



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS

DAYANE ALVES DE OLIVEIRA

**DISCUTINDO A ATENÇÃO À SAÚDE DOS (AS) ADOLESCENTES NA
CONTEMPORANEIDADE.**

Campina Grande

2012

DAYANE ALVES DE OLIVEIRA

**DISCUTINDO A ATENÇÃO À SAÚDE DOS (AS) ADOLESCENTES NA
CONTEMPORANEIDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa.

Campina Grande

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

O48d Oliveira, Dayane Alves de.

Discutindo a atenção à saúde dos(as) adolescentes na contemporaneidade [manuscrito] / Dayane Alves de Oliveira – 2012.

24 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Promoção da saúde. 2. Saúde do adolescente. 3. Estratégia saúde da família. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

DAYANE ALVES DE OLIVEIRA

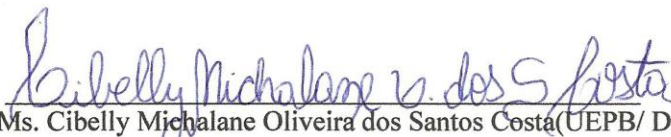
**DISCUTINDO A ATENÇÃO À SAÚDE DOS (AS) ADOLESCENTES NA
CONTEMPORANEIDADE.**

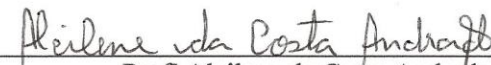
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao
Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade
Estadual (UEPB) da Paraíba, em cumprimento às
exigências para obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.


Orientadora: Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa.

Aprovada em: 15 / 08 / 2012

Nota: 10,0 (Dez)


Profª Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa (UEPB/ DSS)
Orientadora


Profª Alcilene da Costa Andrade
(Examinadora 01)


Luzimar Lacerda Rolim
(Examinadora 02)

Campina Grande

2012

DISCUTINDO A ATENÇÃO À SAÚDE DOS (AS) ADOLESCENTES NA CONTEMPORANEIDADE.

OLIVEIRA, Dayane Alves de

RESUMO: O Trabalho de Conclusão de curso aqui em foco analisa as condições de saúde dos(as) adolescentes. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico de caráter descritivo, onde para a abordagem da temática buscou-se referências teóricas capazes de fundamentar a discussão acerca do assunto. Para tanto, realizamos uma retrospectiva histórica da política de saúde brasileira da sua gênese à contemporaneidade, também utilizamos como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção e Recuperação da Saúde. Ressalta-se que enfatizamos, ainda, o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF), no tocante a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos (as) adolescentes, levando em consideração o conceito ampliado de saúde, como estado de bem-estar biopsicossocial. Os resultados demonstram que a legislação específica relacionada aos adolescentes mostra-se incipiente, frente às demandas da atualidade, assim sendo, o SUS atua de maneira desarticulada e mesmo a ESF que objetiva contemplar o todo familiar, abre uma lacuna quando se trata em saúde dos (as) adolescentes.

PALAVRAS- CHAVE: Saúde. Adolescente. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: The Work Completion of course in focus analyzes the health of (the) adolescents. Trata is a bibliographical research of a descriptive nature, which to approach the issue sought to theoretical frameworks capable of supporting the discussion the subject. Thus, we performed a historical retrospective of the Brazilian health policy of its genesis to the present day, also used as a reference to the Status of Children and Adolescents, Guidelines for National Health Care for Adolescents and Youth in Health Promotion and Recovery it is noteworthy that emphasize also the role of the Family Health Strategy (FHS), regarding the promotion, prevention and recovery of health of (the) adolescents, taking into account the broader concept of health as a state of well-being biopsychosocial. The results demonstrate that specific legislation related to adolescents

appears to be incipient meet the demands of today, therefore, the NHS plays an unarticulated and even in the ESF to objectively consider the whole family, open a gap when it comes to health (as) adolescents.

KEYWORDS: Adolescent Health. The family health strategy.

1 INTRODUÇÃO

Os jovens nos dias atuais encontram-se expostos as mais diversas situações que colocam em risco sua saúde e, conseqüentemente, a sua vida.

O consumo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, se configuram como um problema, que longe de ser apenas das classes mais pobres, atinge os jovens de todas as classes sociais. Além das drogas os jovens encontram-se expostos à agravos, sejam eles decorrentes da violência, de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, da saúde sexual e reprodutiva, que interferem no seu desenvolvimento e no objetivo de alcançar uma vida saudável.

No entanto, mesmo diante de uma série de aspectos que acometem a vida desse segmento, evidencia-se que as discussões e práticas efetivas em torno da saúde dos(as) adolescentes ainda deixa muito a desejar, tornando estes(as) mais vulneráveis.

Destarte, a temática aqui delineada é pouco discutida, embora seja de extrema importância, se analisarmos o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano em processo de desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas, que encontra amparo na legislação brasileira através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13/07/1990; as leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e Lei nº 8.142, de 28/12/1990; Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 07/12/1993.

As referidas leis estão em consonância com a Convenção dos direitos da criança, realizada em 1989, pelas Nações Unidas, sendo ratificada pelo Brasil em 1990 com a criação do ECA.

Como procedimentos metodológicos, utilizamos a pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, a qual tem como objetivo primordial o levantamento das características de determinada realidade.

Diante do exposto, acredita-se que a discussão aqui delineada poderá contribuir para a produção do conhecimento acerca do papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) na promoção da saúde e do bem-estar dos adolescentes, contribuindo ainda como instrumento de análise para melhorar o atendimento ao referido público.

2 BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas de saúde no Brasil, sempre foram um campo de interesses e conflitos, servindo de instrumento de controle social e manutenção da ordem vigente. Contudo, não podemos negar os significativos avanços ao longo dos anos, fruto de lutas e reivindicações que foram sendo incorporadas, tendo como auge a conquista da saúde como um direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988.

