



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

IRAN VICENTE DOS SANTOS

AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES EM
RECIFE/PE

Recife,
Abril de 2013

IRAN VICENTE DOS SANTOS

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES EM
RECIFE/PE**

Monografia apresentada ao Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Direitos da Criança e do Adolescente, sob a orientação da Profa. Fabiane Alves Regino.

Recife,
Abril de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

IRAN VICENTE DOS SANTOS

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES EM RECIFE/PE

Monografia aprovada no dia ____/____/____, no Departamento de Educação da UFRPE.

Professora Orientadora FABIANE ALVES REGINO

AGRADECIMENTOS

O homem é dado a grandes desafios. Desta forma passa a compreender melhor a vida. Diante de todo esforço que foi feito durante este trabalho de pesquisa, quero agradecer sinceramente a todos que contribuíram para a execução e sucesso deste processo.

Agradeço a Deus motor de todo o universo, por ter proporcionado em minha existência esse momento sublime do aprendizado. Agradeço a Deus pelo dom do discernimento. Agradeço aos idealizadores dessa especialização e sua coordenação pedagógica.

Aos professores pela paciência com as nossas dúvidas e como nos acolheram. Aos saberes destes mestres e sua dedicação pelo aprendizado e pesquisa o que nos deu condições de partilhar as experiências aprendidas por eles. Agradeço pela maneira como fomos tratados algumas vezes exigidos e provocados até de um jeito meio insano ao nosso entender, para que pudéssemos fazer da forma correta e dar o melhor de cada um de nós. Isso me faz reafirmar a importância do estudo e de retornar a academia seara da pesquisa e do conhecimento.

Não posso deixar de agradecer a minha orientadora Fabiane Regino que foi sem dúvida alguma a lanterna que iluminou os caminhos nos difíceis momentos de escuridão. Essa dedicação não tem preço. A todos os funcionários que nos acompanharam durante toda a nossa jornada e especialmente a Jerry pela extrema dedicação, muito obrigado.

Agradeço aos profissionais do Distrito Sanitário VI do Recife que muito me auxiliaram para que eu pudesse entender os diversos mecanismos que compreendem o sistema de saúde naquela região. Não fosse a boa vontade e interesse dessas pessoas, eu não teria conseguido concluir esse trabalho de pesquisa. Agradeço aos adolescentes que participaram e contribuíram muito para o importante norteamento do trabalho.

Um agradecimento a minha família e aos meus pais pela força e compreensão nos dias mais complicados. Obrigado Deus pela vida e pela existência dos meus filhos Rebecca, Bárbara e Victor que mesmo distantes são a razão de todo o meu esforço para tornar melhor a vida das crianças e adolescentes deste país. Deus abençoe a todos.

“O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades” (Hannah Arendt).

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SIGLAS E ACRÔNIMOS.....	viii
<i>INTRODUÇÃO.....</i>	<i>10</i>
APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	12
OBJETIVOS.....	12
Objetivo Geral.....	12
Objetivos Específicos.....	12
<i>CAPÍTULO 1. PROCEDIMENTOS METODÓLOGICOS.....</i>	<i>13</i>
<i>CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</i>	<i>16</i>
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS: as reflexões conceituais.....	16
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE: adentrando o universo do direito à saúde para os/as adolescentes.....	21
2.3 SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES.....	28
2.4 ÉTICA DO ESTADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
<i>CAPÍTULO 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</i>	<i>37</i>
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</i>	<i>47</i>
<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>49</i>
ANEXOS.....	51

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema a análise das políticas públicas de saúde para Infância e Juventude na cidade de Recife/PE, na microrregião política administrativa - RPA 6.3. É crescente o número de crianças e adolescentes que não tem acesso aos serviços de saúde na comunidade em questão. Hipoteticamente este acesso estaria ligado ao entendimento dos gestores municipais. O trabalho de pesquisa baseou-se na questão da responsabilidade do poder público em ofertar os serviços de saúde, juntamente com as políticas para os adolescentes constantes no marco legal descritos no SUS. A pesquisa teve um caráter exploratório e qualitativo, com realização da coleta dos dados por meio de questionários e entrevistas com gestores/as, médicos/as, enfermeiros/as, usuários/as (adolescentes) e funcionários/as do serviço de saúde da RPA 6.3. Desta forma a conclusão obtida com esta pesquisa, aponta para os mais diversos problemas na inclusão dos adolescentes no serviço de saúde, a qualificação nessa oferta e outros entraves na compreensão dos gestores perante a lei e a prioridade absoluta deste público alvo.

Palavras chave: Políticas Públicas, Saúde, SUS, Adolescente.

ABSTRACT

This research theme is the analysis of public health policy for Children and Youth in Recife / PE, in the micro administrative policy - RPA 6.3. A growing number of children and teenagers who have no access to health services in the community. Hypothetically this access would be linked to the understanding of municipal managers. The research was based on the issue of liability of the government in offering health services, together with policies for teens, listed in the legal framework described in SUS. The survey had an exploratory and qualitative, with completion of data collection through questionnaires and interviews with managers / the doctors / as, nurses / as, users / the (teenagers) and employees / the health service's RPA 6.3. Thus the conclusion obtained from this research points to several problems in the inclusion of adolescents in the health service, to offer this qualification and other barriers in understanding the managers before the law and the priority of this target audience.

Keywords: Public Policy, Health, SUS, Teen.

SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACE – Agente de Combate a Endemias

AESA- Adolescentes Educadores em Saúde

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ET - Extra Terrestre

HIV- Human Immunodeficiency Virus (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

PSF – Posto de Saúde da Família

RPA – Região Político Administrativa

SUS – Serviço Único de Saúde

UNICEF – United Nation Children’s Fund (Fundo das Nações Unidas para Infância)

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a implementação das políticas de saúde para adolescentes na perspectiva da oferta de serviços de saúde na RPA 6 e a importância desses serviços na garantia do direito à saúde estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais políticas e serviços de saúde implementados/ofertados para adolescentes na RPA 6.
- Caracterizar as principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde ofertados para os/as adolescentes na RPA 6.
- Analisar a importância das políticas e serviços de saúde para garantir o direito à saúde dos/as adolescentes da RPA 6.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da vitimização das crianças e adolescentes no país remete a retomada do conhecimento dos direitos por parte da população e a incorporação do substantivo “social” à expressão “política pública”, para apontar a responsabilidade do Estado na atenção aos direitos sociais, explicando em que sentido essas políticas estão sendo direcionadas. É comum observarmos a utilização das expressões – “políticas públicas” e “políticas sociais”.

Um elemento básico para entendermos as políticas públicas é o direito, uma vez que a política é a concretização dos direitos, que, após serem inseridos no ordenamento jurídico, requerem atitudes do Estado para a garantia das ações. A Constituição de 1988 representou no plano jurídico a afirmação e extensão dos direitos sociais, introduzindo avanços para corrigir históricas injustiças sociais de séculos, incapaz de universalizar direitos em detrimento à privatização da coisa pública.

Em outras palavras, não é suficiente, por exemplo, declarar que todas as crianças têm direito à saúde. Se não houver definição de recursos orçamentários para tal ação, se as unidades não forem construídas, não houver contratação de profissionais e um currículo definido para atender as necessidades de saúde da população infanto-juvenil esse direito não será reconhecido pela sociedade.

Partindo para um resgate histórico, a política de saúde no Brasil, foi fomentada pela assistência aos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, sendo assumida pelo Estado aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra.

Na cidade do Recife, especificamente na Região Político Administrativa 6 (RPA 6), torna-se necessário refletir sobre essas políticas e os serviços ofertados para adolescentes, a responsabilidade do município e de seus gestores, sobretudo no que se refere ao atendimento, proteção e efetivação dos direitos das crianças e adolescentes. É grande o número de criança e adolescentes que avançam no processo de amadurecimento precoce, contudo muitos constituem estatísticas negativas quando o assunto é o acesso aos serviços de saúde, assim como ressalta SPÓSITO *et al.* (2006, p.55), “a ideia de adolescência carrega, não só estigmas de natureza psicológica ou patológica, tradicionais em algumas teorias facilmente absorvidas pelo senso comum, como incorpora o estereótipo que designa aqueles que ameaçam a sociedade”.

O fato das adolescentes do sexo feminino engravidarem cada dia mais cedo de forma precoce é um fator preocupante na proteção delas próprias e das crianças que por ventura venham a nascer. Este seria mais um motivo pelo qual as adolescentes não teriam acesso a um acompanhamento de saúde de qualidade dispensado pelos profissionais.

Existe uma falta de clareza no sentido de garantir e reconhecer o seu lugar social. Essa indefinição social deveria trazer uma preocupação na formulação e estruturação das políticas para o segmento. Em razão disso, diversos estudiosos se debruçaram sobre o tema.

Em outra definição de políticas públicas por SPÓSITO (2003, p.59) aplica esse termo “compreende a dimensão ético-política dos fins da ação e deve-se aliar, necessariamente, a um projeto de desenvolvimento econômico-social e implicar formas de relação do Estado om a sociedade”. Neste jogo de conflitos e disputa pelos recursos disponíveis na sociedade para concretização das políticas públicas, os adolescentes estão, em dados momentos sem vez e voz.

Nas considerações da Professora Natália de Cassia Horta e Roseni Rosangela de Sena (2010) no artigo “abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas publicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão”, as políticas de saúde na atualidade, são implementadas segundo o modelo médico vigente, sendo determinadas por “pacotes fechados”, de forma a atenderem a população de modo unificado, descaracterizando-se suas necessidades específicas e suas subjetividades, o que com relação a saúde dos adolescentes, mostra-se insuficientes.

Muitos são os pressupostos que substanciam esta pesquisa. Mas o ponto central de tudo é o viés das políticas públicas de saúde e a construção de um caminho para um melhor acesso.

Parte-se então do seguinte problema: Como vem sendo ofertados os serviços de saúde as/os adolescentes da RPA 6 e qual a importância desses serviços na garantia do direito à saúde segundo os pressupostos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente? Esta é a das muitas tentativas de radiografar o problema. Analisar os serviços de saúde para os adolescentes.

CAPÍTULO 1. Procedimentos Metodológicos

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, pois busca estimular livremente os/as entrevistados/as. O estudo exploratório é o ideal para analisar as ações de saúde pública, que dependem do comportamento das pessoas a que se destinam, tornando extremamente importante conhecer maneiras de agir, sentir e pensar do público-alvo “pesquisado” (PIOVESAN, et.al., 1995).

Considerando que a pesquisa qualitativa como

uma atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo, fazendo dele uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo. Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (DENZIN e LINCOLN, 2005, p. 3).

O local deste estudo se concentrou na Região Político Administrativa 6 (RPA 6), que denomina-se como divisão e subdivisão geopolítica da cidade do Recife. O Recife é dividido em seis regiões políticas administrativas. A RPA 6.3 foco desta pesquisa, compreende os bairros do Ibura de Baixo, Jordão, UR's 1, 2, 3, 4, 5 (três etapas), UR 10 e 12, Lagoa Encantada, Comunidades da Vila dos Milagres, Pantanal, Três Carneiros Alto e Baixo, Zumbi do Pacheco, Jardim Monte Verde, 27 de Novembro, Chapéu do Papa e Portelinha (Figura 1).

