

Participação da criança na promoção de seu direito à saúde: a visão de especialistas

/ Children's participation in the promotion of their right to healthcare: the vision of specialists

JAMILE SILVA GUIMARÃES¹

ISABEL MARIA SAMPAIO OLIVEIRA LIMA²

Resumo: Avançados mais de 20 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança, o direito à participação não constitui prática comum. Este artigo analisa a concepção de estudiosos e ONGs especializadas na área da saúde infantil acerca do papel da participação das crianças na promoção do seu direito à saúde, por meio de 19 comentários que fundamentarão o Comentário Geral sobre o art. 24. Os resultados apontam para: a) uma participação consultiva, circunscrita em níveis institucional e político da reorientação dos serviços de saúde; b) o acesso à informação como condição para participar na promoção do direito à saúde; c) a concepção de educação em saúde como instrumento de transmissão de informações, e d) o domínio das interações sociais e as relações intergeracionais na família, escola e comunidade não são apreciados como espaços de promoção da saúde.

Palavras-chave: direito da criança; participação infantil; direito à saúde.

Abstract: Advanced more than 20 years of the Convention on the Rights of the Child, the right to participation is not common practice. This article analyzed the conception of scholars and NGOs specialized in the area of child health on the role of children's participation in

1 Socióloga, doutoranda em Saúde Pública (FSP/USP); mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA); pesquisadora do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Direito a Saúde e Família (CNPq/UCSAL).

2 Doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA); Líder do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Direito a Saúde e Família (CNPq-UCSAL); Estágio Pós-Doutoral em Direitos Humanos (EUA); Professora Visitante da UFSB; Juíza de Direito.

promoting their right to health. Through 19 comments that will inform the General Comment on Article 24. The results indicate: a) a consultative participation, limited to the level of institutional and political of the reorientation of health services, b) access to information as a condition to participate in promoting the right to health, c) the design of health education as instrument of transfer of information, and d) the domain of social interactions and intergenerational relations in the family, school and community are not appreciated as health promotion settings.

Keywords: children's rights; child participation; right to health.

Introdução

Ao longo da modernidade, as crianças foram caracterizadas como um 'ainda-não': indivíduos que requerem proteção por terem menos maturidade, força e experiência, em comparação com os adultos (SARMENTO, 2003; VASCONCELLOS, 2007). Segundo Sarmiento (2004), essa "negatividade constituinte" implicou na sua sucessiva exclusão das esferas do trabalho, do convívio social fora do círculo familiar e, portanto, da participação na vida comunitária e política.

Entende-se como participação, o contínuo envolvimento ativo e expressão nas tomadas de decisão de diferentes níveis de assuntos que dizem respeito a suas vidas (LANSDDOWN, 2009). Participar demanda que o indivíduo seja competente para desenvolver uma ação desencadeadora de influência em um contexto determinado. Dessa forma, Van Bueren argumenta que o foco na participação "desafia o foco exclusivo na vulnerabilidade psicológica e biológica da criança, considerando que tal perspectiva não dá peso suficiente à forma como a falta de poder da criança contribui para a sua vulnerabilidade" (1998, p. 21).

Assumindo tal perspectiva, Sarmiento, Fernandes e Tomás (2007) concebem uma concepção alternativa da cidadania da infância, que integra: cidadania social, participativa, organizacional, cognitiva e

íntima. A cidadania social implicaria a inclusão social plena das crianças a partir de instituições respeitadoras do seu melhor interesse e da aceitação da sua voz como expressão legítima de participação na “cidade”. A cidadania participativa pressupõe constituir espaços e maneiras de ouvir a opinião das crianças e de produzir tomadas de decisão desse público, possibilitando que a sua participação política não seja uma mera imitação dos adultos. A cidadania organizacional envolve a pertença a contextos sociais e de aprendizagem em que as crianças são codificadoras nas organizações, a partir da elaboração das regras e da criação de recursos diversificados de participação. A cidadania cognitiva diria respeito às diversas formas de atingir o conhecimento; as crianças o fazem por meio de interpretações singulares, criativas e críticas, as quais são aplicadas nas suas práticas cotidianas (brincadeiras, jogos e interações com quem convivem). A cidadania íntima está relacionada ao domínio das interações sociais, das relações intergeracionais em todos os contextos, apoiadas pelo reconhecimento de uma diferença que não desvaloriza as crianças. Nesse sentido, o exercício dos direitos públicos está relacionado à prática das relações íntimas e interacionais.

