

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE –
ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO**

FABIANE ASQUIDAMINI

**POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS:
INTERFACES COM A ATENÇÃO BÁSICA**

BRASÍLIA

2014

Fabiane Asquidamini

**POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS:
INTERFACE COM A ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação: Formação em Saúde Coletiva e Educação em Saúde – Especialização em Serviço, da Universidade Federal do Rio Grande do sul para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Dra. Jeane Félix

Brasília 2014

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos.....

... à minha família, que aceitou a minha decisão e desejo de buscar novos horizontes e ao meu sobrinho amado, que não entende por que a minha “escolinha” é tão longe.

...aos amigos e amigas de Brasília e de Goiânia que me receberam, me acolheram e tornaram a minha estada aqui mais intensa e leve.

....a 1ª. turma de especializand@s que juntos nesta caminhada, fomos nos tornando amig@s e companheir@s de horizontes em Brasília.

... à minha orientadora Profª. Drª. Jeane Félix, obrigada pela presença, pelas escutas, pela tua gentileza e doçura. Foi sem dúvida uma deliciosa surpresa na minha vida.

... a Lora, Bel, Paty, Sibeli, Carol, Ana, Marga e Roberta doces amigadas que tornaram esse tempo em Brasília de céu lindo e de colorido alegre, obrigada pela presença e partilha de vida.

... a Marcinha, Charlene e consultoras da saúde do adolescente e do jovem, obrigada pelo convite e pela confiança.

...as coordenações: CGAT, CGAN e CGGAB obrigada pelas aprendizagens, desafios e oportunidades.

.... a equipe das PICs obrigada, pelos inúmeros conhecimentos, partilhas e oportunidades, foi sem dúvida um tempo rico de práticas e saberes, levo para a vida.

...ao DAB e a UFRGS, pela ousadia de pensar e realizar esse projeto.

meu muito obrigado!

Se pudesse desejar-me algo, não pediria riquezas
ou poder, somente a paixão da possibilidade.

Me desejaria apenas um olho eternamente jovem,
Ardendo eternamente com a exigência de ver a
possibilidade.

Sören Kierkegaard

RESUMO

Esse trabalho é resultado da sistematização da experiência vivida durante a Especialização: Formação em Saúde Coletiva e Educação em Saúde: especialização em serviço, no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A produção ora apresentada analisou a Política Nacional da Saúde dos Adolescentes e Jovens nas interfaces com a Atenção Básica na ótica da atenção integral à saúde. A pesquisa empreendida teve uma abordagem qualitativa utilizando-se dos procedimentos da pesquisa documental e da observação participante. Como referencial teórico utilizou-se os conceitos de adolescências, juventudes, integralidade e participação juvenil. Através do acompanhamento do grupo de trabalho para a construção do Caderno de Atenção Básica do Adolescente e do Jovem e das edições da Revista Brasileira de Saúde da Família buscou-se analisar os projetos desenvolvidos na Atenção Básica para os adolescentes e jovens, a participação destes sujeitos e como são pensadas as ações integrais de saúde para essa população.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CGGAB	Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONJUVE	Conselho Nacional da Juventude
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAN	Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades
MS	Ministério da Saúde
NESA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
NOB	Norma Operativa Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMAQ AB	Programa Nacional de Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RBSF	Revista Brasileira Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2	
METODOLOGIA.....	E
erro! Indicador não definido.	
3 ADOLESCENTES E JOVENS: SUJEITOS DE	
DIREITOS.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Atenção Integral a Saúde do adolescente.....	16
3.2 Participação Juvenil e Promoção de Saúde.....	20
3.3 A Violência e a Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens.....	21
4 ATENÇÃO BÁSICA E A POPULAÇÃO ADOLESCENTE E JOVEM.....	25
4.1 A História da Construção do CAB do Adolescente.....	25
4.1.1 O CAB do Adolescente e do Jovem.....	26
4.1.2 Publicação para Profissionais da Atenção Básica sobre Adolescentes.....	29
4.2 Revista Brasileira Saúde da Família (RBSF).....	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6. REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde do adolescente na sua integralidade se apresenta como um desafio, por tratar-se de um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vai assumindo (AYRES; FRANÇA JR., 1996).

No âmbito social, quando falamos da adolescência e da juventude brasileira, faz-se necessário ter como cenário a diversidade contextual e sociocultural, e como chave de leitura da realidade e as mudanças que estão em curso nas instituições que tradicionalmente foram responsáveis pela socialização dos adolescentes e jovens, como as escolas, o trabalho, a família, as igrejas entre outras. Adolescentes e jovens vivem de maneira diferenciada esse momento social e as desigualdades sociais, econômicas e culturais que marcam sua situação e condição juvenil (DAYRELL, 2005).

Essa parcela da população em especial, enfrenta cotidianamente dificuldades de ingresso e permanência no mercado de trabalho, na escola, impedimentos no acesso a bens culturais como também não acessam de maneira integral e equitativa as políticas públicas de saúde. O Brasil possui um contingente aproximado de 62 milhões adolescentes e jovens¹. Muitos destes são vitimizados por diversas formas de violências e são violados nos seus direitos: à educação, à moradia, à segurança pessoal, à saúde, à proteção da família, ao trabalho, ao lazer e ao mais dramático, ao direito básico à vida (LICO; WESTPHAL, 2010; MARQUES; MADDALENO, 2010).

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), crianças e adolescentes brasileiros passaram a ser reconhecidos como sujeitos de

¹ A população brasileira de 12 a 29 anos, faixa etária definida como adolescência e juventude, conforme o ECA e o Conselho Nacional da Juventude – CONJUVE, era de 61.649.179 em 2010, conforme Censo 2010 (IBGE,2010).

direitos, tendo no artigo 11º. assegurado “o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

O documento intitulado Marco Legal: saúde um direito de adolescentes (BRASIL, 2005) preconiza o atendimento a adolescente no âmbito do SUS, como prioridade na formulação e execução das políticas públicas, em conformidade com o ECA. Sendo a política da saúde um espaço para a promoção e a garantia dos direitos dos adolescentes, ela propicia a articulação das demais políticas públicas como educação, justiça, segurança em ações intersetoriais em busca de uma atenção integral a população infantojuvenil (BRASIL, 2005).

Duas décadas após a publicação do ECA, em julho 2010, foi aprovado a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 65 que inseriu o termo jovem na Constituição Brasileira, no capítulo dos direitos e garantias fundamentais. Em 2013, foi aprovado o Estatuto da Juventude que assegura no artigo 19º. o “direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral (BRASIL, 2013).

As conquistas que estão sendo garantidas como política públicas para adolescentes e jovens, vão conformando no termo da lei acesso à direitos humanos, sociais e políticos à essa população. Porém, vários assuntos constituem desafios para o cenário das Políticas Públicas para a Juventude. O direito a saúde para a população juvenil ainda carece de poder político para tornar-se pauta e agenda das políticas públicas universais.

O presente trabalho propõe refletir o processo de fortalecimento da política nacional de saúde dos adolescentes e jovens na atenção básica de saúde.

Para contribuir com o objetivo proposto foram elaboradas três questões que nos ajudarão como eixos norteadores deste trabalho.