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com dez profissionais da saúde e ligados a área da saúde do Distrito Sanitário VI da Região Político Administrativa 6 (RPA 6), tendo como base um roteiro de entrevista, conforme anexo. Veja no quadro 1, o perfil dos/as entrevistados/as:

Quadro 1 – Perfil dos/as entrevistados/as.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Pediatra (Diretora do Distrito Sanitário VI);- Neonatalogista (Coordenadora de Políticas de Saúde da Criança e do Adolescente da RPA 6);- Obstetra (Diretor da Policlínica e Maternidade do bairro do Ibura)- Assistente Social (Maternidade do bairro do Ibura) |
|---|

- Assistente Social (Policlínica do bairro do Ibura)
Gerente Administrativo Operacional Financeiro - Distrito Sanitário VI;
- Agente Comunitária de Saúde (Coordenadora Grupo de Adolescentes – AESA - Posto Saúde da Família UR 4/UR 5);
- Administradora (Gestão Hospitalar e Saúde Coletiva - Distrito Sanitário VI);
- Sanitarista (Gestora de Recursos Humanos - Sanitarista - Gerente de Território 6.3);
- Agente Comunitária de Saúde (Coordenadora Grupo de Adolescentes – AESA - Posto Saúde da Família, UR 4/UR5).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Realizou-se entrevistas com 20 (vinte) adolescentes entre 15 e 18 anos de idade no 3º ano do ensino médio de duas escolas públicas que frequentam os Postos de Saúde da região pesquisada e com 05 (cinco) adolescentes entre 12 e 18 anos que participam do grupo de discussões denominado AESA – Adolescentes Educadores em Saúde -, promovido por sanitaristas e agentes comunitárias de saúde da RPA 6.3. Esta amostra foi uma escolha aleatória e partiu do interesse de ouvir a voz destes adolescentes acerca do acesso aos serviços de saúde da RPA 6 e suas principais dificuldades e/ou facilidades. Este grupo tem o objetivo de formar adolescentes multiplicadores da educação em saúde.

As entrevistas foram transcritas e posteriormente serão analisadas à luz dos objetivos desta monografia e a teoria revisada. Até o momento iremos apresentar no capítulo de Análise dos Resultados as primeiras impressões, ou seja, resultados preliminares, levando em consideração as falas e depoimentos das pessoas entrevistadas. A sistematização das entrevistas no corpo do texto será realizada para a versão final da monografia.

Utilizou-se também documentos do Distrito Sanitário VI, cujo conteúdo estava pautado na estrutura física das Unidades de Saúde da RPA 6. Foram realizados registros fotográficos e de áudio (no momento das entrevistas), além da observação em campo durante o período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013, com anotações do pesquisador no caderno de campo.



Figura 1. Regiões Políticas Administrativas de Recife/PE. Foco na RPA 6
Fonte: viajenorecife.blogspot.com (2013).

Visando garantir a confidencialidade das pessoas entrevistadas, e visando atender às determinações da Declaração de Helsinque e resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, utilizou-se do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - anexo), onde as entrevistas só puderam ser realizadas após leitura, compreensão e assinatura do/a entrevistado/a deste documento. No caso dos/as adolescentes entrevistados/as, foi necessário o consentimento dos pais e/ou responsáveis, que leram o Termo e assinaram. Nas análises das entrevistas utilizaremos pseudônimos para não identificar as fontes desta pesquisa e resguardar sua integridade.

CAPÍTULO 2. Referencial Teórico

2.1. As Políticas Públicas Sociais: As Reflexões Conceituais

O conceito de políticas públicas no Brasil, efetivamente passa por uma forma de responsabilidade pelo Estado no atendimento de toda e qualquer classe social. Nas três esferas de governo que compõem a estrutura sociopolítica do nosso país, precisamos realmente efetivar o acesso. Identificação dos casos rotineiros para a solução de problemas que acometem ou se apresentam para o cidadão comum. Relacionamos o termo cidadão comum ao usuário dos programas e estrutura de saúde, constantes nas leis, onde organização do Estado requer a compatibilidade entre o bem estar do indivíduo e o papel que desempenha cada um de nós.

A política pública pode ser entendida como o conjunto de ações implantadas de forma individual ou em conjunto para suprir as necessidades mínimas da coexistência do povo. Segundo Heloísa de Mattos Hofling (2001), “o Estado não pode ser reduzindo a burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implantariam as políticas públicas”.

Contudo, ainda segundo Hofling (2001), deve-se fazer uma diferenciação entre políticas de Governo e Políticas de Estado, onde por definição o Estado é um conjunto de instituições permanentes como órgãos legislativos, tribunais, exércitos e outras que não formam esse conjunto único – monolítico- que possibilitam a ação do governo. E Governo é conjunto de programas e projetos que parte da sociedade composta por políticos, técnicos, organismos da sociedade civil, propostos para a sociedade como um todo, configurando-se na orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

O modelo das políticas públicas no Brasil teria sido influenciado pelos acontecimentos marcados desde a ditadura militar de 1964, até a Promulgação da Constituição Cidadã de 1988. Como este trabalho refere-se a avaliar políticas públicas de saúde para adolescentes, buscamos base naquele período de extrema fragilidade política, social e econômica (BRAVO, 2000, p. 6). A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (BRAVO, 2000).

Em virtude da descoberta e do conhecimento dos processos democráticos, houve uma motivação importante daquelas tendências. Conforme Mendonça (2002), no seu artigo “O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas”, os processos de modernização e democratização experimentados no Brasil nas últimas décadas do Século XX, permitiram reordenar a política de assistência social para o conjunto da população, estabelecendo novos parâmetros para a intervenção pública.

No campo da assistência pública, incorporou-se a redefinição da infância e da adolescência como processos sociais de desenvolvimento humano e se estabeleceu uma dimensão de prioridade à proteção social dirigida aos jovens, pessoas em formação, que exigem atenção específica (MENDONÇA, 2002).

A sistemática na evolução dessas políticas, naturalmente apontadas pelos resultados obtidos em sua aplicação, devendo ser observado o seu acesso ou oferta universal e igualitário. Tornam-se as políticas públicas um dos maiores bens de que podem usufruir o povo, quando sua sistemática funciona em concomitância com as necessidades deste mesmo povo (Autor).

Há que se entender que para a execução das políticas públicas são necessárias estratégias de estudos e dotação orçamentária, sem isso nada vai conseguir ser realizado. O aporte para esses recursos está os convênios entre os Municípios, Estados e a União. Observa-se desta maneira como estão reguladas pelas responsabilidades dos entes da federação, onde não caberia outra interpretação que não fosse o da execução das políticas remetendo as partes citadas ao conceito ético do papel do governo e o bem-estar social.

Em todo momento é sentido o movimento da globalização já sinalizava uma nova ordem de relacionamento entre os povos. Relacionamento estes no contexto comercial, social e de descobertas as mais variadas. O mote da globalização veio acompanhado de uma mudança capitalista no mercado mundial, a partir da importância que têm os pequenos lugares onde as mudanças se processam e vezes não chegam dadas as peculiaridades desses lugares ou municípios. E é nos municípios que se dá uma maior participação dos cidadãos, ora preponentes usuários e beneficiários dessas Políticas Públicas.

Nunca é demais afirmar que por vezes o cunho eleitoral está ligado a essa esfera de concessão das Políticas Públicas, isso em relação ao processo de representação instancia máxima no processo democrático no Brasil, o que força ou deveria forçar o povo em geral a escolher e eleger políticos com plano de governo saltares para a população onde estivessem

políticas públicas, na complexa disputa de poder quando relacionadas às contradições econômicas e políticas.

Na afirmação de Rawls (1971) em seu livro “A Teoria da Justiça”,

todos os valores sociais, liberdade e oportunidades, renda e riqueza e as bases sociais da autoestima, devem ser distribuídas igualmente, a não ser que a distribuição desigual desses valores traga vantagens para todos.

Segundo Faria (2003, p. 21), o problema definindo como a existência de uma torre de babel de abordagens com teorizações incipientes e vertentes políticas, buscando tornar o mínimo inteligível os diversos processos de formação e gestão das Políticas Públicas, num mundo onde as relações de interdependência são cada vez mais marcadas pela assimetria. O caráter incipiente o qual discorre o professor, seria comprovado pelo fato de qualquer pesquisa mais aprofundada, evidenciar a quase inexistência de análises sistemáticas relacionadas aos processos de implementação e institucionalização das Políticas Públicas.

Segundo aponta Meksenas (2002, p.106),

é preciso, portanto, não compartimentalizar o saber produzido acerca das políticas públicas como fins sociais para percebermos os seus contornos com os contextos da sociedade brasileira. Assim o estudo das políticas públicas como fins é o estudo das relações de poder, como também de estrutura e conjuntura da vida social, dos padrões de sociabilidade e da dinâmica da cultura.

Acerca da destinação e eficiência das políticas públicas, estão alocadas não só no fator representativo, exercido pela população, mas também pela mobilização frente às instituições do poder público. De certa forma isto fica claro na afirmação de Olson (1965), indicando que interesses comuns, os quais, em princípio, guiarão o processo decisório que afetam os indivíduos, não resultam necessariamente em ação coletiva, pois os interesses de poucos têm mais chances de se organizarem do que os interesses difusos de muitos. Ainda, segundo Olson, existe um interesse público que não é a soma dos interesses dos grupos.

Assim, a “boa” política pública não poderia resultar da disputa entre grupos, mas de uma análise racional (SOUZA, 2006). Não podemos em determinado momento deixar de fazer uma ponte entre a formatação e elaboração das políticas públicas junto ao processo democrático.

Direcionando um pouco o foco na população e a reboque de pouca ou nenhuma participação do povo nas decisões políticas do Estado, a desigualdade que permeia a população Brasileira, existe desde sua formação, em razão disso e por isso. Nos remotos

tempos da Colônia Portuguesa, o Estado não está preocupado com a implantação de Políticas Públicas de Benefício Social. A igreja católica nesse período cuidava desta parte de forma equivocada.

O que passou a ser preenchido desta forma meio débil, por outras instituições, em razão da lacuna deixada pelo Estado. Amplamente incentivado no Brasil, esse “assistencialismo” continuou sendo promovido por longos anos pela Igreja Católica e suas missões. Importante notar que se desde o início da formação do País o Estado não se responsabilizava pela implementação de políticas sociais, a diferença hoje não é muito grande, muito embora deva se ressaltar, o processo evolutivo comum do próprio tempo através dos séculos que se passaram. Mas ainda é creditada a pouca participação popular nas decisões políticas, as explicações para a desigualdade social no Brasil.

De maneira que a formulação de Políticas Públicas para fins Sociais com elaboração do Estado Brasileiro, vieram a acontecer tão somente na segunda República, mais precisamente na era Vargas, segundo alguns autores, desenvolvidas em três campos: Na previdência, na legislação trabalhista; Na educação, na saúde e no saneamento básico, habitação e transporte.

O Estado no escopo das suas responsabilidades e realizações tem e precisa buscar a elaboração de Políticas de Atendimento às necessidades básicas da população, quer seja através das garantias e ações concernentes a assistência social, saúde, educação, segurança e outras ações, tendo em vista a implementação e efetivação dessas Políticas. A Política Social representa a atuação do Poder Político, visando o bem estar da população. A Política Social é o fenômeno com base nas formações econômico-sociais capitalistas contemporâneas, que devem ou deveriam atingir aqueles grupos ou camadas da pirâmide social não satisfeitas por esse poderio capitalista e de produção, fossem beneficiados por esse modo de inclusão social.

É uma política de balizamento entre as necessidades de trabalho e capital. Por essa ótica, a Política Social é uma gestão estatal de força e trabalho e do valor da força deste trabalho. O que por definição, pode-se afirmar que as Políticas Sociais só estão voltadas a classe trabalhadora ou aos que podem pagar.

Ainda implícito neste contexto, está o fato de o Estado através dos seus gerenciadores, capturarem os valores da força do trabalhador para manterem os propósitos dos cofres públicos com o intuito da aplicação desses recursos em Políticas Sociais e na maioria das vezes não acontece de modo a atender o povo, trabalhadores ou não. Como dito, apesar de ser

o principal mantenedor do Estado, o trabalhador não teria de volta o benefício formatado em Políticas Sociais.

A Política Social torna-se termômetro dessa desigualdade constante, apresentando este claro e inequívoco conteúdo da classe social dominante. É preciso incluir aqueles que estão a margem dos processos políticos e decisórios, nos espaços já existentes para que de posse desse poder fortaleçam espaços importantes, tais como: Associações, Sindicatos, Conselhos, Fóruns, buscando incessantemente a criação de novas esferas que vão definir a criação e implementação das Políticas Sociais.