Na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas (CDC), de 1989, o termo participação não aparece diretamente, ainda que este direito esteja contemplado em vários artigos. O art. 5 se refere às responsabilidades, aos direitos e deveres dos pais ou responsáveis de instruir e orientar as crianças em relação aos seus direitos, levando em consideração a evolução de sua capacidade. Já o art. 12, que costuma ser invocado como o núcleo do direito de participação infantil, assegura o direito a expressar suas opiniões livremente em relação a todas as questões que lhes afetam e recomenda que tais opiniões sejam consideradas em função da sua faixa etária e maturidade, inclusive em processos judiciais ou administrativos. A liberdade de expressão é assegurada no art. 13 (acesso a informação), art. 14 (de pensamento, consciência e crença) e art. 15 (de associação e realização de reuniões pacíficas). O art. 17 se refere a medidas que garantam o acesso do público infantil

a materiais e informações que tenham como objetivo promover “(...) o seu bem-estar social, espiritual e moral, assim como a sua saúde física e mental”. E por fim, o art. 24, que versa sobre o direito da criança à saúde, objetiva assegurar que “(...) os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança” (ONU, 1989).

Avançados mais de 20 anos da Convenção, o direito à participação dista muito de ser uma realidade. Ainda que a literatura aponte o crescimento global nas atividades de participação infantil, e um significativo ambiente político para sustentação de tais espaços (HINTON, 2008), essas iniciativas ainda estão presentes em grande parte como lei e não como prática comum (SARMENTO; FERNANDES; TOMÁS, 2007). As dificuldades para o respeito legítimo ao direito à participação se devem a diversos fatores: a falta de clareza acerca do significado do termo participação; barreiras culturais e resistência dos adultos; falta de capacidade dos adultos em promover iniciativas de participação infantil e de ferramentas para monitorar e avaliar a participação (LANSDOWN, 2009).

O presente trabalho se integra a este debate, ao analisar a concepção de estudiosos e organizações não governamentais especializadas na área da saúde infantil acerca do papel da participação das crianças na promoção do seu direito à saúde.

Metodologia

A CDC representa um momento de viragem na compreensão dos direitos da criança, devido, por um lado, à sua natureza e, por outro, à sua substância. Relativamente à natureza, o fato de, juridicamente, adotar o formato de uma convenção tem implicações nas obrigações dos Estados que a ratificarem, os quais ficam vinculados à obrigação de aplicarem os seus princípios na lei e ordem interna do seu país, pretendendo-se, desta forma, que os princípios inscritos tenham um maior impacto nos cotidianos das crianças.

Conforme estabelecido no art. 43, o Comitê dos Direitos da Criança é instituído como organismo regulador da efetiva implementação dos princípios e disposições da CDC. Para além de outras funções, analisa os relatórios periódicos que cada Estado-parte deve apresentar, informando as medidas adotadas para a aplicação dos direitos reconhecidos e os progressos alcançados.

Este papel confere ao Comitê prerrogativa de elaborar recomendações caso considere insuficientes os esforços dedicados. Desta feita, está sendo organizado o Comentário Geral sobre o art. 24³ com vistas a esclarecer: (a) o conteúdo normativo do direito da criança e do adolescente de gozar do mais alto padrão atingível de saúde, e facilitar o tratamento e a recuperação de doenças em relação aos cuidados prestados por serviços de saúde, e (b) as obrigações legalmente vinculativas contidas nos termos do artigo.⁴

Este Comentário Geral surge da necessidade de renovar a ênfase e as prioridades na atenção primária à saúde infantil e da saúde da