1) Quais projetos em saúde de/com adolescentes e jovens são desenvolvidos na atenção básica?

2) Como acontece a abordagem e a participação de adolescentes e jovens na atenção básica?

3) Qual o espaço do adolescente/jovem na atenção básica? Como esse sujeito é pensado nas ações integrais de saúde?

Nessa direção, foram analisadas as reuniões para a construção do Caderno da Atenção Básica do Adolescente – CAB do adolescente e a Revista Brasileira da Saúde da Família – DAB/MS nos artigos que abordam a temática da adolescência e da juventude e por fim, foram descritas as ações desenvolvidas no Departamento de Atenção Básica para o público Adolescente e Jovem.

2 METODOLOGIA

Esta proposta da pesquisa insere-se nos estudos de abordagem qualitativa, à medida que busca compreender os significados singularizados pelos sujeitos e instituições, nas suas relações, práticas e entendimentos sobre o objeto de estudo.

Para dar conta dos objetivos propostos nesse trabalho de conclusão de curso, foi realizada uma pesquisa documental. A pesquisa documental colabora e valoriza as evidências que são provenientes de outras fontes, fornecendo detalhes e informações pertinentes permitindo ao pesquisador fazer inferências e aprofundar-se sobre a temática em estudo (YIN, 2001).

Segundo May (2004), os documentos estão situados num tempo, num contexto e, portanto não se explicam por si mesmos, precisam ser situados em uma estrutura teórica para sua compreensão e entendimento.

A pesquisa documental empreendida foi desenvolvida por meio de dois procedimentos, o diário de campo onde foram registradas as anotações das reuniões do CAB do adolescente e a Revista Brasileira Saúde da Família. Na produção do diário de campo, a técnica da observação participante foi a ferramenta que oportunizou um olhar para a realidade estando dentro dela. É uma maneira de olhar por dentro do processo, contribuindo para entender o que desejamos, observando a complexidade e o conjunto de atores sociais envolvidos (YIN, 2001).

Os campos que subsidiaram este estudo foram dois departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde – MS. O Departamento de Ações Programáticas e estratégicas – DAPES, onde está locada a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem e o Departamento de Atenção Básica - DAB onde realizei a Formação em Saúde Coletiva e Educação em Saúde – especialização em serviço – DAB e UFRGS.

- 1) O departamento de ações programáticas e estratégicas – DAPES

compõe a Secretária de Atenção à Saúde – SAS/MS. As competências atribuídas a SAS estão à promoção do desenvolvimento de ações estratégicas para o modelo de atenção à saúde, ela é formada por 50 áreas técnicas em diversos departamentos.

As ações desenvolvidas no DAPES são transversais aos três níveis de atendimento: atenção básica, média e alta complexidade. Ele é organizado em oito áreas técnicas: saúde da criança e do aleitamento materno; saúde do adolescente e do jovem; saúde da mulher, saúde mental, álcool e outras drogas; saúde do idoso; saúde da pessoa com deficiência; saúde no sistema penitenciário e saúde do homem (BRASIL, s.d).

A área técnica da saúde do adolescente e do jovem objetiva a proposições de ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, na faixa etária definida entre os 10 aos 24 anos. As ações desenvolvidas enfocam o crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva, redução da mortalidade por violência e acidentes e a redução de incidência de doenças e agravos à saúde desta população e por fim promoção de ações que produzem melhoria da qualidade de vida dos adolescentes e jovens.

2) O Departamento de Atenção Básica – DAB compõe a Secretaria de Atenção à Saúde. São atribuições e competências do DAB segundo a Portaria 2488/2011:

- a) Definir e rever periodicamente, de forma pactuada, com as entidades representantes dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, observando os princípios e diretrizes do SUS;
- b) Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;
- c) Estabelecer as diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- d) Desenvolver estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;
- e) Prestar cooperação técnica a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização, qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

A Saúde do Adolescente e do Jovem está nas áreas temáticas, onde a atuação da gestão da atenção básica é parcial tanto na formulação como na execução das ações com uma intensidade classificada como distinta.

Para a produção deste TCC, a ação acompanhada foi a formulação do Caderno de Atenção Básica do Adolescente e Jovem, ação realizada entre DAPES e DAB. As reuniões do grupo de trabalho para a construção do CAB, bem como os trabalhos propostos por esse grupo foram o lócus da realização da pesquisa. Além disso, foi escolhida a Revista Brasileira Saúde da Família como referência de produções sistematizadas das ações do DAB, a fim de colaborar na análise de quais projetos em saúde de/com os adolescentes e jovens são desenvolvidos na atenção básica e qual a abordagem e a participação destes na atenção à sua saúde.

a) As reuniões do CAB do Adolescente

As participações nas reuniões do grupo de trabalho do CAB do Adolescente foi um convite feito por uma consultora do DAB que responde pela frente temática da Saúde do Adolescente e da Rede Cegonha. O meu interesse em acompanhar as reuniões e o desenvolvimento deste trabalho originou-se na minha experiência profissional com adolescentes e jovens em atividades de formação, acompanhamento, assessorias, pesquisas e estudos referentes a essa população e as políticas públicas, em especial nos últimos tempos a política pública de saúde.

A minha presença neste espaço foi marcada de duas maneiras. Primeiro, como especializanda do DAB, acompanhei o grupo de trabalho sendo essa uma agenda entre um conjunto de ações realizadas nas coordenações por onde estive; segundo como Assistente Social e educadora social com experiência no trabalho com adolescentes e jovens, no âmbito da formação, acompanhamento e pesquisa.

Ao todo aconteceram seis reuniões, algumas de um turno e outras de dois dias. A metodologia utilizada para a produção do material empírico deste TCC foi o diário de campo. Durante as reuniões fiz várias anotações e posteriormente escrevia no diário minhas observações, as questões pertinentes e as reflexões que surgiam das inúmeras questões e situações postas na construção do CAB do adolescente.

A opção feita é realizar uma breve descrição de como estava o CAB quando entrei no grupo e em que momento de produção ele se encontra, quanto ao tempo de participação neste lugar de especializanda, que chega ao final. Depois uma

descrição da produção de artigos referentes à temática que foram publicados na Revista da Saúde da Família produzida pelo DAB.

Por fim, uma análise refletindo a atenção integral a saúde dos adolescentes e jovens na Atenção Básica, deste lugar da gestão e da implantação de ações e proposições que é a esfera federal no âmbito das atribuições da política.

3 ADOLESCENTES e JOVENS: SUJEITOS DE DIREITOS

Neste estudo sobre a política nacional de saúde dos adolescentes e jovens em sua interface com a atenção básica, alguns conceitos tornam-se imprescindíveis para refletir a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens, tais como: adolescências, juventudes, integralidade e participação juvenil.

No Brasil, adolescentes e jovens são definidos por diferentes aspectos, emergindo opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam nos ciclos etários.

O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência, a mesma que é indicada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos, portanto há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2010).