2.2. Políticas de Saúde: Adentrando o Universo do Direito para os/as Adolescentes

Neste tópico vamos observar um resgate da construção social da infância, levando a um processo de adolescência e a vida adulta, muitas vezes sem a já histórica devida atenção. Levando-se em conta que a infância seria um a fase que deveria ser transposta, até digamos, de forma precoce para imediatamente ser alcançada a vida adulta, não seria difícil entender que nesse meio tempo a adolescência haveria de ser muito prejudicada.

Mas essa seria uma condição de vida a ser superada. Avaliando do pensamento emanado por Phillippe Ariès que diz “a passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade” (ARIÈS, 1981, p.10).

Segundo Rocha (2002), “a infância nesse contexto seria comparada a velhice, pois se, de um lado, temos a infância constituída pela falta de razão, por outro, temos a velhice marcada pela senilidade”.

As demais idades, no caso, a juventude e a vida adulta, caracterizar-se-iam pela sua força, virilidade e principalmente pelas funções produtivas dentro da vida social e coletiva. Entende-se que foi uma época voltada ao poder da juventude. Considerando essa questão, percebemos que, ainda hoje, na nossa sociedade, essa situação é recorrente, a medida que há uma ênfase no indivíduo produtivo, excluindo-se crianças e idosos de diversos setores e espaços sociais” (ROCHA, 2002, p.54).

Nos estudos de Phillippe Ariès, as crianças eram comparadas aos adultos em miniatura, onde esses adultos se relacionavam e os tratavam de forma igualitária, segundo o comportamento deles próprios, os adultos naquela época. “No mundo das fórmulas

românticas, e até o final do século XIII, não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido” (ARIÉS, 1981, p.51).

Observamos que a partir desses estudos e com a evolução natural do tempo, houve inúmeras mudanças em torno do processo social. A percepção mais difundida da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento no mundo moderno foi resultado de um longo processo social que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias à esfera pública da convivibilidade social.

A infância e a adolescência entendidas como categorias socialmente construídas permitiram a adoção de práticas sociais condutoras do processo de formação da identificação sociocultural infanto-juvenil (ARIÉS, 1981 *apud* ROCHA, 2002). Segundo Sacramento (2008) em seu artigo “Juventude, Cultura, Vulnerabilidade e Políticas Públicas”, “ser jovem nos dias de hoje não é tarefa fácil: a pobreza, o desemprego, a falta de perspectivas de um futuro melhor são alguns desafios enfrentados pelo jovem neste século”.

Mas diferente do que se reproduz no sentido comum, os jovens não são sinônimo de problema. É o que constata o Relato Mundial da Juventude 2005. Não existe como pensar o jovem inserido na sociedade isolando-o. As relações sociais existentes na sociedade imprimem as suas marcas culturais, as quais definirão como o perfil do adolescente irá se configurar resultando daí uma base para a vida adulta. As políticas públicas adotadas no mundo e especificamente no Brasil precisam mudar a visão de juventude, para que os jovens tenham oportunidade de participar ativamente da sociedade em que estão inseridos (SACRAMENTO, 2008).

Para garantir os direitos de crianças e adolescentes, deveríamos lançar um olhar mais positivista com relação ao entendimento deste segmento. Apoiamo-nos no artigo de Mendonça (2002, pg.114) intitulado “O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas”, que aponta “a infância e a adolescência entendidas como categorias socialmente construídas, permitiriam a adoção de práticas sociais condutoras do processo de identidade sociocultural infanto-juvenil”.

Revelando ainda “essas práticas foram a assistência, saúde e educação que atingiram seu objetivo e se validaram como opção ao enfrentamento da questão social, na medida de sua publicização e laicização, ou seja, conforme adotaram um caráter universal, obrigatório e de responsabilidade do Estado” (MENDONÇA, 2002).

O período da redemocratização no país nos anos 1980 trouxe uma série de mudanças no comportamento das entidades governamentais e da sociedade civil organizada. Como

explica Raposo (2009) no seu artigo “A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?”, o momento de redemocratização do país, vivenciado no Brasil a partir da década de 1980, revela mudanças significativas na história da assistência à infância e à adolescência, ao mesmo tempo em que inaugura a “era dos direitos”.

No caso específico da criança e do adolescente, esses passaram a ser considerados sujeitos de direitos em oposição a objetos de tutela e proteção por parte do Estado. Com efeito o Estatuto aponta a necessidade de políticas de necessidade básicas e programas de apoio e desenvolvimento integral das crianças e adolescentes” (RAPOSO, 2009, p. 119).

A nova ordem no direito extensivo às crianças e adolescentes estabeleceu o sistema de garantia de direitos e o conceito ampliado da proteção integral, encerrando assim as práticas para os ditos “menores” e substituindo-os pela condição de cidadãos e sujeitos de direitos, sendo o Estatuto a ferramenta de proteção integral, desta forma podemos afirmar que “a idéia de proteção integral está calcada no reconhecimento de que a vulnerabilidade da própria idade exige uma forma específica de proteção, traduzida em direitos, individuais e coletivos, que possam assegurar seu pleno desenvolvimento” (GUARA *apud* RAPOSO, 2003, p. 45).

É o Estatuto, como foi dito, principal instrumento para materializar, perante a sociedade tais condições. De modo que “a lei há de contribuir para a mudança de mentalidade na sociedade, habituada, infelizmente, a se omitir diante das injustiças de que são vítimas crianças e adolescentes” (ALMEIDA *apud* RAPOSO, 2003, p.45).

Os direitos que estão contidos no Estatuto colocam a criança e adolescente como detentores de todas as políticas que lhe são naturais. Leia-se então no Artigo 3o. “A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Existe algum choque entre os juristas e advogados quanto à aplicabilidade do Estatuto, dada a sua complexidade, entretanto “pode-se dizer que o Direito da Infância e da Juventude, sem embargo de algumas marcas do Direito privado que não chegam a alterar sua natureza, é especialmente um ramo novo do Direito público, da categoria dos direitos humanos fundamentais” (TAVARES *apud* RAPOSO, 2003 p. 45).

O que nos leva a concluir o Direito da Infância e Juventude no Brasil está incluso na categoria dos direitos humanos fundamentais da terceira geração. Entre outras formas de

garantir os direitos de crianças e adolescentes, o Estatuto preconiza em seu artigo 4º o também direito à saúde, “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos inerentes à vida, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. (BRASIL, 1990)

Mesmo com a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente há vinte e três anos, os Governos, seus e a Sociedade Civil como um todo, ainda não se empoderaram por completo da referida Lei. O Estatuto da Criança e do Adolescente nasceu com base no Artigo 227 da Constituição Federal de 1988, e com o empenho dos movimentos sociais daquela época. No entanto muitos artigos contidos no estatuto carecem do compromisso do Estado para garantir a proteção e os direitos de crianças e adolescentes. Como foi apontado antes nesta pesquisa, desde os tempos do Brasil colônia da coroa portuguesa, sempre foi muito difícil efetivar Políticas Públicas Sociais e como Crianças e Adolescentes são a camada da população mais vulneráveis, existe a necessidade da implementação em alguns casos, de forma urgente.

Citando Mendonça (2002, p.114), “a partir do exame das situações de vulnerabilidade da população jovem no Brasil, foram sistematizadas no início dos anos 90 e identificar diferentes condições de vida entre os jovens, que resultavam de sua posição na estrutura social combinada a um o acesso diferenciado aos serviços e bens de assistência pública”. O que já desencadearia uma forma sistemática de violação de direitos, contrariando a norma estabelecida.

Como já foi dito, esta carência do cumprimento das normas expressas no Estatuto da Criança e do Adolescente, torna urgente atitudes que deveriam ser tomadas décadas atrás. Criar uma forma de redirecionar os programas sociais, sobretudo aquelas ações que se destinavam a reduzir a pobreza e o estado de miserabilidade que atingia principalmente a população de adolescentes e jovens. “A reforma social brasileira nos anos 90 incorporou a noção de proteção integral e universal com equidade, seguindo tendência internacional e visando, especialmente, no campo da infância e da adolescência a mudança no processo de integração social dos jovens” (MENDONÇA, 2002).

O processo explicitado pela autora acontece a partir de uma análise do ponto de vista formal, quando se está querendo verificar tendências, enfatizar a pertinência do objeto definido como a proteção social da infância e da adolescência e de certa forma, apontar para

necessidades de mais estudos cujos resultados sejam aprofundados a partir da conjuntura política da proteção social à juventude no País.

Na pesquisa apontada por Horta e Sena (2010), no que se refere à perspectiva das políticas públicas de saúde, pode-se afirmar que essas políticas são, desde as primeiras reflexões, destinadas aos adolescentes e jovens, sendo importante considerar como marco a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, que estabelecem a saúde como direito de todos e como dever do Estado.

A partir daí, tem-se a implementação de ações programáticas destinadas a esse público, com o PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente, em 1989 (BRASIL, 1989) alvo de diversas críticas e dificuldade para sua implementação, avaliadas como limitadas, incipientes e pontuais (BURSTYN e RIBEIRO, 2005).

O tratamento por vezes imposto aos adolescentes traduz de certa forma, numa ineficiência nos programas de saúde, quando direcionam a eles ações do Ministério da Saúde como foco tradicional dos riscos e ameaças que repercutem na saúde pelo simples fato de os indivíduos serem adolescentes e jovens, como se fossem esses momentos diferentes dos demais momentos da vida: as DST/HIV, a gravidez, as drogas, entre outros, estruturados nos tradicionais “pacotes de saúde” ofertados a população de forma feral (BRASIL, 2000c, 2000b, 2006).

Outros documentos oficiais trazem orientações para os profissionais de saúde como forma de divulgar aspectos legais de proteção aos adolescentes e jovens, documento intitulado “Marco Legal”, e para a organização dos serviços de saúde com vistas a educação permanente em saúde, objetivando qualificar os profissionais para o trabalho com os adolescentes e jovens (BRASIL, 2002; 2005; 2005b; 2007). Esses documentos visam privilegiar os adolescentes e jovens nas ações de saúde, além do principal fato, centrado nos riscos dessa “fase da vida”.

No intuito de garantir o protagonismo juvenil, o Ministério da Saúde, lançou em 2000, programa de formação de adolescentes promotores da saúde, sendo multiplicadores de ações classificadas como de promoção da saúde, mas que estão centradas na prevenção dos agravos prevalentes nessa população (BRASIL, 2000a).

Ainda dentro da pesquisa de Horta e Sena (2010), de tal modo, considerando as publicações oficiais de saúde, os adolescentes e jovens permanecem à margem da atenção a saúde com propostas de ações simplistas e reducionistas. No ano de 2007, as diretrizes para uma política de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens, na qual as ações de saúde para esses sujeitos estão inseridas nos blocos de financiamento do Pacto pela Saúde e de

Gestão, rompem com a constituição de um programa específico para a atenção a saúde desses, inserindo os adolescentes e jovens nas ações de rotina dos serviços de saúde (AMARANTE e SOARES, 2009). Pode-se considerar diante do que foi apontado e mesmo com a teórica participação dos adolescentes na construção de políticas públicas de saúde, eles ainda são objeto dessas políticas por uma ótica de riscos e vulnerabilidade.

As ações acima podem ser entendidas como de garantia e proteção. Contudo no bojo desta proteção, deve haver o cuidado com o acompanhamento familiar e direcionamento das políticas de proteção às famílias socialmente fragilizadas. Ainda assim o Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza a prioridade absoluta, sendo um instrumento de transversalidade que vai ativar ou se conectar nas diversas políticas.

A proposta de proteção integral à criança e ao adolescente pela Convenção da Organização das Nações Unidas, nos anos 90, logo depois da promulgação da Lei Federal 8069/1990, onde dados estatísticos apontavam diagnóstico avançado de que o processo de exclusão dos jovens havia chegado a índices indesejáveis e limites ultrapassados, indicando a necessidade de oferecer as futuras gerações novas condições de existência e desenvolvimento. Muito além das desigualdades regionais a ONU buscava apontar uma dimensão universal para a integração dos jovens (MENDONÇA, 2002).