3 O art. 24 enuncia do direito da criança à saúde: 1 – Os Estados-partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados-partes enviairão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança veja-se privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários. 2 – Os Estados-partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a: a) reduzir a mortalidade infantil; b) assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados de saúde; c) combater as doenças e a destruição dentro do contexto dos cuidados básicos de saúde mediante, inter alia, a aplicação de tecnologia disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental; d) assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental e das medidas de prevenção de acidentes, tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos; e) desenvolver a assistência médica preventiva, a orientação aos pais e a educação e serviços de planejamento familiar. 3 – Os Estados-partes adotarão todas as medidas eficazes e adequadas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança. 4 – Os Estados-partes comprometem-se a promover e incentivar a cooperação internacional com vistas a lograr, progressivamente, a plena efetivação do direito reconhecido no presente artigo. Nesse sentido, será dada atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento.

4 As informações aqui descritas e as contribuições dos especialistas encontram-se disponíveis ao público no site do Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, na seguinte página: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/callsubmissions-CRC.htm>>.

criança em todas as políticas públicas, destacando o papel do art. 2 (direito à igualdade e não discriminação); do art. 3 (interesse superior da criança), do art. 6 (direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento) e do art. 12 (direito da criança a expressar seus pontos de vista) na formação de uma abordagem dos direitos da criança para a saúde.

Para tanto, o Comitê solicitou a contribuição de organizações da sociedade civil e pesquisadores com larga experiência ou conhecimento acerca do tema. Em janeiro de 2012, foram submetidos 36 comentários, destes, 19 abordavam a participação da criança na efetivação de seu direito à saúde, em referência à questão proposta: “Como podem os princípios da CDC, em especial os arts. 2, 3, 6 e 12, serem aplicados para projetar, implementar e monitorar intervenções endereçadas a saúde da criança e do adolescente e que aspectos são específicos para uma abordagem do direito da criança à saúde?”

Após uma leitura crítica dos textos, foram construídos quadros aglutinadores por proposição: (1) formas e tipos de participação infantil no campo da saúde; e, (2) estratégias e mecanismo que assegurem e tornem efetiva esta participação. Articulando-as ao estudo teórico das seguintes áreas e subáreas do conhecimento: Direito da Criança, Sociologia da Infância, Psicologia do Desenvolvimento Humano e Saúde Coletiva.

Resultados e discussão

Criança consultora: a participação com meio de aprimorar o serviço de saúde

Há muitas formas, tipos, graus, níveis, âmbitos de participação. Participar pode significar um ato de presença, tomar decisões, ser informado de alguma coisa, opinar, gerenciar ou executar, ser membro ou envolver-se em algo. Em caso contrário, a “participação” pode

ser feita com demagogia e retórica vazia, em processos dirigistas ou até mesmo autocráticos.

O discurso dos especialistas expõe uma participação de tipo consultiva, centrada na premissa de ouvir e levar em conta as opiniões das crianças. Propõe-se que elas sejam encorajadas a analisar, avaliar e propor tanto em níveis institucional e político, junto ao sistema nacional de saúde, quanto em nível individual, por profissionais nos serviços de saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Formas e tipos de participação infantil no campo da saúde, segundo os especialistas

Formas da participação
<p>Expressar sua opinião nos tratamentos terapêuticos.</p> <p><i>Feedback</i> aos profissionais de saúde e prestadores de serviços após a sua experiência junto ao serviço de saúde.</p> <p>Expressar seu ponto de vista no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas, serviços e práticas de saúde.</p>

Fonte: Site do Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos das Nações Unidas (2012).

A consulta pode ocorrer em diferentes momentos: na definição, concepção e planejamento do projeto – para determinar o seu sentido e objetivos, preconiza-se conhecer as necessidades e desejos das crianças; na gestão, execução e controle do processo, as crianças contribuiriam na sua orientação, e posteriormente, na avaliação das realizações, repensando a etapa subsequente. Deste modo, elas não seriam meros espectadores ou usuários de algo previa e externamente decidido.