O Conselho Nacional da Juventude – CONJUVE e o Estatuto da Juventude consideram juventude toda a pessoa entre 15 a 29 anos, classificando-as por faixa etária como: adolescentes-jovens de 15 a 17 anos, jovens-jovens de 18 a 24 anos e jovens-adultos 25 a 29 anos (CONJUVE, 2008; BRASIL, 2013), ampliando, portanto, a faixa etária que engloba essa parcela da população. Tais diferenciações nos marcadores etários que definem as adolescências e juventudes indicam que esses são conceitos em disputa.

As classificações em ciclos etários, necessárias ao planejamento, implantação e implementação de políticas públicas, decorrentes da forma organizativa e orçamentária da política brasileira, apresentam-se como um desafio a ser refletido e dialogado no campo das políticas públicas de saúde para adolescentes e jovens. A ampliação do escopo das ações da política de saúde estendidas aos jovens entre 20 a 24 anos, produz um fenda, com a parcela da

população juvenil de 25 a 29 anos. Esses jovens que estão incluídos na Política Pública de Juventude, sob a responsabilidade da Secretaria Nacional da Juventude, não estão respaldados na política nacional de saúde dos adolescentes e jovens, produzindo assim um descompasso no acesso e garantia aos direitos (PAPA; FREITAS, 2011).

No Brasil, entre 10 a 19 anos temos um contingente de 34.357 adolescentes. A população considerada jovem (15 a 24 anos) representa um contingente populacional juvenil de 34 milhões. Ou seja, em 2010 a população adolescente e jovem (10 a 24 anos) no Brasil era de 50.855 (IBGE, 2010).

As diferentes particularidades, que cada faixa etária interpõe aos sujeitos no momento do ciclo da vida que chamamos de adolescências e juventudes, possuem singularidades e aspectos psicobiológicos, socioculturais e socioeconômicos importantes e distintos, que ora os aproximam e outras os distanciam.

Um estudo de revisão (HORTA, LAGE E SENA, 2009) diz que o conceito de adolescência para as Ciências da Saúde está centrado na concepção de uma fase de transição e seus aspectos biológicos, onde a abordagem de riscos e vulnerabilidades tem evidência. Correa (2006) aponta uma série de estudos no âmbito da saúde que tendem a homogeneizar a definição de adolescência.

No âmbito das discussões da Sociologia, Groppo (2000, p. 8), define que a “juventude torna-se, ao mesmo tempo, uma representação sociocultural e uma situação social”; ela “prolonga-se conforme as projeções dos adultos sobre os jovens” (DOLTO, 1990, p. 18). Desse modo, é possível afirmar que há adolescências e juventudes, que são grupos coletivos e plurais e resultantes das construções sociais, históricas e culturais.

Nessa direção, adolescências e juventudes são categorias sociais, construídas culturalmente, não se tratando de uma essência e sua mutabilidade está fixada por limites e regras comportamentais, vinculadas obrigatoriamente aos “contextos sócio-históricos, produto das relações de força em uma determinada sociedade” (REGUILLO, 2003, p. 104). Para Madel Luz (2007, p. 139), a moratória

social² é um recuo de fronteiras, ou seja, um modo de “manter afastados das margens de decisão política, econômica ou cultural, os adolescentes e jovens e a constante renovação que podem representar”.

Os adolescentes e jovens vivem uma condição juvenil que é única, uma mesma geração, vivendo um mesmo momento social, econômico, político, cultural do seu país e do mundo. Porém, há uma situação determinada pelo tempo e pelo espaço. Os diversos adolescentes podem experimentar e viver a sua adolescência e juventude em situações muito diferentes conforme os recortes de classe, gênero, etnia, segmentos juvenis populares (ABRAMO, 2005; LEON, 2005).

Os marcos legais como: a Constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) - ratificada pelo Brasil em 1990, introduziu um ordenamento jurídico, para a concepção de criança e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento. E mais recente, o Estatuto da Juventude determina os direitos dos jovens dentro do que já foi previsto pela Constituição, nas suas especificidades de juventudes (BRASIL, 2013).

As concepções construídas de adolescência e juventude retratam e interpretam as formas e maneiras deles estarem e serem no mundo e em determinada sociedade. Através destas concepções constituíram-se os parâmetros para o cuidado e proteção neste ciclo da vida, influenciando direitos e deveres, ações sociais e políticas públicas, reivindicadas pelas juventudes organizadas em grupos e/ou organizações ou por grupos que defendem os direitos de adolescentes e jovens.

Neste sentido, Sposito e Carrano (2003) pontuam em estudo a importância de que as políticas públicas de juventude sejam mais que uma articulação e integração entre programas e projetos, se configurando pela construção de um arcabouço conceitual e político que responda as demandas e ampliem os acessos aos direitos, como também compreenda quais são as condições juvenis vividas diferentemente

² Moratória Social é caracterizada como um período, concedido pela sociedade, de experimentação e adiamento da entrada do adolescente e do jovem no mundo adulto. Elementos da estrutura social como expectativa de vida e as mudanças do mundo do trabalho, vão proporcionar aos adolescentes e jovens da mesma faixa etária viver de maneira muito distinta esse tempo da vida (NOVAES, 2004).

pelos adolescentes e jovens brasileiros.

3.1 ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADOLESCENTE

A saúde como conceito dinâmico e político da modernidade está em permanente construção sendo, portanto, permeada de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. A saúde é um destes campos onde o poder e o saber se mantêm em constante movimento intervindo no modo de conceber o que é saúde, no direito ao acesso de bens e serviços, na maneira como se cuida da saúde, na saúde dos indivíduos e das populações. A saúde, como direito, abarca os valores da autonomia e da participação, ou seja, o direito de gerir o seu modo de “*andar na vida*” (MERHY, 1994; 1999).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) o conceito de saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 4) o conceito ampliado de saúde resulta das condições de acesso e políticas sociais que garantam “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”, o que inclui o modo organizativo da sociedade e da produção, capaz de superar desigualdades.

A atenção à saúde do adolescente, enquanto política pública é um processo relativamente novo. Na 42ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS (1989), foi criado um programa de saúde para adolescentes, focando as suas necessidades específicas elencadas como: gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e o uso de tabaco, álcool e outras drogas. No Brasil o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) que objetivou a implantação de atendimento adequado aos adolescentes e jovens entre 10 a 19 anos, na concepção da promoção, prevenção e assistência (BRASIL, 1993).

Os documentos *Marco Legal: saúde um direito de adolescentes* (BRASIL, 2005a) e *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde* (BRASIL, 2005b), são frutos do esforço governamental para dar respostas às pressões dos movimentos organizados no processo de construção

de uma política de saúde para adolescentes e jovens.

O atendimento a adolescentes e jovens no âmbito do SUS tem como prioridade a formulação e execução das políticas públicas, em conformidade com o ECA:

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

Parágrafo único: A garantia de prioridade compreende:

Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;

Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;

Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990, p.2).

Os documentos *Política Nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (2008)* e as *Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (2010)* vão construindo as possibilidades de garantia de direitos e autonomia dos sujeitos adolescentes e jovens num processo de cidadania e participação.