No capítulo I a partir do Artigo 7º ao 14º, fica claro esse compromisso e responsabilidade solidária das três esferas de Governo, incluindo-se aí a sociedade em geral. Fica claro que para ter a garantia de tal proteção, tem que haver, é lógico, a efetivação de Políticas Sociais Públicas, cuja implementação deve atender as crianças desde o nascimento, o desenvolvimento, aos adolescentes até os 18 anos. A completude dos Artigos postos no Estatuto por si só, deveria garantir todos os direitos, com a simples prerrogativa da aplicação da Lei. Derivando especificamente no sentido das Políticas de atendimento a saúde para adolescentes, passaremos por um recorte mesmo que breve, do Sistema Único de Saúde o SUS. Como toda política precisa ser efetivada através da sua implementação, o SUS hoje é um complexo sistema de rede de atendimento em funcionamento no Brasil. Porém, carece de entendimento do Estado e seus gestores para a otimização do resultado final a que foi proposto (PAIM, 2009).

A complexidade dessa rede que não é igual uma rede de lojas ou supermercados, demanda um entendimento na diferença dos seus serviços. Uma estritamente comercial privada e outra de cunho Político Social e Pública. Com a tentativa da regionalização da rede de atendimento, os estabelecimentos de saúde deveriam disseminar melhor os serviços neste

território. Isso representa um dos pilares da organização do SUS, juntamente com a articulação entre os Gestores Estaduais e Municipais, para implementação e descentralização das políticas de saúde.

Existe uma linha fina e tênue entre a prioridade do qual versa o Estatuto, e a integralidade no atendimento nas Políticas de Saúde do SUS para os adolescentes que já deveria estar enquadrada na complexidade do sistema. Mas sendo os adolescentes uma classe de faixa etária diferenciada pelo seu período de ferveção hormonal, formação do caráter, personalidade e transição para a vida adulta, cabe ao sistema ações preventivas e esclarecedoras. O processo educacional familiar tem grande peso nesta formação e orientação à saúde, visto que os pais sendo os responsáveis por seus filhos e vetores principais na vida deles, deveriam conhecer ou ter acesso as Políticas Públicas de Saúde para crianças e adolescentes, inclusive com a participação da comunidade, assim definida pela OMS - Organização Mundial de Saúde (PAIM, 2009).

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em criar e provocar inúmeras ações de saúde no Brasil, os sistema privados de saúde, os chamados seguros e planos de saúde, resistem impetrando a força do *lobby* junto aos Governos e Parlamentares, com o intuito subliminar e proposital de fragilizar o Sistema Único de Saúde fique cada vez mais fragilizado e não aconteça em sua plenitude. O compromisso da implementação das Políticas de Saúde para os adolescentes e toda sociedade, perpassa pelo entendimento e atenção dos gestores e clareza com o tema, caso contrário a vitimização continuara acontecendo. Existe por assim expressar, uma dificuldade na implementação do SUS, causados pelos interesses econômicos de grupos percentualmente menores, em dissonância e contraposição aos interesses do restante da população.

Esses grupos que se posicionam em torno da saúde no Brasil, estendem seus tentáculos nocivos também às crianças e adolescentes do país que não detêm o poder aquisitivo e financeiro juntamente com suas famílias, que não raro, ficam alheios ao tema, mesmo com as repetidas campanhas de informação não capitalizadas por estes adultos. Muito precisa ser feito, para que a integralidade na cobertura de saúde do SUS aconteça a todas as camadas da população e para os adolescentes.

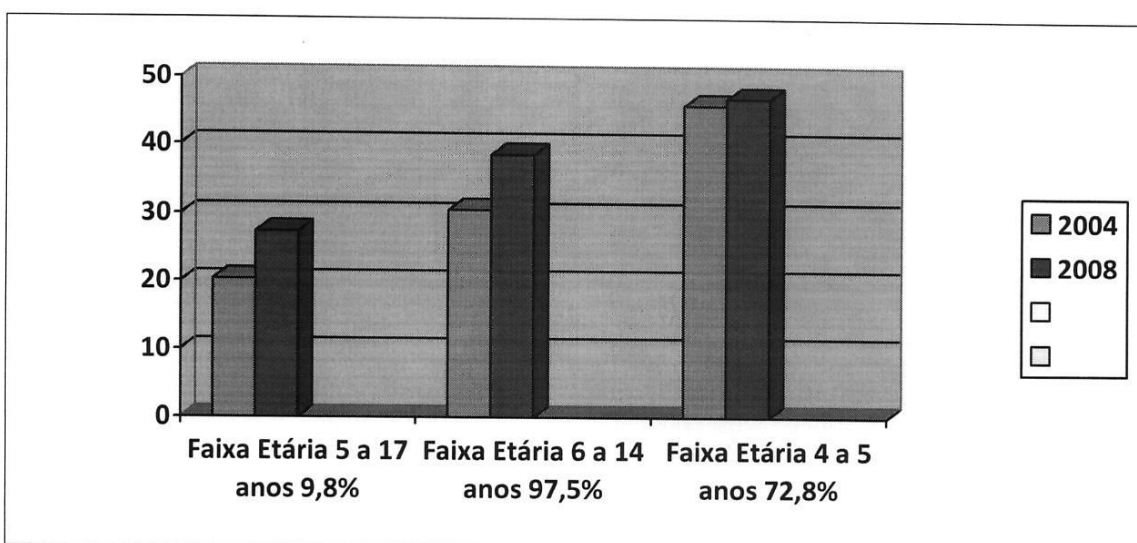
2.3. Políticas e Serviços de Saúde para Adolescentes: um breve debate

Para iniciar o debate sobre as políticas e serviços de saúde para adolescentes, entraremos na relação legal entre o que efetivamente está posto nos livros e nas leis que versam sobre a proteção e integralidade dos serviços de saúde para este grupo. A implantação do SUS como modelo de atendimento e atenção de saúde nacional, foi um grande avanço no sentido de atender a população brasileira em razão desta política especificamente.

Tendo como base as transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que impulsionaram uma evolução do século XX, houve também mudanças muito significativas no tocante à saúde mundial. As informações obtidas ao longo dos estudos evidenciam uma grande dificuldade por parte dos adolescentes em acessar as políticas públicas de um modo geral. Mais uma vez voltamos o nosso olhar para uma problemática rotineira. Atingir todo o país direcionando as soluções de saúde para a população através do sistema único de saúde, não é tarefa fácil.

Os adolescentes normalmente vivem em condições adversas e não obstante, expostos a todo tipo de violação de direitos influenciam de forma considerável na saúde dos adolescentes interferindo no crescimento e desenvolvimento satisfatórios. Essa grande discrepância entre o conhecimento, assiduidade escolar e informação provoca uma variante importante na execução das políticas públicas de saúde. Quanto mais desinformados os adolescentes do país mais difícil será atender e implementar as políticas necessárias (PNAD, 2004), como podemos ver no gráfico a seguir:

Gráfico 1: População de Adolescentes/Jovens Fora da Escola



Fonte: PNAD (2004).

Os jovens e adolescentes do país tem em média 7,4 anos de estudo considerando-se a faixa etária dos 18 anos e a conclusão do ensino médio. Aos 25 anos esse número médio cai para 7,0 anos de estudo (PNAD, 2004).

Nesse contexto, os serviços demandam de ações integrais para atender todas as especificidades/especialidades da saúde dos adolescentes. A integralidade nas ações do SUS como uma das suas diretrizes, sustenta a necessidade da organização dos serviços e práticas de saúde que fazem parte de uma estratégia de atenção, prevenção de agravos na promoção da saúde e para as execuções curativas e de reabilitação dos adolescentes do ponto de vista individual e coletivo (BRASIL, 2010).

O marco legal que institui as políticas públicas para adolescentes no Brasil estão dispostas em pelo menos três instrumentos legais, o Estatuto da Criança e do Adolescente Lei 8069/1990, a Lei Orgânica da Saúde Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990, a Lei Orgânica da Assistência Social 8742/1993 (BRASIL, 2010).

Estas leis compõem as diretrizes legais de proteção e garantia dos adolescentes que visam o pleno exercício dos direitos fundamentais a saúde. Essas diretrizes fornecem subsídios para os gestores, profissionais de saúde, órgãos e instituições que atuam na área de promoção de saúde para os adolescentes, para que as políticas sejam discutidas pela sociedade.

Com essa importância em se abordar a promoção da saúde dos adolescentes junto aos jovens e sua produção, fica clara a necessidade de uma ligação dos processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de

mudanças na gestão e de trabalho nas equipes de saúde para complementar a troca de informações entre esses dois campos de atenção à saúde.

Primar pelo envolvimento coletivo dos sujeitos, desenvolvendo sua participação autônoma, efetiva para a consolidação de ambientes saudáveis, com vistas a diminuir e evitar o adoecimento, unindo todos em busca do desenvolvimento das ações de promoção da saúde integral dos adolescentes. O que significa dizer que para os problemas de saúde dos adolescentes, deve-se colocá-los como protagonistas na decisão ou direcionamento desses serviços.

Necessário é reorientar os serviços de saúde para essa faixa etária da população, como disposto na Política Nacional de Atenção Básica a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) (BRASIL, 2006b, pg. 19), que caracterizam uma série de ações, desenvolvidas e aplicadas através de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas dirigidas a populações em territórios delimitados.

Entramos na relação legal entre o que efetivamente está posto nos livros e nas leis que versam sobre a proteção e integralidade dos serviços de saúde para os adolescentes. A implantação do SUS como modelo de atendimento e atenção a saúde nacional, foi um grande avanço no sentido de atender a população brasileira em razão desta política especificamente.

Admite-se que hoje os adolescente estão expostos as novas sintomatologias que estão fazendo frente com as patologias naturais à idade. Mais uma vez voltamos o nosso olhar pra uma problemática rotineira.

Atingir todo o país direcionado as soluções de saúde para a população de adolescentes através do sistema único de saúde, não é tarefa fácil. Apesar da exatidão nos números em varias pesquisas, é fácil notar, com base nas prerrogativas legais dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente, alguma dificuldade em extratificar e exatificar a faixa etária que compreende os adolescentes, o que em dado momento, favorece a alguma confusão na interpretação das violências e negativas dos direitos desta parte da população no país.

As violências em geral, exploração sexual, síndromes de confinamento, gravidez na adolescência e outras, estão causando um grande desafio ao já existente arsenal diagnóstico terapêutico demandaria maior investigação e inovação nos cuidados de saúde dos adolescentes na esfera da atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2010).

Estudos indicam que 80% dos problemas poderiam ser solucionados na Atenção Básica, mas na grande maioria dos casos, os adolescentes são indivíduos invisíveis ao SUS por não terem políticas de saúde específicas para sua faixa etária. Isso concorre para o

afastamento dos adolescentes das unidades e dos profissionais de saúde. O que de sobremaneira contraria os dispostos na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 11 citado a seguir:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Essa prerrogativa legal consolidada no ECA é condição *sine qua non*, para assistência desse grupo populacional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais da saúde do sujeito, levando em consideração o contexto social, cultural e familiar em que está inserido.

Como ressalta Oliveira (2007, p.63) em “a subalternização de papéis e de proposições”, é preciso fazer um melhor acolhimento, de responsabilização e de formação de vínculos como recursos e projetos terapêuticos, sem, contudo, ferir a essência dos serviços.

Uma das colunas fundamentais de apoio para a efetivação das políticas de saúde para os adolescentes reside na própria participação deles nas decisões. Isto muito já foi dito em outras fases dessa pesquisa, mas o tema torna-se recorrente, visto que na ótica de vários estudiosos e também vasto material inserido nos compêndios no Governo Federal através do Ministério da Saúde, apontam que a participação deste segmento na elaboração das políticas afinam o discurso e estreitam a aproximação entre eles e as equipes que os atendem (BRASIL, 2010).

As unidades de saúde sem distinção precisam ter material humano adequado e sensível em concordância com as demandas e necessidades multifacetadas deste segmento. É preciso que os adolescentes tenham confiança se envolvam e sintam-se acolhidos pelo sistema de saúde para que os tratamentos ministrados obtenham êxito (BRASIL, 2010).

E para tal é preciso que se leve em consideração três eixos importantes: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva; e atenção integral no uso de álcool e outras drogas.