Ainda que a consulta tenha certa conotação de exterioridade, a participação em várias fases do projeto confere à criança a condição de

agente. Tornar-se um agente significa sentir-se corresponsável pelo projeto e entender que a implicação é importante para que este se desenvolva e adquira forma.

A forma de participação descrita nos textos aproxima-se de uma mescla entre dois degraus da reconhecida escada de Hart (1992). No degrau da “consulta e informação”, apesar de o projeto ser desenhado e dirigido por adultos, as crianças têm suas opiniões levadas em conta, desempenhando o papel de conselheiras ou consultoras. No nível seguinte, há uma diferença qualitativa importante: na “iniciativa adulta com partilha de decisões com a criança”, o projeto é iniciado e conduzido por adultos, mas é processualmente desenvolvido com as crianças. Dinamizando a condição da criança de sujeito de direito e ator social.

Ainda que de forma não intencional, a participação tem como cerne uma questão de poder e de exercício de poder. Nesse sentido, é importante que os adultos estejam dispostos a fazer com que seu projeto seja reformulado e reformado pelas crianças. Como salienta Trilla (2000), é justamente a distorção do projeto o indicativo de que este tenha realmente sido efetivamente partilhado.

Neste ponto é fulcral recorrer-se à proposta de tipologia da participação apresentada por Shier (2001), que apesar de ser inspirada pelo modelo de Hart (1992), explora aspectos diferentes. Ao contemplar três graus de responsabilização em cada nível de participação – abertura, oportunidades e obrigações –, este modelo exige que os indivíduos e/ou organizações implicados no processo participativo clarifiquem a sua intervenção relativamente à natureza que a mesma poderá assumir. O grau da abertura ocorre sempre que o indivíduo assume uma responsabilidade ou mostre interesse em trabalhar de uma determinada maneira. O grau da oportunidade caracteriza o momento em que se questiona o tipo de estratégias a desenvolver, no sentido de implicar as crianças no processo. Para tal, são de considerar as suas competências e conhecimento. O grau da obrigação decorre

da consideração da participação das crianças como uma questão e exigência política.

Nos comentários aqui analisados, sobressai a importância atribuída a esses graus de responsabilização como forma de garantir às crianças uma participação significativa. Destaca-se a utilização do adjetivo “genuína” para qualificar e delinear um tipo ideal de participação, que estabelece uma complementaridade entre os enfoques estrutural e de ação. O primeiro aborda a exigência da responsabilização dos Estados-parte na organização de reformas, nos planos legal e político, a fim de promover o reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos e para que sejam adotadas as medidas necessárias. Enquanto o enfoque na ação e nas práticas sociais visa propiciar o desenvolvimento de oportunidades de participação, com o objetivo de torná-las ativas e autônomas no exercício dos seus direitos (Quadro 2).

Quadro 2. Estratégias e mecanismos para assegurar e tornar efetiva a participação infantil, segundo os especialistas

Estratégias e mecanismos para a participação
Formação dos profissionais de saúde para garantir uma efetiva comunicação e compreensão das crianças.
Uso de abordagem lúdica e participativa que promova oportunidades de expressão.
Fornecer informação sobre terapias e tratamentos, para que as crianças sejam capazes de construir e expressar seus pontos de vista.
Acesso à educação em saúde para a tomada de decisões informadas relativas à saúde.
Instituir leis que tornem obrigatória e regulem a tomada de decisão por crianças e políticas relativas ao acesso à educação, informação e serviços de saúde especializados.

Fonte: Site do Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos das Nações Unidas (2012).

É consenso que, se não houver um esforço concertado entre as iniciativas legislativas inovadoras e a progressiva mudança das representações sociais, dos valores e normas por meio das quais a generalidade dos indivíduos continua a pautar as suas condutas, a aplicação e eficácia de tais documentos – que não deixam, no entanto, de ter a sua validade – poderá tornar-se extremamente dificultada, pondo em causa dimensões fundamentais para o desenvolvimento de crianças.