Na junção desses documentos um princípio fundamental que vem sendo reforçado e implementado tanto para a promoção, prevenção e assistência em saúde é a integralidade. Nesse sentido, a integralidade na atenção é um dos princípios que orienta tanto a prática como a política de saúde, definida pela Norma Operacional Básica – NOB, como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individual e coletivo” (BRASIL, 1996), também constitui um dispositivo jurídico e institucional, que busca assegurar aos indivíduos uma atenção à saúde em todos os níveis de assistência e a compreensão da totalidade dos indivíduos em suas singularidades (MATTOS, 2001).

O princípio da integralidade propõe que uma nova prática de olhar para os sujeitos seja posta em andamento. No exercício de articular um modo singular de atendimento a esse sujeito, busca através do diálogo conhecer e entender as

emoções, a história de vida, as subjetividades, a cultura, os medos, as alegrias, as suas crenças e conquistas. Quando escuta e entende as demandas em saúde propõe ação interventiva construindo assim um projeto terapêutico singular capaz de abranger a prevenção e a recuperação da saúde, e da proteção às condições da própria vida (CECCIM; FERLA, 2003).

Além disso, ela também constitui um dispositivo jurídico e institucional, que busca assegurar aos indivíduos uma atenção à saúde em todos os níveis de assistência (MATTOS, 2001; BRASIL, 1993).

A atenção integral à saúde do adolescente e do jovem implica numa atenção com a máxima integralidade e com atendimento singular às suas demandas e necessidades específicas, tanto no que concerne ao período específico da vida como no contexto aos quais os adolescentes e jovens estão inseridos. Segundo Cecílio (2001, p. 117), o desafio consiste na apreensão das necessidades de saúde dos usuários, para desenvolver e garantir:

A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica em saúde.

A integralidade no atendimento comporta as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população adolescente e jovem, com atenção aos agravos prevalentes neste período da vida e resultantes das iniquidades dos determinantes sociais de saúde. Atender os adolescentes e jovens na sua integralidade é, pois, enxergá-los com o seu corpo, suas emoções, sua pertença a grupos e cultura, sua história, seus medos e crenças, de maneira a responder positivamente a uma ação interventiva que produza um projeto terapêutico capaz de ser efetivo e resolutivo nas suas demandas de saúde (CECCIM e FERLA, 2003).

O que resulta numa atenção à saúde para além dos órgãos ou aparelhos orgânicos que estão em sofrimento, mas a pessoa é vista acolhida numa “cadeia de cuidado progressivo”, ou seja, garantindo o acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar a demanda ali manifesta ou não, o que possibilitará resolutividade e efetividade no atendimento (CECÍLIO, 1997; MATTOS, 2003, 2001).

No âmbito da gestão federal os programas direcionados à saúde de adolescentes e jovens consideram as condições sociais e procuram responder as demandas individuais e coletivas desta população. A noção de fatores de risco e de proteção³, fortemente associada a essa população é um dos fios condutor de alguns programas direcionados às questões como: gravidez na adolescência, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, uso abusivo de drogas e o risco de morte frente às violências entre outras (BRASIL, 2005).

Nessa direção, formular e propor ações e projetos no âmbito da política pública de saúde para essa população em específico exige entender quem são e os inúmeros modos de “andar com a vida” que eles inventam e recriam no âmbito individual e principalmente coletivo. Envolvê-los nos processos que decidem as ações de promoção, prevenção e assistência é um modo imperativo de autonomia e participação dos sujeitos nos espaços das políticas públicas e implica num potente e criativo grupo de sujeitos capazes de colaborar e inferir nas ações destinadas a seus pares.

3.2 PARTICIPAÇÃO JUVENIL E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A política pública de saúde, objetivando a integralidade na atenção, propõe ações que promovam a participação juvenil, pois a entende como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde. Pela participação individual e/ou coletiva de adolescentes e jovens no planejamento, avaliação e sugestões de políticas públicas, a população juvenil experimenta e produz cidadania, tornando-se não somente usuários do sistema de saúde, mas atores sociais que contribuem diretamente para a “eficácia, resolutividade e impacto sociais das ações de saúde” na sua comunidade ou território (BRASIL, 2010, p.53).

Sendo a política da saúde um espaço para a promoção e a garantia dos direitos humanos e sociais dos adolescentes, ela pode propiciar a articulação das

³ A terminologia de fatores de proteção e de risco implica em processo mais complexos e dinâmicos, que produzem diferentes respostas conforme a realidade e o contexto social onde estão inseridos. Os fatores de proteção são potencializados nas ações de prevenção e promoção de saúde, e esses podem gerar autonomia, fortalecimento de vínculos e participação juvenil no âmbito comunitário e da própria política pública de saúde (ASSIS et al, 2006).

demais políticas públicas como educação, justiça, segurança em ações intersetoriais em busca de uma atenção integral a população adolescente (BRASIL, 2005, p. 52).

O Estatuto da Juventude, no artigo 4º, garante o “direito a participação social e política e na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de juventude”. No que concerne o direito à saúde esses estão em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A participação social dos adolescentes e jovens nas políticas não é restrita ao ato de votar e eleger governos. Exige do Estado e da sociedade civil a constituição de canais de participação, socialização das informações, arenas de decisões e ações destes nas políticas públicas. É fundamental que o poder público garanta os meios da participação efetiva dos adolescentes e jovens através da instituição de conselhos de direitos como espaço de controle social e estratégia de consolidação de direitos e mobilização juvenil.

Nas políticas públicas de saúde, a participação dos sujeitos sobre os processos de condução da vida, que implica em processos de saúde e doença, é primordial para que a prevenção e a promoção em saúde ocorram.

3.3 A VIOLÊNCIA E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A violência como uma expressão da questão social⁴, não é objeto específico do setor saúde, mas um tema que tem grande magnitude nesse campo, pelo impacto negativo que tem na qualidade de vida das pessoas e pela necessidade de articulação intersetorial integrando o campo médico e social para intervir nessa realidade (MINAYO, 2004, p. 646).

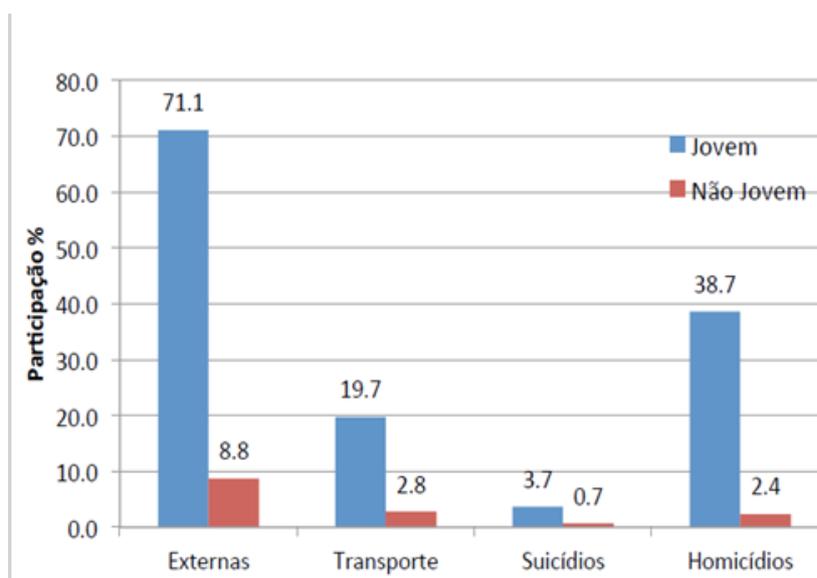
Quando a população é de adolescentes e jovens, há uma série de fatores de risco e ausência de fatores de proteção que entram em jogo, ampliando a

⁴ Questão Social, apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social, que é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2006, p.27).

complexidade do fenômeno da violência (MARQUES; MADALLEN, 2010). Os homicídios nos grupos juvenis representam a principal “causa de anos de vida potencialmente perdidos, na maior parte dos países” (OPAS apud SAITO, 2010, p. 154).

Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde, demonstram que as causas de lesões ou agravos à saúde que levam a óbito na população adolescente e jovem são as chamadas de causas externas, sendo as três principais o homicídio, acidentes de trânsito e o suicídio (WAISELFISZ, 2014).

Gráfico 1: Participação (%) das causas de mortalidade da população Jovem e não Jovem. Brasil. 2012.

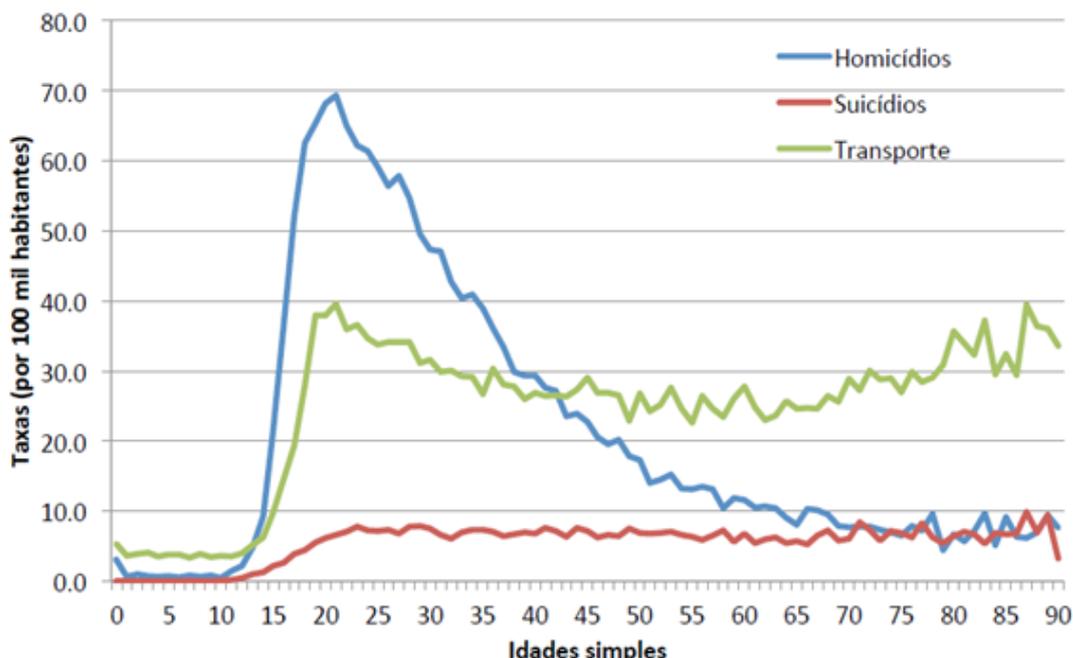


Fonte: SIM/SVS/MS.

O gráfico acima nos apresenta a diferença entre o percentual de morte na população não jovem em comparação com a população jovem. Enquanto que 8,8% do total de óbitos, na população não jovem, ocorre por causas externas, na população jovem esse percentual é de 71,1% das mortes. Olhando separadamente a violência por causas externas, a taxa de homicídio da população não jovem é de 2,4% e, entre os jovens, é de 38,7%. Os acidentes de trânsito são responsáveis por 19,7% dos óbitos juvenis e 2,8% na população não jovem e o suicídio por 3,7%, enquanto 0,7% nos não jovens (WAISELFISZ, 2014).

As taxas de homicídios a partir dos 13 anos de idade são de 4,0 para 100 mil e na idade de 21 anos são de 75,0 para 100 mil. As taxas de suicídio entre os 17 e 18 anos são elevadas comparadas a média nacional, ficam em torno de 5 suicídio para 100 mil jovens. No conjunto as taxas de mortalidade ultrapassam 100 óbitos por 100 mil jovens. Conforme expresso no gráfico 2, a seguir:

Gráfico 2: Taxas de mortalidade violenta por idades simples. Brasil. 2011.



Fonte: SIM/SVS/MS.

A situação expressa pelos números reporta a um verdadeiro genocídio da adolescência e da juventude brasileira. Essa realidade demanda ações de promoção, prevenção e de assistência à saúde desta população. A OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2006) orientam para a necessidade de ações intersetoriais e integradas, no âmbito da segurança, do desenvolvimento econômico, dos direitos humanos, da saúde pública para o desenvolvimento juvenil (KRUG et al., 2002).

Os homicídios no Brasil são a principal causa de morte de jovens entre 15 a 29 anos. As violências atingem de uma maneira ou outra todas as pessoas, em diferentes graus de intensidade. Entretanto, há um perfil de adolescentes que são vitimizados e estigmatizados pela violência; eles têm sexo, raça e condição social:

são homens, negros e pobres. Dados do Ministério da saúde evidenciam que 53,3% das mortes por homicídios em 2010 foram de jovens, destes 76,6% eram negros e 91,3% do sexo masculino (BRASIL, 2014).

Para Madel Luz (2007), a adolescência nas populações carentes acaba cedo: nas instituições de internamento, no necrotério e com muita sorte no mercado de trabalho. As principais vítimas dos homicídios e mortes pelo trânsito são homens jovens, negros, baixa escolaridade e pobres (REICHENHEIM et al., 2001; BRASIL, 2008).

Para o enfrentamento desta situação, o Governo Federal organizou o Plano Juventude Viva, que é coordenado pela Secretaria Geral da Presidência da República por meio da Secretaria Nacional da Juventude e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Na primeira fase do Plano, as ações são desenvolvidas no âmbito das políticas públicas do trabalho, educação, saúde, acesso à justiça, cultura e esporte, são ofertas de políticas sociais para o enfrentamento da violência nas principais cidades brasileira com altos índices de homicídios juvenis (BRASIL, 2014).

4 ATENÇÃO BÁSICA E A POPULAÇÃO ADOLESCENTE E JOVEM

Através da reflexão sobre as reuniões do CAB do Adolescente e dos artigos publicados da Revista Brasileira Saúde da Família foi realizada o objetivo de refletir o processo de fortalecimento da política nacional de saúde dos adolescentes e jovens na atenção básica de saúde.

As anotações feitas no diário de campo mesclaram os discursos produzidos nas reuniões como os silenciamentos igualmente presentes. Segundo Araújo Junior (2000) os discursos oficiais e os não oficiais sustentam as políticas públicas, tanto as ações como as ausências delas são estratégias de produção de política. Portanto, refletir a cerca das políticas públicas é realizar um esforço de apreender arranjos complexos e processuais que vão deste a ordem política, ideológica como também a ordem social. Não sendo, portanto, uma tarefa fácil de realizar.