- **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** – tem como características principais a diferença entre as estruturas e funções que estão em processo de maturação na genética dos indivíduos. Por outro lado essas características são amplamente influenciadas

por fatores ambientais, ou seja, da relação do sujeito com o meio em que ele vive em consonância com fatores individuais como a nutrição, condições de vida e higiene, estimulação, proteção contra a gravidade por uso de drogas lícitas e ilícitas, atividade física, sono, estresse, das capacidades funcionais e do aparecimento de doenças crônicas. Fatores como os apontados aqui podem modificar, reverter e alterar os fenômenos inerentes a puberdade (BRASIL, 2010).

➤ **Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva** – São observadas como dimensões fundamentais da vida humana. Contudo as políticas e programa de saúde, voltado para os adolescentes e jovens, nem sempre levam em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano atrelado ao conceito de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva (OPAS, 2002 *in* Ministério da Saúde, 2006). Em meio aos tabus enfrentados pelos adolescentes na questão da educação sexual, estão inseridos os cuidados contra a proliferação das DST/HIV/AIDS, razão pela qual os programas e políticas de saúde precisam estar antenados com esses acontecimentos, aprimorando os serviços básicos para o enfrentamento do problema. É preciso atentar que desde o século passado, adolescentes iniciam mais precocemente a sua vida sexual, por isso existe a necessidade de disseminar a informação em torno deste tema, procurando evitar que mais adolescentes sejam infectados (BRASIL, 2010).

➤ **Atenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas** – As drogas lícitas como álcool e outras estão inseridas no contexto mundial como sendo permitidas o seu consumo em todo o mundo. O álcool faz parte desse grupo, e é consumido no Brasil inserido no contexto cultural e atrelado como componente social e festivo. Pela forma desenfreada como é facilmente consumido pela população brasileira, o álcool é uma das drogas que mais potencializam o adoecimento dos adolescentes, colocando esse público como alvo fácil e desprotegido. Mesmo com a proibição imposta pelo ECA no seu artigo 81 incisos I e II, os meios de comunicação de massa e outras vertentes midiáticas influenciam o consumo. O primeiro Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, em 2007, aponta que o início do consumo desta substância em adolescentes de 14 a 17 anos, está na média de 13,9 anos (BRASIL, 2010).

Da mesma maneira que os serviços de saúde para os adolescentes sejam exercidos em sua integralidade, os mesmos devem ser direcionados para os adolescentes, e estes devem fazer parte de um conjunto de articulações contínuas que proporcionem serviços curativos e

preventivos e ao mesmo tempo em que se dispensa um olhar diferenciado para a população adolescente e jovem do país.

2.4. Ética do Estado nos Serviços de Saúde

O bem estar do ser humano está ligado a um conjunto de ações natas e inatas, dentro de um contexto singular. A partir de sua concepção da vida, ao ocupar lugar na sociedade, este sujeito adolescente torna-se a razão, motivada pelos maiores sabores e dissabores na sua constituição dentro de um grupo, raça ou etnia. Independente da sua região ou país de onde é originária, sua influência sociocultural vai trazer seu comportamento, fenótipo que difere os homens e os povos em seu contexto universal.

A ética é determinada pela cultura pluralista. Curioso é entender que a humanidade tem uma grande dificuldade em saber o que é correto ou não. É a partir das tensões que nascem das relações sociais, implícitas no universo particular do ser humano e de seu destino, orientando-se por princípios e convicções.

Segundo Leonardo Boff em seu artigo “Saber Cuidar: Ética do Humano” faz aparecer não só as redes de relações sociais, mas também as pessoas as quais tem rostos e sentidos, fisionomias naturais que constitui o ser humano, o que torna impossível a indiferença. Ao olhar o rosto do outro, sentimos uma provocação, uma convocação a fala. Mais ainda, quando os rostos que se apresentam é a face dos excluídos, marginalizados e desassistidos pela sociedade.

Diz ainda o professor que o grande desafio proposto pela política orientada pela ética é o modo em como devemos cuidar dos milhões de pobres oprimidos e postos a margem da sociedade, indo no contraditório das organizações sociais. Mesmo com crescimento da indústria de bens e serviços, não existe disponibilidade para esta faixa da população mundial que está a margem dessa distribuição, vivendo em extrema pobreza. A ética fundamenta o modo do bem viver por sua vez fundamentada no pensamento humano. Com isso cabe fixar um pensamento: Qual seria o pensamento do Estado com relação ao Homem?

De acordo com Norberto Bobbio em seu livro “Estado, Governo e Sociedade” no qual faço aqui algumas referencias textuais, a dicotomia entre o público e o privado é definida pelo aumento de um ou outro, ou seja, quando se aumenta as atribuições da esfera do poder

publico, diminui-se a esfera do poder privado, ao se aumentar a esfera do privado, diminui-se a esfera do poder publico. Isso nos leva a uma possível afirmação de que o interesse público nesta avaliação dicotômica determina-se imediatamente em relação e em contraste como interesse privado.

Observa-se a práxis do neoliberalismo. Bobbio aponta ainda o problema do Estado na relação com a sociedade, propondo uma reflexão sobre a vida social do homem, sobre o homem como animal social incluso num contexto político.

Esta autonomia do indivíduo moderno perpassam inúmeros aspectos do processo social burguês.

O viver em sociedade cria uma dependência do outro, para a realização e cumprimento de metas para a solução de problemas que visem facilitar a missão de resgatar e suprir as necessidades do homem integrante do meio social. É fato que o Estado pressupõe o início da era moderna.

Nasce desta forma a propriedade individual, criando a divisão do trabalho e juntamente com esta divisão do trabalho a sociedade se subdivide em classes. A classe dos proprietários e a classe dos que nada tem, composta pelo proletariado. O Estado aparece como um mal necessário assumindo a figura do Estado mínimo.

Através dos nossos representantes legitimamos os nossos administradores, para que a partir da criação e do gerenciamento das políticas públicas, o homem que integra a sociedade junto a seus componentes possam vier mais e melhor.

Segundo Adam Smith, o Estado deve se limitar a defesa externa e a ordem interna, bem como a execução de trabalhos públicos. Um dos trabalhos do Estado, pilares desta política do ordenamento interno é a saúde. Este eixo de promoção e atenção ao indivíduo socialmente integrado e até mesmo àqueles que estão a margem dela por estarem em débito com a sociedade, cumprindo regime de reclusão, de toda sorte e até estes, tem direito e precisam dessa assistência.

Através da ótica de Gerd Bornheim, desde o século XVI a burguesia convencionou a introdução da propriedade privada. Logo depois, cria-se o farol que iluminaria toda a edificação burguesa, o capitalismo. No século XVII um alemão de Leipzig inventa a contabilidade. De certa forma a evolução e o progresso econômico naquele século perpetra uma das maiores perversões da historia, o dinheiro. Usado com meio de favorecer o *escambo*, passou a ser o fim dele mesmo, ou seja, o dinheiro pelo dinheiro.

De sobremaneira que em decorrência disto, o dinheiro passou a ser usado como ferramenta principal para alicerçar de forma sólida a autonomia do homem burguês.

Apesar de ser trabalhador a burguesia tinha uma forma torpe e equivocada de conduzir a sua relação como feudo pelo trabalho, para aqueles padrões da época que já eram muito difíceis. Ainda hoje o Estado declina para o modelo capitalista Burguês e alija seu povo de ter acesso as políticas básicas de existência.

Crianças e Adolescentes em pleno século XXI sofrem deste mal por estarem localizados numa faixa da população socialmente vulnerável, cujos pais não possuem as vias de como acessar os serviços de saúde. Observa-se que a falta de políticas públicas por parte do Estado, gera um entrave para não execução e atendimento de crianças e adolescentes em hospitais, postos de saúde e policlínicas (ÉTICA, 1992).

O problema não é localizado, isolado. Aparece como caos social sem o menor cuidado, para aqueles que já são determinados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como prioridade absoluta. As intransponíveis barreiras da burocracia são desafios constantes na vida desta faixa etária da população que não raro, precisa de tratamento de saúde, tendo em vista uma condição de vida humana precária. Não é difícil encontrar inúmeros casos práticos da sonegação destes serviços, que devido a sua complexidade existem, estão disponíveis, mas não são ofertados a todos.

O Estado e seus componentes deixam transparecer acintosamente a sua personalização. Alguns serviços demandados são caros e o Estado pressupõe que não é para qualquer um. O Estado paulatinamente se recria como um algoz daquelas crianças e adolescentes que são a base dessa sociedade que o compõe e onde os recursos financeiros aplicados são parcos ou não existem.

Segundo Stella R. Taquette (2005) em seu artigo “Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes” os princípios éticos no atendimento de adolescentes nos serviços de saúde referem-se especialmente a privacidade, a confidencialidade, ao sigilo e a autonomia. Por outro lado o campo da bioética, ética aplicada que descreve e compreende os fatos morais, cria e prescreve normas, constitui-se instrumento útil para resolvê-los, como aponta Hottois (2001), “a bioética é prática discursiva e discurso prático”.

Aqueles que conhecem o Estado e detêm as informações o conquistam. Os que não, são todos os dias mastigados da forma mais cruel e brutal pelo giro desta engrenagem de operacionalização deste Estado, que por muitas vezes resulta em ações antiéticas dos seus representantes, órfãos da moral.

O problema agrava-se com a concepção do modelo neoliberal, que retirava do Estado sua responsabilidade no atendimento das políticas, dirigindo o foco para o chamado 3º. Setor, que segundo as experiências vividas, ao que parece não atende a demanda e também não deveria substituir o Estado em seu papel de executar e promover as políticas sociais básicas para infância e juventude. Analisemos o contexto de algumas ONG's cujos programas de atendimento são inócuos frente ao tamanho do problema.

Os casos de crianças e adolescentes sem a devida atenção do Estado na esfera da saúde multiplicam-se. Exames difíceis, profissionais no campo da medicina escassos, especialidades que não existem. Eis o “porque” de um Estado negligente. Apresenta-se como peça fundamental, aumentando o nível de acidez no trato com crianças e adolescentes no eixo da saúde, quando não potencializa essas políticas à esta camada da população.

Crianças e Adolescentes em sua grande maioria constituem parte do proletariado urbano pobre deste país, onde o Estado não está presente teimando em não enxergar e atender. Questiona-se de que forma o Estado entende as questões éticas? De que modo ele enxerga o material, o espiritual e as boas práticas humanas e suas necessidades?

A resposta pode estar em nossas próprias ações e atitudes. No modo como vemos o outro, quando conseguimos desenvolver um processo de empatia. Se visto por este prisma o Estado e seus integrantes precisam exercitar essa prática. Em um dado momento os homens do Estado nos veem como meio de manter uma desculpa de uma causa para um projeto capital.

O Estado é laico, e não pode ligar-se aos temas dogmáticos da religião, mas deve preservar o cidadão na sua proteção e cuidados essenciais garantindo e conhecendo suas necessidades. Para tal o Estado deve cada vez mais aplicar recursos financeiros, de forma organizada e objetiva, na tentativa de solucionar os problemas de atendimento e serviços de saúde aqui apontados, sobretudo para os adolescentes.

CAPÍTULO 3. Análise e Discussão dos Resultados

Este capítulo irá dialogar com as falas dos/as entrevistados/as visando responder aos objetivos propostos nesta pesquisa. Sendo assim, iniciamos nossa análise ressaltando algumas contradições nos depoimentos de gestores/as e a realidade observada em campo, durante as visitas *in loco*. Foi possível entender nas falas dos/as gestores/as que existem diversos problemas, quais sejam a dificuldade de implementação da política do SUS e de um modelo de assistência à saúde voltada para os adolescentes, como podemos ver no depoimento a seguir:

Os profissionais das unidades de saúde, sobretudo os gestores não conseguem fazer valer a integralidade dos serviços do SUS em razão dos poucos recursos. Uma grande questão e maior problema é uma autonomia política administrativa que a gente não tem. Acho que isso é uma grande dificuldade, a gente vê as necessidades locais, prioriza e não é atendido por causa da centralização (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI – RPA 6, 2013).