Fica patente a necessidade de criar as oportunidades reais de participação e reconhecer as capacidades e direitos da criança. Alguns comentários atentam expressamente para o risco da participação legítima não ocorrer, devido à dificuldade dos adultos em lidar com a participação de crianças e adolescentes.

A partir das legislações nacionais a questão deixou de ser “se” as crianças devem participar, e passa a ser o “como” e a “finalidade” dessa participação (HINTON, 2008). Assegurar o direito de opinar e afirmar a relevância de suas ideias na promoção da própria saúde depende da criação de espaços representativos, a fim de ampliar a sua força política. Espaços que devem ser compatíveis às condições sociais e psicológicas das crianças. Várias experiências têm demonstrado que a simples tradução de formatos adultos geralmente resulta inadequada. O problema de mimetizar estruturas políticas tais como parlamentos infantis, prefeituras-crianças, é fazer com que as crianças possam se sentir confortáveis sem ter que adotar determinados papéis que não correspondam a sua idiossincrasia. Essas formas de organização política podem, por um lado, infantilizar essas formas, e, por outro, “adultizar” superficialmente as crianças (TRILLA; NOVELLA, 2001; REYNAERT; BOUVERNE-DE-BIE; VANDEVELDE, 2009).

Promover uma cultura de escuta torna-se essencial para o reconhecimento da cidadania, da presença pública das crianças. Os especialistas afirmam a necessidade de utilizar procedimentos compatíveis com as culturas infantis, com formas de comunicação atentas aos modos de expressão das crianças. Componentes lúdicos e visuais são

citados como mediadores de um diálogo mais equidistante desde um ponto de vista intergeracional e de promoção da autoria das crianças (Quadro 2).

A abordagem *child-friendly* na promoção da saúde infantil

A partir de meados da década de 1990, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) desenvolveu a abordagem *child-friendly* visando constituir boas práticas de cuidado e espaços de convivência social em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança. No que concerne à saúde, o serviço amigável tem como características principais o envolvimento ativo das crianças, o atendimento por profissionais especializados, o respeito à privacidade e confidencialidade dos jovens pacientes, além do tempo e espaços adequados para a prestação de informações e a compreensão de suas necessidades (RIGGIO, 2002; ERULKAR; ONOKA; PHIRI, 2005).

Promover abordagens que envolvam a participação das partes interessadas, tem crescido sob a suposição de um aumento da qualidade e da eficácia do serviço prestado. Nos comentários, a proposta de serviços de saúde *child-friendly* aparece associada a uma participação “genuína” em programas de saúde. Notadamente, os especialistas se referem à potencialidade pedagógica desse envolvimento em programas de saúde sexual e reprodutiva. A informação sobre saúde processualmente adquirida seria fundante à formação de um posicionamento e à tomada de decisões pelas crianças quanto à iniciação sexual, ao uso de preservativos e questões relativas à gravidez (Quadro 1).

O direito da criança à participação se entrelaça ao direito à informação, e este parece ser um aspecto essencial para que ele possa se sustentar. Consensualmente, os comentários defendem a afirmação do direito à informação objetiva sobre sua situação de saúde ou enfermidade e dos procedimentos que envolvem o processo de cuidado terapêutico, como condição para participar na promoção de seu direito à saúde.

A participação se manifesta na formulação de opiniões válidas, porque conscientes. As informações destinadas à criança seriam aquelas que lhes permitiria participar da tomada de decisão, para formar um juízo próprio e estar habilitada a emitir uma opinião. Ainda que a participação ativa em processos decisórios mais complexos como a formulação de programas de saúde seja destacada nos comentários, a importância da consciência e o conhecimento acerca dos direitos pela própria criança, e o exercício da cidadania são mencionados em apenas um dos textos (em um universo de 19).

Não se trata, portanto, de privilegiar o princípio do ativismo educacional (*learning by doing*), que tem como cerne a prática da participação em si e o desenvolvimento de ferramentas pessoais e sociais indispensáveis para as interações e intervenções que lhe são exigidas na sociedade de risco (BECK, 1992; GIDDENS, 1991).