4.1 Uma história da construção do CAB do Adolescente

A construção do CAB do Adolescente iniciou com um material que foi produzido e tinha como objetivo ser suporte para as equipes da atenção básica. Nasceu junto com a experiência do curso sobre saúde integral de adolescentes e jovens do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA /UERJ, em 1999.

Esse projeto vai adiante e torna-se um curso de educação à distância com o objetivo de capacitar trabalhadores para a atenção à saúde de adolescentes e jovens. O curso foi organizado em módulos de autoaprendizagem que trazem casos clínicos, resumos teóricos, questões e reflexão sobre competências e habilidades para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

Com a iniciativa acontece uma experiência para capacitar equipes de atenção básica no Estado do Ceará, através de um piloto deste curso, foram capacitadas

80% das equipes, com todos os profissionais incluídos os Agentes Comunitários de Saúde- ACS.

A avaliação positiva da experiência possibilitou a proposição de construir um livro sobre Saúde do Adolescente e Jovem para as equipes de saúde da Atenção Básica. A proposição é implementada pelo DAPES, que através da contratação de um grupo de consultores, coordenados pelo NESAJ/UERJ realiza a tarefa de propor um texto. O texto entregue para a avaliação do DAPES permanece não publicado.

A construção de legitimidade e fortalecimento da política nacional da saúde dos adolescentes e jovens acontece também pela publicação e publicização de documentos que orientam e propõe diretrizes para o trabalho das equipes. Neste sentido, ter um material produzido, sistematizado e proposto a uma avaliação e efetivamente não tornar-se um documento publicado, revela como as tensões, desafios e impasses estão presentes no campo da saúde do adolescente e do jovem.

Surge então, após um período de tempo, a proposta de lançar esse material como um Caderno de Atenção Básica sobre adolescentes e jovens, estabelecendo assim uma parceria entre DAPES e DAB.

Os Cadernos de Atenção Básica começam a ser publicados em 2000, objetivando o “fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de varias partes do país”. Esses são publicações gratuitas buscando auxiliar a implementação do modelo assistencial de atenção básica. No Caderno nº 2 o objetivo desta iniciativa foi descrito como:

[...] reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. [...] ao lado da instrumentalização técnica dos integrantes da Unidade Básica de Saúde, os Cadernos de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família possuem a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade dos níveis de atenção do sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários ao nível básico da atenção e as unidade de referência específica (BRASIL, 2000, p. 5).

O texto proposto pelo grupo de consultores foi sendo modificado ao longo do tempo, tanto para adequar-se às diretrizes de um Caderno de Atenção Básica como para ser atualizado nas suas proposições e situações referentes à Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem na Atenção Básica.

A retomada do CAB do adolescente com a constituição do grupo de trabalho teve vários momentos iniciais. A primeira reunião a qual eu participei era uma conversa interna com técnicas⁵ de diferentes áreas do DAB para apresentação da proposta de retomada do escrito e da proposição de construção de um CAB do Adolescente e do Jovem. O material inicial era o então descrito acima. Posterior a isso, aconteceram reuniões entre as técnicas do DAB e a técnica responsável pela da área da saúde do adolescente e jovem.

4.1.1 O CAB do Adolescente e do Jovem

A proposta do texto para o CAB do adolescente e jovem tem na sua estrutura várias contradições. Assim, logo ao iniciar o estudo do texto, no grupo de trabalho formado por algumas técnicas do DAB, várias pontuações foram sendo feitas e questionamentos elencados.

Primeiramente, observou-se que o texto proposto não segue a dinâmica de um CAB. Ele é um conjunto de textos de diferentes autores e diferentes olhares sobre os/as adolescentes no seu processo de crescimento e desenvolvimento, nos seus agravos e situações de saúde próprias deste período da vida. Esse conjunto de textos, num primeiro olhar, explicita a necessidade de uma revisão substancial a fim de padronizar e tornar o texto mais coeso e claro. Mas, como o processo estava sendo retomado com um novo grupo e como o próprio texto foi escrito a um período de tempo consideravelmente longo, penso que essas questões serão posteriormente sanadas.

O que nos parece mais relevante problematizar, a partir das observações registradas, são três questões:

a) A escritura tinha ênfase nas inúmeras doenças que ocorrem na adolescência, produzindo questionamentos no âmbito da promoção e prevenção e também do processo saúde/doença, expondo a necessidade de uma discussão do conceito norteador do modelo de saúde que o SUS preconiza na proposição de um conceito de saúde ampliado e de uma clínica ampliada.

b) O texto, na sua completude, está direcionado ao público adolescente, muito pouco se refere ao público considerado jovem. Mesmo tendo a ênfase na

⁵ Utilizarei a palavra técnica no feminino, pois são na maioria profissionais do sexo feminino e em todas as reuniões a presença delas sempre foi majoritária.

adolescência, ele limita-se a um período da adolescência e a uma visão restrita da biomedicina e da psicologia. A abordagem dos agravos, dos processos de saúde/doença e da promoção de saúde para adolescentes entre 10 a 14 anos é distinta da abordagem que objetiva olhar esses mesmos processos em adolescentes de 15 a 19 anos.

c) A dificuldade de acrescentar a discussão sobre juventudes no CAB desvela a dificuldade de compreender os adolescentes e jovens em suas experiências e processos psicobiológico, sociais, históricos e culturais. Entre os 10 aos 19 anos, as demandas de atenção à saúde são diversas e dispares entre si. A inclusão de um público jovem que amplia a faixa etária até os 29 anos, como preconiza o Estatuto da Juventude, ou mesmo até os 24 anos que é a faixa etária com a qual trabalha a Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde é, sem dúvida, extrapolar imensamente o escopo das necessidades e demandas desta população. São mundos múltiplos que se interrelacionam e se singularizam no processo de saúde/doença. A dificuldade posta, não tem nada de simples, pelo contrário é uma discussão complexa, mas que se faz necessária no âmbito da garantia dos direitos de adolescentes e jovens.

Essas questões de maneira mais intencional ou mais marginal, sempre estiveram presentes nas reuniões de construção do CAB. Entre as conversas feitas nas reuniões, as sugestões sempre tiveram a proposição de mudanças e adequações a uma linguagem própria de um CAB e também ao público ao qual se destinava na tentativa de incluir o público jovem.

As ações de promoção e prevenção de agravos à saúde desse público têm apresentado novas e desafiadoras questões para a atenção básica e para a saúde pública do nosso país, com o alto índice de mortes por causas externas, que ocorre de maneira assustadora neste período da vida dos adolescentes e jovens, na sua maioria do sexo masculino, no Brasil.

A necessidade de um material como aporte para as equipes de saúde da atenção básica é premente e se faz urgente, contudo não é simples elaborar um material que corresponda aos imaginários sociais e culturais sobre adolescentes e jovens tão vigentes em nossa sociedade. As reais demandas e necessidades dessa população, para além do atendimento assistencial e do acolhimento da rede de saúde, requerem um vínculo de participação e ação junto ao seu entorno ou aos

seus grupos relacionais. Outro aspecto para o qual nos parece necessário um material de apoio aos/às profissionais que atuam com adolescentes e jovens na atenção básica é a questão da ética. O que é possível fazer com esse público e quando é necessária a presença de um/a responsável, por exemplo, são questões que incomodam profissionais cotidianamente.