Para os/as gestores/as entrevistados/as a identificação, por parte dos profissionais de saúde, em relação ao problema do usuário adolescente seria um dos grandes entraves. Ou seja, nem todo/a profissional de saúde dentro das unidades de saúde, tem perfil ou empatia para cuidar ou acessar os adolescentes, ressaltando essa lacuna nos serviços de saúde como algo cultural.

Outra situação clara é a dificuldade de encontrar profissionais de saúde com perfil em lidar com os adolescentes. Um deles é muito do perfil dos profissionais das unidades, porque infelizmente ou tristemente a gente tem uma coisa ruim, uma cultura intrínseca no serviço público, não só no serviço público não, acho que em todo canto, na saúde, em qualquer canto. Quando se fala em adolescente a gente já pensa em *aborrecente*, é ou não é? Tanto que surgiu esse nome (DEPOIMENTO DA COORDENADORA POLITICAS SAÚDE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DISTRITO VI – RPA 6, 2013).

Isso pode implicar na prática em ausência ou deficiência de políticas ou serviços de saúde para os adolescentes, como podemos ver no depoimento abaixo, tendo em vista, não ter sido tema de uma agenda política por um longo período, repercutindo no trato direito com esse segmento.

Não existia na realidade a adolescência. E naquela época (1800), as políticas já não falava para eles. Já eram considerados adultos. Quando se foi

estudando e se vendo a particularidade desta fase, aí vamos começar a fazer políticas para o adolescente. Agora existe um entrave. Saúde pública é uma coisa difícil de se fazer, no sentido de que apesar de ser o carro chefe dos políticos, dizer que vai cuidar da saúde tudinho, a parte da saúde pública ela é (...) apesar de se falar muito, a intenção dos políticos independente quem seja, não dão a devida valorização. Tem que ter ação, tem que ter recurso (DEPOIMENTO DA COORDENADORA POLÍTICAS SAÚDE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DISTRITO VI – RPA 6, 2013).

A queixa dos/as gestores/as é de que é difícil fazer e gerenciar a saúde pública, mesmo sendo um tema de extrema relevância no campo da política, muitas vezes não se torna prioridade. Não existe a valorização devida ao setor da saúde e seus profissionais. Esse depoimento evidenciou a desarticulação entre a política, gestores, profissionais e adolescentes.

Em algumas unidades tem grupos de adolescentes, só que a dificuldade é de manter esses grupos. Porque os adolescentes vão no início, em alguns dias eles vão, depois deixam de ir, entendeu, porque eles acham que não tem uma coisa *específica* para eles. Eles vão de acordo com o que a unidade está oferecendo para eles. Eles não gostam de palestras, de orientação, eles acham que isto é fala-fala, é quadrado, é conselho, não querem conselho, querem ação (DEPOIMENTO DA GESTORA HOSPITALAR E SAÚDE COLETIVA DISTRITO VI – RPA 6, 2013).

Analisando a fala da gestora acima, podemos perceber que mesmo com os programas de participação criados para os adolescentes as dificuldades de aceitação e execução são grandes obstáculos a continuidade dessas formações. Embora exista uma Política Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Adolescentes, a maioria das ações acabam sendo realizadas de forma voluntária pelos profissionais de saúde de algumas Unidades de Saúde.

Hoje o SUS não cobre a demanda. Tem cobertura em torno de 60%. Veja a abordagem dos adolescentes é uma coisa muito difícil, até porque eles acham que tem o conhecimento, e que aquele conhecimento é imutável, não é? A gente precisa refazer esse processo de acolhimento para o adolescente, ter uma visão diferenciada. Outras vezes, o próprio ACS que tenta fazer isso, mas a gente não tem dotação orçamentária para programas com os adolescentes (DEPOIMENTO DA DIREITORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI -RPA 6, 2013).

Mesmo existindo o Programa do Ministério da Saúde para a inclusão dos adolescentes como participantes do processo de conhecimento da política de saúde e possíveis multiplicadores dessas informações, na prática isso não é implementado de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. Conta-se mais com a boa vontade daqueles profissionais que

contemplados a realização das Políticas Públicas necessárias a coletividade integrantes do Município, Estado e da Nação.

O tempo de aceitação ou compromisso com essa forma de “melhorar a qualidade de vida do cidadão” por parte do Estado, faz-nos entender que o tal compromisso estabelecido através do processo democrático através do voto precisa atender e englobar Políticas Públicas que funcionem como base de sustentação de uma sociedade, a saber: Educação, Saúde e Segurança. Observe-se em cada uma no seu âmbito, não deixa de ter relação interdependente. Quando uma não funcionar, a outra fatalmente será sobrecarregada ou simplesmente não irá funcionar dentro da expectativa da sociedade. As sobrecargas advêm de uma falha que emana da falta ou clareza de alguns gestores em produzir resultados positivos para a demanda que se oferece.

Em relação aos inúmeros conceitos e ou definições do que são as Políticas Públicas, não se poderia ter um ponto de vista comum ao tema. Na versão ampliada dos artigos, Souza (2003 e 2006) afirma que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública”. Mead (1995) define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.

A definição mais clássica é atribuída a Lowi (1972) *apud* Rezende (2004, p. 13), onde política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas”.

Não se admite a exceção do Estado no criar e implementar política pública para o seu povo, sobretudo em áreas mais periféricas dos municípios espalhados em todo o País. O Estado não deve e não pode, a priori, ser um mero repassador dos recursos do seu tesouro. Deve em todo momento, respeitar o seu cidadão-membro. Resistindo as afirmações de uma visão Marxista em que o Estado de posse do capital, use esses recursos para aumentar ainda mais o fosso entre os cidadãos menos favorecidos e as políticas públicas necessárias. O capital do Estado na sua forma de recursos financeiros, deve prioritariamente servir como instrumento para a efetivação dessas Políticas.

De acordo com Meksenas (2002), existe um forte aspecto contraditório nas relações políticas do Estado, que implica obviamente, na exclusão das classes trabalhadoras na instancias, decisões e gerenciamento das políticas públicas, concomitante no apelar pra incorporação das demandas dessas classes sociais em extensão dos direitos sociais gerados pelas políticas públicas. Por outro lado, fica clara a intervenção do Estado por meio das

MIRANDA, Humberto (Org). **Crianças e adolescentes**: do tempo da assistência a era dos direitos. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MIRANDA, Humberto (Org). **Dossiê Direitos da Criança e do Adolescente**. Recife: Editora CCS, 2010.

ONU (Organização das Nações Unidas) UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância), 1990. Plano de Ação para Implementação da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência: A Proteção e o Desenvolvimento da Criança nos anos 90. Genebra: UNICEF.

RAWLS, John. A theory of justice. Cambridge. Harvard University Press, 1971.

RITA DE CASSIA LUIZ DA ROCHA –UNICENTRO- GUARAPUAVA – PARANÁ – p.51-63–Jul/Dez, 2002.

SACRAMENTO, Ivonete. **Pedagoga, Psicopedagoga, Especialista em EJA**.

SILVA, Daniel Cavalcante. Contextualização: políticas públicas no Brasil. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2880, 21 maio 2011 disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/19158>>. Acesso em 10 mar. 2013.

SOUZA, Celina. **“Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa”**. Caderno CRH 39: 11-24. 2003.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. In: **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, no. 16, Jul/Dez 2006, p. 20-45.

SPOSITO, M.P.; CARVALHO E SILVA, H.H.; SOUZA, N.A. Juventude e poder local: um balanço de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. Ver. bras. Educ., v. 11, n. 32, p. 238-257, ago, 2006.

SPOSITO, M.P.;CARRANO, P.C. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: **Revista brasileira de educação**, São Paulo, v. 24,da p.16-39, 2003.

THERBORN, G., 1993. The rights of children since the constitution of modern childhood. A comparative study of Western Nations. In: **Social Exchange and Welfare Development** (L. Moreno, ed.), pp. 67-121, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

THOMPSON, A. Andrés (Org). **Associando-se a juventude para construir o futuro**. São Paulo: Ed. Petrópolis, 2005.

UNICEF. **De olho no Orçamento Criança**. Atuando para priorizar a criança e o adolescente no orçamento público. Ed. Margraf. São Paulo: 2005.

VIANNA, Cláudia e UNBENHAUM, Sandra (Pesquisadoras). **O Gênero das Políticas Públicas de Educação no Brasil**. USP/FCC 1988/2002.

querem fazer, do que necessariamente aplicar o que está no texto de lei, no sentido de preparar a todos/as para atender e saber receber no setor saúde os adolescentes. O/a profissional de saúde que tem maior afinidade com o público adolescente acaba absorvendo essa responsabilidade, muitas vezes a revelia do pensamento e julgamento de outros colegas. O fato é que nem todos tem a facilidade de trabalhar com adolescentes, e por outro lado não querem mesmo.

Os adolescentes têm suas especificidades, e com isso a necessidade de estancar a deficiência existente em recursos humanos e financeiros. Tudo para acontecer na saúde precisa de uma burocracia enorme, e já para os adolescentes a dificuldade aumenta. Detectamos vários problemas de operacionalização em virtude de pouca quantidade de profissionais para dar conta das demandas.

Precisa de um planejamento em conjunto. Quando a gente planejar conjuntamente com a comunidade, isso vai ser solucionado. Dificuldades têm por conta da integralidade e intersetorialidade que a gente não tem isso sistematizado (DEPOIMENTO DA DIREITORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI - RPA 6, 2013).

A autonomia administrativa é outro grande entrave e a centralização política acaba engessando a implementação das ações. Os/as gestores/as distritais não têm condições de resolver os problemas na sua complexidade, tendo que se reportar aos seus superiores, mesmo os problemas sendo localizados e de fácil solução para quem está na ponta vivenciando o dia-a-dia dos usuários. Podemos ver isso melhor no depoimento da Diretora do Distrito Sanitário VI, a seguir:

Um grande e maior problema é uma autonomia política administrativa que a gente não tem. O distrito sanitário hoje se ele tiver uma falta de alguma coisa eu tenho uma dependência, a política é muita centralizada ainda, não tenho autonomia de tentar resolver, só coisas muito emergenciais. A gente não tem nenhum aporte financeiro para isso, e a gente não delega. Então o meu querer, ou o querer da comunidade da gestão local é muito difícil de isso acontecer, se não é uma grande pactuação dentro de um planejamento. Então eu acho que o grande problema é a autonomia político-administrativa que a gente não tem dentro do distrito (DEPOIMENTO DA DIREITORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI -RPA 6, 2013).

O aporte financeiro para solucionar problemas maiores relativos a saúde dos adolescentes ainda é insuficiente. A lista de prioridades apontada pelos gestores não é levada em consideração pela parte superior da secretaria de saúde, por simplesmente não conhecerem

a realidade local e os problemas que afetam a comunidade.

É uma divisão político administrativa, mas não funciona como tal. Acho que isso é uma grande dificuldade, que a gente tem hoje, porque a gente vê as necessidades locais, prioriza, faz uma lista de prioridade e muitas vezes essas prioridades não é seguida pelo não entendimento da centralização do poder do conhecimento (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI - RPA 6, 2013).

O planejamento é feito anualmente a cada final de ano e é complicado porque a gente tenta suprir as necessidades que vem do território, mesmo assim, a necessidade é maior do que vem, do que a oferta dos recursos (DEPOIMENTO DO GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCEIRO DO DISTRITO SANITÁRIO VI - RPA 6, 2013).

Mesmo o SUS sendo uma Política nacional e a saúde ser um direito social e dever do Estado existem ainda pouco entendimento por parte de alguns gestores da sua importância. O Sistema como lei é importante, mas muitos distorcem o Sistema.

Com certeza, a lei é importante por canto das situações de irregularidades que existe, mas não pode chegar a imobilizar a secretaria de saúde. Como acontece muitas vezes não é? Então assim, eu acho que esse é um grande problema, o outro grande problema é o próprio entendimento do SUS que muita gente não tem o conhecimento do que é o Sistema Único de Saúde. Então distorce o sistema, e muitas vezes lidar com a equidade. Para implementar o SUS precisa de financiamento. Nada se faz sem dinheiro na saúde. A saúde é uma coisa cara. E assim, a gente precisa além do financiamento, precisa de mais pessoas interessadas pelo SUS. Brigar pelo SUS fazer como carreira pública o SUS, não é? (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI - RPA 6, 2013).