Estudos têm demonstrado que a aquisição de habilidades e capacidades, atitudes e valores no processo participativo podem proteger crianças de situações de abuso, violência, exploração, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis (LANSDOWN, 2009; GUIMARÃES; LIMA, 2012; GUIMARÃES, 2012).

Tornar as crianças sujeitos ativos do processo saúde-doença-cuidado implica no direito de escolha, ainda que compartilhado com seus pais ou responsáveis legais. A construção do conhecimento e a responsabilidade de decidir sobre sua saúde aparecem como cerne do desenvolvimento do pensamento crítico, da assertividade e do autocuidado pelas crianças e adolescentes; constituindo fatores de proteção que contribuem para mudanças comportamentais e a formação de práticas cotidianas promotoras da saúde (EVANS; SPICER, 2008; CORONA CARAVEO; PONTÓN LINARES, 2007; GUIMARÃES; LIMA, 2011).

Conceitos intimamente vinculados, informação e participação direcionam-se ao âmbito cognitivo, que envolve, igualmente, o desenvolvimento de capacidade crítica. A capacidade de gerar um conheci-

mento valorativo da realidade, de analisar e questionar seu entorno é fundante à formação de cidadãos mais ativos e implicados.

A aprendizagem junto aos pares e adultos facilitadores ressalta o vínculo entre a aprendizagem e o desenvolvimento. Cook (2008) destaca que as crianças participantes se beneficiam de oportunidades para aprender e praticar “habilidades de afirmação da vida” no cotidiano. Desse modo, programas que se mostram capacitados a construir pontes entre diferentes aspectos da vida das crianças são mais suscetíveis a fortalecer os fatores de proteção e reduzir fatores de risco.

Educação em saúde: entre um discurso inovador e práticas tradicionais

A partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, forjou-se o advento de uma nova abordagem da saúde pública, que aponta para a necessidade de redução das desigualdades sociais e a construção de uma comunidade ativa e empoderada. Desde então, a promoção da saúde é definida como o processo que capacita os indivíduos para atuar em prol da qualidade de vida (BUSS, 2000).

Em termos educacionais, promover a saúde como recurso para uma vida e o desenvolvimento humano, supera a conceituação biomédica e o enfoque único da prevenção de doenças, ao centrar-se no incremento da consciência crítica das pessoas; meta diretamente relacionada à noção de conscientização (FREIRE, 2005).

Tones e Tilford (1994) concebem o chamado modelo radical de educação em saúde em quatro estágios: (a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; (b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; (c) examinar as implicações dessa realidade; e, (d) desenvolver um plano de ação para alterá-la. Ao invés de trabalhar com os indivíduos, considerados como alvos isolados, a educação radical trabalha com grupos para promover um diálogo que

resulte na conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança social.

Essa abordagem rejeita o uso da persuasão na promoção da mudança de comportamento: tem como fito promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido de sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a saúde é um direito prioritário e condição indispensável para o gozo do direito primeiro e fundamental: a vida. Alguns comentários se mostram alinhados a esse conceito, chegando inclusive a citá-lo. Partem do entendimento de que a saúde significa não só ter condições físicas saudáveis, mas envolve as características do bem-estar integral: viver, crescer e desenvolver-se em um ambiente e condições familiares e sociais saudáveis.

Paradoxalmente, os comentários analisados apresentam uma visão de educação como instrumento de transmissão de informações, no sentido de uma “educação bancária” (FREIRE, 2005), supõe o entendimento convencional do que seja fazer educação. Em tal contexto, a criança recebe passivamente o conhecimento do profissional de saúde, para então poder expressar-se. É a partir da informação obtida que a opinião da criança é validada. A “decisão informada” a que se referem os especialistas parece estabelecer uma relação de causa e efeito com o acesso à informação. A eficácia desse tipo de trabalho educativo estaria na capacidade de comunicação do profissional, de fazer-se entender pela criança, daí a importância atribuída ao uso de linguagem compatível com a idade da criança (Quadro 2).