Após, algumas discussões e tendo como pano de fundo as questões acima problematizadas, o CAB será um caderno destinado à adolescência prevalecendo o recorte etário dos 10 aos 19 anos como preconizado pela OMS. Essa decisão, mesmo não sendo consensual, foi aceita devido à própria organização deste grupo de trabalho, onde o poder decisório compete à equipe da área técnica e não a todos os envolvidos no processo de construção.

No decorrer das reuniões e das proposições da construção do CAB, as outras questões circularam no âmbito da discordância do texto ou parte destes e da possibilidade de torná-lo mais adequado à proposta de um trabalho multidisciplinar. Outras discussões aconteceram em relação ao sumário e da proposta de novas temáticas, por vezes deixando à margem as questões de maior profundidade e relevância na produção deste material, tais como as elencadas acima.

No mês de abril do corrente ano, aconteceu uma reunião entre as coordenações, a área da saúde do adolescente e do jovem e a CGGAB, na busca de uma redefinição e pactuação da escritura do CAB para o ano de 2014.

A reunião deu um novo direcionamento à publicação. Levando em conta inúmeras questões como: direitos autorais, tempo de produção para a publicação em 2014, concepção do texto, entre outras, a publicação ficará sob a responsabilidade da área da saúde do adolescente e jovem com ênfase na atenção básica, mas não será um CAB. A solução encontrada oportunizou a solução de um impasse, ao mesmo tempo, coloca a construção de um CAB para adolescente e jovem num limiar não prioritário.

4.1.2 Publicação para profissionais da Atenção Básica sobre adolescentes

A nova publicação assumida pela área técnica do DAPES e com a contribuição do DAB está em andamento, atualmente ela está composta pelos seguintes capítulos que abordaram diversos temas: 1) Introdução do documento; 2)

Conceitos e definições de adolescência e juventudes; Introdução sobre o instrumento de Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades - Estratégia IMAN; Marcos legais da saúde dos adolescentes; 3) Adolescentes na Atenção Básica: famílias com adolescentes; acolhimento de adolescentes; promoção da saúde e participação juvenil; 4) Atenção Integral à Saúde: linhas de cuidado; caderneta de saúde do adolescente; crescimento e desenvolvimento; desenvolvimento psicossocial; história clínica e exame físico; alimentação e nutrição; saúde bucal e saúde mental; 5) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; 6) Saúde, Trabalho e Adolescentes; 7) Imunização em Adolescentes; 8) Principais Problemas Clínicos; 9) Vulnerabilidade e Potencialidades da Adolescência: determinantes sociais de saúde, unidades socioeducativas; adolescente em situação de rua, adolescentes em situação de violência, avaliação de vulnerabilidades psicossociais; 10) Resiliência.

O texto da publicação ainda necessita de adaptações e acréscimos. Em termos de concepção, ele ainda não diz objetivamente a que veio, tampouco, quais as contribuições que poderá efetivamente produzir. Contudo, será um material, que por abranger um elenco grande de assuntos poderá ser um subsídio importante para os profissionais implicados no atendimento ao público adolescente.

4.2 REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA (RBSF)

A Revista Brasileira Saúde da Família, criada em 1999, quis ser o meio de comunicação que propicia a troca de experiência e informação entre os profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados de saúde da população no âmbito da atenção básica de saúde. Ela completou 15 anos de existência em 2014. A tiragem da publicação é de 50 mil revistas distribuídas para todas as Unidades Básicas de Saúde - UBS do país e disponibilizada em formato digital para *download* no portal⁶ do DAB.

Das revistas disponíveis no portal do DAB, selecionamos seis, mas somente quatro revistas tinham artigos com o envolvimento dos adolescentes e jovens no programas e nas ações realizadas. As revistas que foram analisadas:

⁶ <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

Nº. Revista	Ano/ data	Artigos	Síntese do Artigo
16	Ano VIII out/dez 2007	Curitiba e Fortaleza investem no combate à violência: uma ação de Vigilância em Saúde.	Constituição de uma rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco de violência; trabalho intersetorial que faz um levantamento das situações de violências sofridas pelas crianças, adolescentes e suas famílias; Avaliação de risco e da gravidade, onde a classificação orienta os encaminhamentos a serem feitos pelos profissionais da rede psicossocial.
17	Ano IX jan/mar 2008	Equipes Saúde da Família e Educação: juntos pela promoção da saúde.	Articulam os jovens da escola para atividades de promoção da saúde através da arte e da educação popular. Projeto "Ciranda na Vida": arte, educação popular e saúde.
18	Ano IX abr/jun 2008	Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço e Atenção Primária.	Apesar de estar explícito no título do artigo, ele não faz referência de adolescentes, o recorte da faixa etária inclui deste o recém-nascido até os 19 anos.
20	Ano IX out/dez 2008	O controle social se concretizando por meio de mãos jovens.	Experiência de jovens universitários na comunidade, com o objetivo de fortalecer o controle social, através da comunicação alternativa,

		<p>Cola na ideia: a melhor proteção é a sua consciência.</p>	<p>envolvendo jovens de 15 a 21 anos; o instrumento produzido pelos jovens foi um jornalzinho distribuído na comunidade; o envolvimento dos jovens aconteceu desde a escolha da temática a ser discutidas, a confecção do jornal e a distribuição na comunidade, todo o processo se caracterizou por um movimento dialógico entre os proponentes e participantes.</p> <p>O projeto desenvolvido pela equipe da Estratégia Saúde da Família com os adolescentes do Projeto Agente Jovem teve como objetivo a formação de multiplicadores de saúde integral; experiência de protagonismo juvenil e a saúde nasceu da dificuldade de contato que a equipe tinha com os adolescentes e jovens da comunidade e do alto índice de gravidez na adolescência naquele território; o projeto buscou promover a conscientização sobre educação afetiva sexual e sobre o corpo.</p>
--	--	--	---

É interessante observar que a revista nº 20, que tinha como tema central o Programa Saúde na Escola, devido a isso apresentou dois artigos relacionados diretamente com o público em questão e o envolvimento dos adolescentes e jovens nos projetos propostos pela equipe de saúde. Nos demais artigos, onde os projetos e ações poderiam estabelecer relação direta com o público juvenil, a experiência foi relatada no âmbito da descrição da política ou de sua avaliação.

Como a revista tem como objetivo a informação e a troca de experiência entre as equipes de saúde e as unidades básicas de saúde de todo o Brasil, os poucos artigos encontrados são indícios de uma realidade. A percepção de como são poucas as experiências relatadas com o público adolescente e jovem desvela e/ou revela como a atenção básica não é uma porta de acesso ao direito à saúde deste público.

Nessa direção, algumas questões se colocam: Qual seria o espaço de acesso dos adolescentes e jovens ao direito à saúde, como assistência, promoção e prevenção? Como e onde os adolescentes e jovens acessam as ações de saúde?