Eu sou suspeito para falar porque eu acredito muito no SUS e sempre me dediquei muito na minha formação ao serviço público. Tanto é que nem consultório eu faço, sempre investi minha carreira no serviço público. Então eu acredito no serviço publico, eu acredito no serviço público de qualidade, até porque os melhores profissionais estão no serviço público, porque são concursados (DEPOIMENTO DO DIRETOR DA POLICLÍNICA E MATERNIDADE DO IBURA - 2013).

Os adolescentes na RPA 6.3 entrevistados nesta pesquisa do grupo AESA - Adolescentes Educadores em Saúde - relataram que não procuram o sistema de saúde, entretanto, o sistema por sua vez não está preparado para recebê-los. As meninas tem vergonha de procurar o posto de saúde para se cuidar, embora estejam cada vez mais precocemente praticando relações sexuais.

Eu acho que a gente tem uma coisa que a gente chama de Tabu. Os adolescentes infelizmente eles e elas não procuram o sistema, e o sistema não está tão preparado para eles. Por exemplo, prevenção em adolescentes que o sexo começa tão cedo, mas elas tem vergonha, não vão ao posto de saúde, isso é um exemplo básico, porque acha que se for ao posto ela vai ficar falada. Então aí a gente não consegue dar o que elas precisam da assistência à saúde, e que a gente vai conseguir isso (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI – RPA 6, 2013).

Em uma “roda de conversa” com os/as adolescentes frequentadores/as do grupo AESA foi possível entender um pouco da realidade destes adolescentes em relação às questões da saúde. A maioria das adolescentes declarou temer procurar os postos da saúde da família com receio de “ficarem faladas” na comunidade. Isso é um indicador de que os/as adolescentes não são entendidos/as em suas necessidades e por isso não é possível garantir um bom tratamento e orientações com foco na prevenção.

O problema é o tabu com a família. O grande problema é a gravidez precoce. É uma situação que tem que ser de qualquer maneira abordada, nas escolas junto com a educação saúde. Porque vai ser a única maneira que vai evitar. Porque a gravidez só trás coisa que não (...) interrompe o ciclo natural do adolescente, o crescimento o seu desenvolvimento. Então uma gravidez para ela, normalmente não é uma coisa boa (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI – RPA 6, 2013).

Outro fator determinante, diz respeito às questões culturais presentes nos relatos, como podemos ver no depoimento anterior. As adolescentes não costumam conversar com suas mães ou responsáveis sobre temas tão íntimos por vergonha, medo ou desconhecimento. Nota-se que a não participação da família também é um fator que eleva muito a desinformação dos e para os adolescentes. Há que se ter um programa de acolhimento na rede onde se trabalhe a família com relacionadas às peculiaridades do adolescente. Essas questões implicam em cada vez menos acesso ao serviço de saúde por esse grupo. Um dos maiores tabus contra os adolescentes ainda está na família, implicando em um grande número de adolescentes vivenciando a gravidez precoce.

Para que se inicie a introdução dos/as adolescentes no serviço de saúde, precisaria refazer todo o caminho para o acolhimento desses/as adolescentes. É necessário ter uma visão diferenciada sobre os/as adolescentes e suas peculiaridades. Essa questão nos remete a pensar sobre a forma que o/a profissional de saúde enxerga o/a adolescente. “O profissional tem que ter muita sensibilidade para tratar com essa demanda. É importante tratar bem o adolescente e o profissional tem que ter essa percepção, tem que ter realmente o *dom* para poder conquistar

a confiança para poder seguir em frente. Eles só se abrem com o grupo deles, eu sou mãe de adolescente e não é fácil” (DEPOIMENTO DA GESTORA HOSPITALAR E SAÚDE COLETIVA DA RPA 6 – 2013).

Embora nos depoimentos anteriores tenha ficado evidente o despreparo e desinteresse no atendimento aos adolescentes, e a não procura destes pelo serviço de saúde, o depoimento da Diretora do Distrito Sanitário VI nos traz outros elementos para pensar essas questões. Para ela a atenção básica é o eixo orientador do SUS, tendo na ponta os ACS e os ACE e que estes têm que ter formação para lidar inclusive com os adolescentes e que aos ACS vem trabalhando com os adolescentes por meio do AESA. “Por isso que a gente deu o curso de formação de ACS, porque eles têm que saber o seu papel vital, o eixo orientador da saúde” (DEPOIMENTO DA DIRETORA DO DISTRITO SANITÁRIO VI - 2013).

Mas aí, na RPA 6.3 tem grupos de adolescentes AESA, desculpe não é grupo de adolescentes é grupo de educação popular, aqui na 6 é muito ativa. E os grupos de adolescentes os AESA faz um trabalho com os adolescentes muito bom (DEPOIMENTO DA COORDENADORA SAÚDE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DISTRITO VI - 2013).

Esses grupos compostos por adolescentes deveriam fomentar as políticas de saúde para eles próprios e desta forma trazerem outros para o grupo. Contudo, isso não acontece porque a maioria dos/as profissionais nas unidades de saúde, não estão preparados/as para lidar e receber os/as adolescentes. Desde o porteiro, enfermeira, atendente e médicos faltam capacitações. Os grupos são fomentados e custeados pelos próprios ACS e não tem gerenciamento ou apoio do Distrito e conseqüentemente da gestão superior, o que nos leva pensar na falta de planejamento e interesse em investir em ações direcionadas a saúde dos/as adolescentes. “É o que a gente vê, tem profissional que abarcam. Mas, tem outros profissionais que não tem o *feeling*, essa empatia de entender, de perceber, de escutar, de saber. Porque por trás dali tem todo um problema (DEPOIMENTO DA COORDENADORA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DISTRITO VI - 2013).

O adolescente passa a ser discriminado nas unidades de saúde e isso infringe direitos humanos fundamentais para os adolescentes, como o direito a saúde. Alguns relatos podem ser destacados: “quando chega um adolescente com uma tatuagem, um brinco ou uma adolescente grávida tem que ser bem tratado, como ser humano e usuário de um sistema a qual ele tem direito e é protegido por lei, mas não é isso que acontece”, ressalta a Coordenadora Saúde Crianças Adolescentes do Distrito VI. E ainda destaca que

O adolescente é discriminado em todas as unidades, não é porque o adolescente chegou com uma tatuagem, um brinquinho, é um ser humano que chegou ali. Vamos escutar tem que trabalhar isso e depois tem que trabalhar nas escolas a ida deles ao serviço médico, apesar eu acho que isso é paralelo quando ele chegar na unidade e for bem acolhido, aquilo ele vai dizer ao amigo, talvez não precise no futuro ir às escolas fazer esse trabalho”(DEPOIMENTO DA COORDENADORA SAÚDE CRIANÇAS ADOLESCENTES DISTRITO VI – RPA 6 - 2013).

Mas todos são firmes em afirmar que existe uma forma de abordagem para o adolescente, e que se resumem nas ações destes grupos e que os mesmos funcionam muito parcamente e não abrange a quantidade de adolescentes que moram na região e muito menos da forma como é trabalhada. Uma alternativa seria aumentar esses grupos, mas para isso é necessário aumentar o investimento, e isso é um dos grandes problemas observados nesta pesquisa. As ações são muito pontuais e pouco eficazes, levando assim a não garantia do direito a saúde de forma universal, igualitária e integral para os adolescentes.

Não existe uma dotação orçamentária específica para o trabalho com o adolescente, da mesma maneira que não se tem especialidades médicas para o tipo esse tipo de segmento. É necessário destacar a necessidade da interação entre as políticas que favorecessem o planejamento para acessar melhor os adolescentes. Só os grupos de conversas não adiantam e precisaria de uma sistemática, uma metodologia aplicada para conquistar e trazê-los/as para construir coletivamente as políticas de saúde dentro do sistema.

Nota-se uma dificuldade e necessidade de se identificar as causas que levam os adolescentes a não procurarem os serviços de saúde. Fica claro que não existem profissionais e rotinas específicas para os adolescentes. Ou eles são tratados pelos pediatras ou pelo clínico geral. “Para você lidar com adolescente não é para todo mundo. É uma coisa muito específica. Eu confesso que não teria condições de lidar com adolescente sem fazer ambulatório de *Hebiatria*. Não teria” (DEPOIMENTO DO DIRETOR DA MATERNIDADE E POLICLÍNICA DO IBURA – 2013).

O médico Hebiatra é o profissional especialista para tratar dos adolescentes, entretanto, é muito difícil encontrar este profissional nas unidades de saúde. Existe apenas um hebiatra na RPA 6. Visto nesta perspectiva, o problema evidencia a falta de especialistas que tratem os adolescentes. “O serviço em si também não atrai. A gente só tem um Hebiatra, que é um especialista em adolescente, medicina para os adolescentes. Só tem um aqui na região 6.1. Então não tem esse serviço na rede” (DEPOIMENTO DA GESTORA HOSPITALAR E SAÚDE COLETIVA DISTRITO VI - 2013).

Os próprios profissionais médicos não querem fazer especialização em Hebiatria, por não quererem lidar com os “aborrecentes”. Este fato é corroborado com outros profissionais da área de saúde.

A política tem que ter primeiro o especialista em *Hebiatria*, ter a formação. Eu não sei dentro como está nas faculdades isso. Eu sei que tem dentro da residência médica de pediatria, uma subespecialidade em neonatologia e *Hebiatria*. Então eu acho que falta interesse da classe médica mesmo, ter esse profissional. A parte de enfermagem tem que ser mais especializada de como lidar com as adolescentes. A gente sabe que tem gente que solta gracinha, quando vê uma menina adolescente grávida (DEPOIMENTO DO DIRETOR DA POLICLÍNICA E MATERNIDADE DO IBURA - 2013).

O programa de saúde da família (PSF) não tem na sua essência a formação dos grupos de adolescentes para promover essa integração deles com a saúde. Não existem em sua totalidade todas as políticas de saúde implícitas no SUS para a RPA 6.3. E não é só uma exclusividade da regional, acontece em todo o Recife. Faltam especialistas, pessoal operacional e visão técnica administrativa por parte dos gestores. O neuropediatra, por exemplo, não existe. Se houver necessidade desse profissional as pessoas irão esperar muito ou recorrer a clínicas particulares.

A política de saúde para a RPA 6.3, sempre falta né. O que falta não é só para 6.3, mas para todo o Recife, é realmente especialista. São profissionais capacitados para dar suporte ao programa de saúde da família. Porque o médico do programa de saúde da família, ele é *generalista*. Ele está encarregado de ver a família como um todo, mas quando ele precisa de um suporte de um especialista, a gente tem dificuldade. Um neurologista para pediatra, a gente não tem na rede. O neuropediatra é uma “mosca branca”, é uma lenda (DEPOIMENTO DA GESTORA HOSPITALAR E SAÚDE COLETIVA DO DISTRITO VI - 2013).

Os resultados negativos estão sendo em alguns momentos, creditados a pouca visão técnica que os gestores possuem do tema. A visão política distorce da visão técnica, cujos elementos são imprescindíveis para o melhor funcionamento da saúde. Foi colocado que os encaminhamentos políticos não favorecem aos usuários do sistema de saúde, e não favorecem ao adolescente. A mudança de governos/gestão pública contribui para a descontinuidade de ações e fortalecimento de demandas e mudanças, como podemos ver no depoimento a seguir:

Uma das coisas que desanima é que a parte técnica não devia mudar porque as coisas mudam porque mudou a política, o partido ou mudou a coligação. Isso me revolta em saúde pública. Você vai ser um gestor chega num local, tem que ver o que está funcionando. Então tem que manter, não importa quem tenha colocado. Mas pára uma coisa pela metade. Querem trazer as

novidades, sem nem ter resolvido aquilo que poderia ter mais resultado. Essa coisa desta influência política nas políticas de saúde, isso realmente desestimula muito a gente que é técnico que acredita na parte que está vendo. Desestimula muito (DEPOIMENTO DA COORDENADORA POLÍTICAS DE SAÚDE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO DISTRITO VI - 2013).