Em revisão da literatura, Guimarães e Lima (2012) analisam a participação como processo que recursa as crianças a adotarem estilos de vida saudáveis, mediante o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que lhes permitem tomar decisões informadas e responsáveis. Consoante esta perspectiva, Evans e Spicer (2008) pontuam que as atividades educativas no serviço de saúde devem favorecer uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de saúde, com investigação de demandas e temas pertinentes à infância.

Ao tomar as crianças usuárias como objeto das práticas educativas e carentes de conhecimento sobre saúde, deixa-se de valorizar seus conhecimentos e competências. Perdendo de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença. Diversas pesquisas têm demonstrado que a informação é apropriada pelos indivíduos, que elaboram significados próprios do que lhes foi transmitido (LIMA-COSTA et al., 2002; GAZZINELLI et al., 2005; CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008). Nesse sentido, deve ser posto em pauta o papel das percepções da criança e das culturas infantis no desenvolvimento da capacidade volitiva, e, portanto, no seu posicionamento perante situações de risco e na construção de um comportamento saudável.

Sarmiento (2003) observa que quando falamos de culturas da infância ou culturas infantis devemos estar atentos às formas culturais produzidas para as crianças e às produzidas “pelas crianças”. Elas realizam processos de significação que são específicos e diferentes daqueles produzidos pelos adultos. Essas formas culturais, segundo o autor, radicam-se e desenvolvem-se em modos específicos de comunicação intra e intergeracional. Constituem-se nas interações entre pares e das crianças com adultos, estruturando-se nessas relações formas e conteúdos representacionais distintos. Expressam a cultura social em que se inserem, mas o fazem de modo distinto das culturas adultas, veiculam formas especificamente infantis de inteligibilidade, representação e simbolização do mundo.

O uso de estratégias participativas nas práticas de saúde aparece como premissa para o entendimento das necessidades subjetivas e das características culturais dos usuários. Ayres et al. (2003) observam o estabelecimento de uma relação baseada no diálogo construtivista entre o saber técnico-científico dos profissionais e o saber prático das crianças e adolescentes, contribui para que elas aprendam a identificar e avaliar fatores e práticas de risco ou que causem danos à saúde, que elas se sintam motivadas e sejam capazes de agir, estabelecendo um compromisso com a sua saúde (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

Considerações finais

A participação infantil concebida pelos especialistas circunscreve aos âmbitos institucional e político da reorientação dos serviços de saúde. Deixando à margem o mundo da vida cotidiana, em que aspectos individuais se confluem com o social, o cultural e o econômico. Não há menções à participação em projetos e ações comunitárias para a criação de ambientes promotores de saúde, nem no domínio das interações sociais e as relações intergeracionais na família e na escola.

O aspecto educativo contido na decisão informada no tratamento de saúde poderia ser expandido com referencial da promoção da saúde. O objetivo de formar e educar sujeitos, para além da modificação de condutas individuais, transforma a educação em saúde numa ferramenta conceitual e metodológica para o desenvolvimento cognitivo, socioafetivo e sensorio-motor das crianças. Combinando, de maneira harmônica e equilibrada, o crescimento pessoal, social e a autonomia.

Educar para a criação de ambientes saudáveis facilita a aprendizagem de comportamentos que protejam o meio ambiente e conservação dos recursos naturais. Nesse sentido, pontuamos que a estratégia da escola promotora de saúde tem obtido êxito em transformar crianças em agentes ativos de saúde na difusão de informações, atitudes e pautas de condutas em suas famílias e comunidade. Visto que, a Convenção

sobre os Direitos da Criança tem como proposta central o direito à participação na vida comunitária.

