- GEISLER, A. Revisitando o conceito de cidadania: notas para uma educação politécnica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 4(2): 355-378, 2006.
- MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- PILOTTI, F. & RIZZINI, I. *A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.
- RAMOS, M. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- RIZZINI, I. *Assistência à Infância no Brasil*. Rio de Janeiro: USU Ed., 1993.
- RIZZINI, I. *O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Petrobrás-BR, Ministério da Cultura, USU Ed. Universitária, Amais, 1997.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (...)

SADER, E. S. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SOUSA SANTOS, B. de. *A Crítica da Razão Indolente contra o Desperdício da Experiência*. São Paulo: Cortez, 2001. v.1.

VALADARES, L. Cem anos pensando a pobreza urbana no Brasil. In: BOSCHI, R. P. (Org.) *Corporativismo e Desigualdade*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1991.