Também não existem programas de acolhimento específicos para adolescentes grávidas ou mães precoces. Mesmo na maternidade não existe. A menos que a adolescente tenha uma situação de risco, ela vai ser tratada com as outras grávidas.

Um elemento importante diz respeito ao entendimento dos profissionais de saúde e da comunidade sobre o ECA. Percebe-se que ainda existe pouca clareza do que preconiza o ECA e sua interface com o SUS. Muitos ainda acham o Estatuto da Criança e do Adolescente um instrumento que promove e “acoberta” a falta de limites e educação dos adolescentes. Neste sentido vemos que precisamos urgentemente de ações de informação continuada para os profissionais das unidades de saúde em todo Recife e talvez no Estado de Pernambuco.

Na realidade eu acho que a população e a maioria dos profissionais de saúde não tem o conhecimento do SUS. O povo que trabalha nos PSF's entendem um pouco. A população de um modo geral não entende ainda bem o SUS. A população ainda não entende direito o mecanismo do SUS (DEPOIMENTO DA COORDENADORA DE SAÚDE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES DISTRITO VI - 2013)

Tá caminhando para se entenderem, aos poucos está se encaminhando, tem o fato que a população está ficando mais consciente e aí eu faço uma ressalva, dentro da minha formação que eu tive as pessoas tão muito conscientes dos seus direitos, mas estão relegando seus deveres de cidadão. Então assim é direito demais, no entendimento, mas também não acham o direito de invadir o direito do próximo, e de desacatar as autoridades competentes do País (DEPOIMENTO DO DIRETOR POLICLÍNICA E MATERNIDADE DO IBURA - 2013).

Foi apontado por um gestor que a sociedade não está preparada para lidar com os adolescentes. A sociedade não gosta de adolescentes. Não existe uma solução pronta. Tem que se partir para a informação em todos os níveis. O adolescente é um ser em desenvolvimento e mesmo com todas as predisposições legais, não é tratado como tal.

Os adolescentes por ser um público diferenciado estão invisíveis para a saúde pública. Esse ser em transformação, de suas inseguranças, ele não sabe nem o que ele é. O menino, ele para certas coisas admite ele agir como criança. Mas para outras, *tu já é um homem cara, para de tá fazendo besteira, acorda*. Então o cara fica assim, a voz fala grosso, fala fino, o

corpo tá mudando, os pelos aparecendo, ele perde a noção do próprio corpo, por isso ele bate tanto nas coisas, porque ele está crescendo rápido demais, o cérebro não tem a ideia do tamanho do corpo. O adolescente é visto como um “ET” (extraterrestre) pela sociedade. A sociedade não gosta de adolescentes (DEPOIMENTO DO DIRETOR DA POLICLÍNICA E MATERNIDADE DO IBURA - 2013).

Do ponto de vista do que foi dito e também pesquisado, os adolescentes não estão bem. A estrutura é comprometida quando se trata deles. Mas o querer é político, se houver prioridade como preconiza o ECA e vontade política, as coisas tenderiam a acontecer. O direito à saúde para os adolescentes devem ser garantidos e para que isso seja efetivado o mesmo deve ser respeitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo de pesquisa algumas questões foram surgindo dentro da complexidade do tema saúde para os adolescentes: Como estão sendo ofertados esses serviços? Onde estão localizados? Quais os maiores entraves? Qual a participação dos adolescentes nas políticas de saúde direcionadas a eles? Como os profissionais de saúde atuam com os adolescentes? As respostas foram aparecendo com o aprofundamento na pesquisa.

O estudo detalhado apoiado através do referencial teórico, a observação, as escutas e entrevistas em campo, foram fundamentalmente as molas propulsoras para o entender da política de atendimento aos adolescentes através do Sistema Único de Saúde na região da RPA 6.3 na cidade do Recife. A análise feita a partir dos documentos disponibilizados pelo Distrito Sanitário VI, proporcionaram a aplicação e compreensão dos números.

Durante a pesquisa várias dificuldades foram encontradas no acolhimento de meninas e meninos pela saúde. No tocante ao serviço ofertado aos adolescentes, descobriu-se não haver sistema para introduzi-los na saúde de forma natural, tranquila e condizente com a realidade.

Dentro do contexto analítico, ficou evidente que os adolescentes na política de atenção integral a saúde, estão numa zona de *ermamento*. São considerados como uma zona inóspita, desértica e sendo assim as políticas de atenção à saúde para eles não chegam. Não são atendidos ou inseridos de acordo com suas necessidades, tensões, dúvidas e ausência de felicidade peculiar nesta fase do desenvolvimento humano.

Os adolescentes não se sentem parte integrante e integrada às políticas de saúde direcionadas a eles. Não se sentem acolhidos e confortáveis para procurar os serviços que lhes são oferecidos. Não existe a empatia dos profissionais com este segmento. Os adolescentes tem dificuldades em ser entendidos, decorrência de sua constituição biomédica e fase de ebulição hormonal que o transforma num ser estranho e pouco tolerável para alguns.

Detectou-se em campo que muitos não conseguem acessar o serviço de saúde por não serem bem atendidos. Uma fala recorrente era a demora no atendimento e espera pelos exames. Não existem profissionais com formação em *hebiatria* para atender a todos.

Por outro lado os profissionais apontaram inúmeros problemas desde o entendimento do SUS por parte dos gestores e sociedade, até as necessidades que não são entendidas por estes mesmos gestores. Na voz deles a política partidária influencia de forma negativa no desempenho técnico e profissional da saúde. Os investimentos para alavancar os serviços de saúde à população e mais especialmente para os adolescentes, não são aplicados em sua totalidade e objetividade, em razão disso não cobrem a demanda.

Por fim aparece um ponto concludente a ser considerado. Apesar do SUS ter uma ampla política de atendimento a saúde dos adolescentes descritos na lei com programas, cartilhas e informativos mesmo assim tudo isso não basta se não houver investimento, treinamento e o sentimento de empatia com esse público que apesar de estar em franco desenvolvimento é extremamente incompreendido e negligenciado pela sociedade no Brasil.

Com um pouco mais de tempo poderia ter sido um trabalho mais completo, haja vista que na fase de conclusão da pesquisa, muitos outros autores, compêndios e estudiosos foram aparecendo e teriam mais contribuições a serem inseridas.

Portanto seria de bom alvitre para a obtenção de melhores resultados, um aprofundamento ainda maior no tema, com mais tempo e ampliando o campo de pesquisa, incluindo-se outras abordagens aos profissionais, gestores de saúde e sociedade.

Sugiro que outros pesquisadores e estudiosos no assunto com a contribuição deste trabalho possam continuar a explorando esta linha de atenção aos direitos dos adolescentes através das políticas de saúde existentes no país.

Referências

ARIÈS, P, **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**/Ministério da Educação/Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Ed. Brasília: MEC, SEDH, 2010.

BRASIL. Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde/Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. SUS - **Sistema Único de Saúde**. Lei No. 8080 de 19/09/1990.

BRAVO, Maria Inês de Souza. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/CFESS, 2000.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. “John Rawls e teoria da justiça como equanimidade revisitada: a reformulação do primeiro princípio de justiça e a prioridade das liberdades fundamentais no marco do Liberalismo Político”. In: _____. **Direito, política e filosofia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. P.79-95.

DENZIN, N. K e LINCOLN, Y. S. (Orgs.) **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**. 2ª. ed. Porto Alegre, Artmed Bookman, 2006.

FONSECA, Claudia e SCHUCH, Patrice (Orgs). **Políticas de proteção à infância: um olhar antropológico**. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2009.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. In **Cadernos Cedes**, ano XXI, no. 55, novembro/2001.

LDB - **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei No. 9394 de 20/12/1996.

LOWI, Teodor – **Four Systems of Policy and Choise**: 298-310, 1972.

MENDONÇA, M.H.M. **O Desafio da Política do Atendimento à Infância e à Adolescência na Construção de Políticas Públicas Equitativas**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 113-120, 2002.

MENDONÇA, M.H.M., **Crianças e Adolescentes Pobres de Direitos**. A Trajetória da Política Social dirigida à Infância e Adolescência no Brasil Republicano. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANEXOS

ANEXO 1 - Proposta inicial de roteiro de entrevista

1. Quais políticas, programas e/ou serviços de saúde para adolescentes vêm sendo implementadas/ofertadas na RPA 6?
2. Quais as principais dificuldades encontradas na implementação dessas políticas, programas e/ou e serviços?
3. Quais os principais problemas do setor saúde? Quais as principais doenças que acometem os/as adolescentes da RPA 6? O Sistema Único de Saúde (SUS) garante a cobertura adequada para a demanda da população de adolescentes com esses problemas? Como?
4. Quais são as ações voltadas para a garantia do direito à saúde para adolescentes com foco na proteção, promoção e recuperação da saúde?
5. Você conhece as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de adolescentes e jovens? Como elas vêm sendo garantidas? A partir de quais ações? Como vem sendo garantida a atenção integral à saúde de adolescentes? Como vem sendo garantido os princípios de igualdade, integralidade e universalidade do SUS na saúde dos adolescentes?
6. Qual a importância destas políticas, programas e/ou serviços para a garantia do direito à saúde para adolescentes da RPA 6, segundo os pressupostos legais do ECA? 7. Como vem sendo garantido os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes (gravidez na adolescência, o acesso às informações, métodos contraceptivos)?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais e adolescentes)



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG _____, estou ciente da participação na pesquisa intitulada (título provisório) **“Políticas públicas de saúde para crianças e adolescentes – Recife”** que tem como objetivo geral analisar a implementação das políticas de saúde para adolescentes e sua importância na garantia do direito à saúde estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente na RPA 6 – Recife/PE. Esta pesquisa faz parte do trabalho monográfico do pesquisador Iran Vicente dos Santos, do curso de Especialização em Direitos da Criança e do Adolescente, do Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, sob orientação da Profa. Fabiane Alves Regino, desta mesma Universidade.

A participação nesta pesquisa não envolve custos, como também nenhuma compensação financeira ou de outro tipo. O único benefício com esta participação é poder contribuir com o campo da produção de conhecimento sobre o tema estudado. A pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde. Serão garantidos a confidencialidade e o anonimato do/a participante da pesquisa, tendo o direito de responder somente as perguntas que achar necessárias. Este documento será feito em duas vias, uma para o/a entrevistado/a e outra do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas, este pesquisador se colocará ao meu dispor para esclarecê-las. A qualquer momento poderei contatar o pesquisador responsável.

Assinatura do/a Entrevistada/o

Data: _____

IRAN VICENTE DOS SANTOS – idossantos@hotmail.com

Pesquisador responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Entrevistas com adolescentes)

Eu, _____,
RG _____, estou ciente e autorizo a participação de

RG _____, na pesquisa intitulada (título provisório) “**Políticas públicas de saúde para crianças e adolescentes – Recife**” que tem como objetivo geral analisar a implementação das políticas de saúde para adolescentes e sua importância na garantia do direito à saúde estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente na RPA 6 – Recife/PE. Esta pesquisa faz parte do trabalho monográfico do pesquisador Iran Vicente dos Santos, do curso de Especialização em Direitos da Criança e do Adolescente, do Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, sob orientação da Profa. Fabiane Alves Regino, desta mesma Universidade.

A participação nesta pesquisa não envolve custos, como também nenhuma compensação financeira ou de outro tipo. O único benefício com esta participação é poder contribuir com o campo da produção de conhecimento sobre o tema estudado. A pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde. Serão garantidos a confidencialidade e o anonimato do/a participante da pesquisa, tendo o direito de responder somente as perguntas que achar necessárias. Este documento será feito em duas vias, uma para o/a entrevistado/a e outra do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas, este pesquisador se colocará ao meu dispor para esclarecê-las. A qualquer momento poderei contatar o pesquisador responsável.

Assinatura do/a Entrevistada/o

Data: _____

IRAN VICENTE DOS SANTOS – idossantos@hotmail.com

Pesquisador responsável