Os artigos relatam projetos que foram desenvolvidos com adolescentes e jovens devido a uma demanda originada pelos profissionais da equipe ou por outros profissionais. Nenhum dos artigos relatou iniciativas oriundas dos próprios adolescentes e jovens. Contudo, os projetos relatados foram exitosos demonstrando o potencial e o envolvimento desses sujeitos quando as ações propostas estão relacionadas com as suas demandas e interesses.

É muito característico dos grupos juvenis, que quando eles são envolvidos em todo o processo de construção das ações, eles estabelecem um engajamento e uma participação que produz vínculos, relações e parcerias para outras atividades conjuntas (BRASIL, 2010).

Os relatos apresentados nas revistas são interessantes proposições para o envolvimento dos adolescentes e jovens com as equipes e a comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade encontrada por profissionais de saúde para falar sobre/com/de os jovens, em meu ponto de vista, pode significar um reflexo do modo como as instituições, os profissionais e a sociedade ainda pensam essa categoria social. As interpretações e os significados postos às juventudes são múltiplos e nem sempre são positivos e propositivos.

Desse modo, os adolescentes e jovens ora são vistos como sujeitos a serem preparados para a vida adulta, ora como revolucionários que farão as grandes transformações sociais. Ora são vistos como um problema social, um risco para a sociedade, ou como o futuro do país. Colocá-los no lugar de sujeitos de direitos, e por isso também sujeitos de participação social é dar-lhes voz e vez, e colocá-los nas arenas das disputas e das decisões sobre as ações que lhes afetam e intervêm na sua vida e no seu modo de conduzir a vida.

Esse lugar não é fácil e nem está dado, é um campo aberto a construção social desta sociedade e neste tempo histórico. Implica em envolver-se e envolver aos adolescentes e jovens.

As políticas públicas de saúde, em especial na Atenção Básica, têm o desafio de olhar para essa população adolescente e jovem de outro lugar, sobre um novo prisma. Exige um olhar para esses sujeitos como pessoas que têm necessidades singulares, múltiplas e também coletivas. Que precisam ser partícipes ativos das discussões e proposições que afetam a sua vida, no âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde.

Para além de ser um grupo populacional com diversos agravos e riscos, os/as adolescentes e jovens são potencialmente criativos, participativos e aglutinadores quando suas energias e potências são canalizadas para a ação, para a escuta e o acolhimento. São as suas necessidades e demandas que devem mobilizar a equipe de saúde, essas nem sempre são somente de caráter epidemiológico, muitas vezes são demandas sociais, familiares, afetivas e culturais.

Refletir sobre essas questões coloca-nos também a discussão sobre como se produz determinados modelos de saúde ou de ser saudável ao qual se legitimam como uma norma, reportando a obra de Canguilhem, *O normal e o patológico* (1963), onde, segundo ele, tanto o estado de estar saudável ou de estar doente se constituem na normalidade da vida, são manifestações da existência humana na sua habilidade de criar e recriar as suas próprias normas.

Portanto, pensar políticas públicas para adolescentes e jovens necessariamente significa repensar paradigmas de atuação e de proposição. O estudo feito demonstra que estamos distantes de estabelecer uma relação dialógica com os adolescentes e jovens e esse desafio se mostra evidente quando nos momentos de formulação e elaboração de ações esses sujeitos não são acionados, não são perguntados e envolvidos.

Mesmo o aparato burocrático de uma gestão pública dificultando a participação e outros envolvimento, a questão da intersetorialidade pode ser a chave de participação desse público.

REFERÊNCIAS

ASSIS, S.G., PESCE, R.P.&AVANCI,J.Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Artmed. UNICEF, 2006.

AYRES, J. R. C. M. & FRANÇA Jr., I. Saúde do Adolescente. In: SCHARAIBER, L. B NEMES, M. I. B. & GONÇAVES, R.B.M. (Orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica.*, São Paulo: Editora Hucitec, 1996 p. 66-85.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8069. São Paulo: Atlas, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Normas de atenção à saúde integral dos adolescentes*. Brasília, v.1, 1993.

BRASIL. Marco Legal: saúde, um direito. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, área de Saúde do Adolescente e do jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area> Acessado em: 01 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Folder de Ações. Brasília: Secretária de Atenção à Saúde, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Guia de Adolescentes e Jovens para Educação entre Pares. Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 96. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS; 2008 nov.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf Acessado: junho 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. Estatuto da Juventude. Brasília – DF. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm

Acessado em: 04 de junho de 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional da Juventude. Plano Juventude Viva. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva/o-plano>

Acessado em: junho de 2014.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Treinamento Introdutório/Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: forense Universitária, 2006.

CECCIM, R.B.FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 211-226.

CECILIO, L.C.de O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

CONJUVE. Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude; Fundação Friedrich Ebert, 2008.

CORREIA, A.C.P.; FERRIANI, M.G.C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Rev bras enferm*, v.58, n. 4, jul-ago, 2005, p. 449-53.

DAYRELL, J.T. *A música entra em cena*: o rap e o funk na socialização da juventude. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

DOLTO, F. *A causa dos adolescentes*. Trad. Julieta Leite. Rio de Janeiro: Novo Fronteira, 1990.

GROPPO, L. A. *Juventudes*: ensaios sobre a sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

HORTA, N.C.; LAGE, A.M.D.; SENA, R.R. Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. *Rev. enf. UERJ*, v. 17, n. 4, p. 538-43, set-dez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na Contemporaneidade*: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2010. Agregado dos setores censitários. Resultados do universo RS. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Acessado em 23 de abril de 2012.

KRUG, E.G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEÓN, O. D. Adolescência e Juventude: das noções às abordagens. In: VIRGINIA, M. F. (Org.) *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo, Ação Educativa, Friedrich Ebert Stiftung, 2005.

LICO, F.M.C. WESTPHAL, M.F. In: WESTPHAL, M. F. e BYDLOWSKI C. R. (Org.). *Violência & Juventude*. Editoras. – São Paulo: HUCITEC, 2010.p.25-39.

LUZ, M.T. Relação entre o adolescente e a sociedade atual. In. *Ordem Social*,

instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos. (Org.) LUZ. M.T. Riode Janeiro: CPESC:IMS/LAPPIS: ABRASCO,2007.

MARQUES, S.S. MADDALENO, M. Políticas públicas de promoção do desenvolvimento juvenil e prevenção da violência: combinando perspectivas para políticas integrais. In: WESTPHAL,M.F.; BYDLOWSKI, C.R. (Org). *Violência & Juventude*. Editora Hucitec, 2010, p.103-125.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS, Rubem Araújo. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS.R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processo*. Porto Alegre, Artmed, 2004.

NOVAES, R. R. VANNUCHI, P. *Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas,2002.Organização das Nações Unidas. *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança*. 1989. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php. Acessado em junho de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Violência & Salud*. Resolucion n°XIX. Washington D.C: Opas,1994.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *THE LANCET*. London, 2011, maio p.75-89.

Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>>.

Acessado em: setembro 2012.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. FLASCO Brasil, Rio de Janeiro, 2014. Acessado em: 03 de julho de 2014, em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/index.php>

YIN, R.K. Estudo de Caso - Planejamento e Métodos. Editora Bookman, 2001.