A participação das crianças não pode ser reduzida ao seu conteúdo político. Ela reclama ser expressa em seu modo de vida, sua identidade, espiritualidade, no sentido de sua dignidade, sensibilidade, sentimentos e imaginários. Pode-se, então, dizer que a participação ativa das crianças não é somente de uma nova cultura da infância, mas constitui um eixo articulador e de reprodução de novas formas de estabelecer relações sociais entre seres humanos e entre eles e seu entorno.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 124-138, 2003.
- BECK, U. *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage, 1992.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. Escolas promotoras de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 18, n. 2, p. 107-115, 2008.
- COOK, P. Understanding the effects of adolescent participation in health programmes. *The International Journal of Children's Rights*, v. 16, p. 121-139, 2008.
- CORONA CARAVEO, Y.; LINARES PONTÓN, M. E. Promoting children and youth participation in the creation of citizenship. *Children, Youth and Environments*, v. 17, n. 2, p. 1-10, 2007.
- ERULKAR, A. S.; ONOKA, C. J.; PHIRI, A. What is youth-friendly? Adolescent's preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, v. 9, n. 3, p. 51-58, 2005.
- EVANS, R.; SPICER, N. Is participation prevention? A blurring of discourses in children's preventative initiatives in the UK. *Childhood*, v. 15, n. 50, p. 50-73, 2008.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan.-fev./2005.

GIDDENS, A. *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press, 1991.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Youth participation and health promotion: strategy for human development. *Journal of Human Growth and Development*, v. 21, n. 3, p. 859-866, 2011.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O.; LEÃO, T. M. Promoção da saúde e desenvolvimento infantil: a participação em serviços de saúde child-friendly. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 4, 2012, São Paulo. Anais... São Paulo: Journal of Human Growth and Development, 2012, p. 555.

GUIMARÃES, J. S. Children's participation: community work as a perspective of recognition and political socialization. In: 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE: CELEBRATING CHILDHOOD DIVERSITY, 2012, Sheffield. Abstract... Sheffield: Centre for the Study of Childhood and Youth, 2012, p. 43.

HART, R. *Children's participation: from tokenism to citizenship*. Florence: Unicef, 1992.

HINTON, R. Children's participation and good governance: limitations of the theoretical literature. *The International Journal of Children's Rights*, v. 16, n. 3, p. 285-300, 2008.

LANSDOWN, G. *A framework for measuring the participation of children and adolescents*. Unicef: Mena Regional Office, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Um estudo epidemiológico da efetividade de um programa educativo para o controle da esquistossomose em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 1, p. 116-128, abr./2002.

ONU. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova York: ONU, 1989.

REYNAERT, D.; BOUVERNE-DE-BIE, M. E.; VANDELVELDE, S. A review of children's rights literature since the adoption of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Childhood*, v. 16, n. 4, p. 518-534, 2009.

RIGGIO, E. Child friendly cities: good governance in the best interests of the child. *Environment & Urbanization*, v. 14, n. 2, p. 45-58, 2002.

SARMENTO, M. Imaginário e culturas infantis. *Caderno de Educação Fael UFPel*, v. 21, p. 51-59, 2003.

- SARMENTO, M. J. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In: SARMENTO M. J.; CERISARA, A. (org.). *Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas de infância e educação*. Porto: Asa, 2004, p. 9-34.
- SHIER, H. Pathways to participation: openings, opportunities and obligations: a new model for enhancing children's participation in decision-making. *Children & Society*, v. 15, n. 2, 107-117, 2001.
- SARMENTO, M. J.; SOARES, N.; TOMÁS, C. Políticas públicas e participação infantil. *Educação, Sociedade e Culturas*, v. 25, p. 183-206, 2007.
- TONES, K.; TILFORD, S. *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. 2. ed. London: Chapman & Hall, 1994.
- TRILLA, J.; NOVELA, A. Educación y participación social en la infancia. *Revista Iberoamericana de Educación*, v. 26, p. 250-261, 2001.
- TRILLA, J. *Pedagogia del grup i del projecte: una aproximació a l'obra de Joaquim Franch*, Barcelona: 62-Rosa Sensat, 2000.
- VAN BUEREN, G. Children's rights: balancing traditional values and cultural plurality. In: SEBB L.; DOUGLAS, G. (orgs.). *Children's rights and traditional values*. Hants: Dartmouth Publishing Company, 1998, p. 15-30.
- VASCONCELLOS, T. A importância da educação na construção da cidadania. *Saber (e) Educar*, v. 12, p. 109-117, 2007.