Na Primeira República (1889 – 1930) as ações no campo da saúde eram privilégio apenas de algumas classes sociais que tinham condições de contribuir para a valorização do capital, predominando nesse período o modelo liberal privado, para que fossem atendidos os interesses e necessidades do modelo econômico agro-exportador vigente no país. Com destaque as campanhas sanitárias que eram destinadas ao combate de epidemias urbanas e rurais (PATRIOTA; AMORIM, 2003).

A conjuntura brasileira dos anos 1930 fez surgir à necessidade de intervenção por parte do Estado, através de políticas sociais que dessem respostas às expressões da questão social, particularmente as de saúde, sobretudo com a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos (BRAVO, 2000).

Na década de 1930, teve início um modelo embrionário, da previdência social no Brasil, por meio das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), após a aprovação da Lei Elói Chaves de 1923. A partir desse momento, os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica. Após um período de expansão as CAPs, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Sendo a partir de então criado um instituto para cada categoria de trabalhadores.

De acordo com Paim (2009) O sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Desse modo, o referido autor acrescenta que:

A saúde pública não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), nem com a saúde do trabalhador. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde (PAIM, 2009, p. 31).

Em 1966 os Institutos foram unificados, surgindo então o (INPS) Instituto Nacional de Previdência Social, a partir desse momento apenas os trabalhadores que estivessem inseridos no mercado formal teriam acesso à assistência médica da previdência social, aos demais caberia pagar pelos atendimentos médicos ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios.

No período da Ditadura Militar no pós – 1964, o Estado através do binômio repressão – assistência, ampliou a política assistencial com o objetivo de amenizar as tensões, regular conflitos e legitimar o regime servindo de mecanismo de acumulação do capital. Observa-se que no período de 1964 a 1974, a medicina previdenciária cresceu, enquanto a saúde pública declinou. Não havia uma política de prevenção, mas sim uma estratégia de medicalização social, ou seja, ações centradas na assistência médica curativa individual em detrimento das ações preventivas e coletivas. Confirmando um modelo de saúde de corte curativo voltado para o favorecimento do grande capital através do incentivo direto à compra de serviços de saúde privados.

Diante desse contexto, as insatisfações por parte da população são crescentes e vários movimentos organizados denunciam as más condições de saúde, sendo o Movimento de Reforma Sanitária, iniciado ainda nos anos 1970, o grande protagonista das lutas em favor de reformas na política de saúde, entre elas: a universalização do acesso; a saúde como direito social e dever do Estado; o Sistema Unificado de Saúde (SUS); a descentralização das decisões para as esferas Estaduais e Municipais; o financiamento efetivo e a participação popular através dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2000).

O final da década de 1970 vive-se um momento de forte efervescência política no Brasil e é nessa conjuntura que surge o Movimento da Reforma Sanitária, que segundo Correia (2008, p. 111)

[...] congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do “modelo- assistencial privatista” para um Sistema de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 foi um marco e um grande passo em direção a essas mudanças, pois na ocasião foi aprovada uma ampla reforma sanitária no país, assim como também a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo mais tarde incorporada pela Constituição Federal de 1988, onde a saúde passa a ser um direito do cidadão e dever do Estado.

De acordo com Paim (2009) foi apenas com a Constituição de 1988, que a saúde passou a ser concebida como direito social e, portanto, inerente à condição de cidadania. Essa conquista é resultado de lutas e pressão empreendida pelo movimento da Reforma Sanitária.

O conceito de saúde também foi ampliado nesse contexto, tendo como fatores determinantes: a alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, renda, educação, meio ambiente, lazer, entre outros serviços essenciais, passando, portanto a ser conceituado como o bem estar biopsicossocial.

A Constituição Federal de 1988 transcorre sobre a saúde nos artigos 196 – 200, e define em seu art. 196 a garantia do direito à saúde da população brasileira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Foi através da Constituição Federal de 1988 que os cidadãos brasileiros tiveram seus direitos assegurados no que tange a saúde, a Carta Magna trouxe a garantia do acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde, visando propiciar o atendimento que objetiva a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A implementação do SUS, ao mesmo tempo em que promove mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política, atendendo a reivindicações históricas do movimento sanitário, como por exemplo, a universalização, descentralização e alguns mecanismos de

“participação” da sociedade, não consegue superar as contradições existentes, a exemplo da exclusão, recursos precários, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, e desarticulação com as demais políticas sociais que interferem nas condições de vida da população como: habitação, saneamento, condições de trabalho, etc.

Essas contradições vêm se agravando ainda mais com a ofensiva neoliberal, que prega o Estado mínimo para o social e se volta para o modelo médico-assistencial privatista direcionado para o mercado. “Assim, cabe ao Estado garantir o mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado” (CFESS, 2009, p.10).

Sob a desculpa de uma “crise fiscal” o Estado racionaliza os gastos principalmente aqueles destinados às políticas públicas a exemplo da saúde. Observa-se também a falta de ações preventivas e o sucateamento da saúde pública, o que dificulta o acesso da população. (BRAVO; MATOS, 2004).

Destarte, o projeto neoliberal consolidado nos anos 1990 confronta-se com o projeto da reforma sanitária, o qual preconiza a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado.

A partir da necessidade de superação do modelo assistencial de saúde, ainda predominante no país, caracterizado pela prática hospitalocêntrica, o Ministério da Saúde implanta no Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas.

Devido à experiência acumulada através do PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfatizando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura para as famílias.

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, remonta ao ano de 1994, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção primária. A implantação do PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Ressalta-se que a partir de 2006, o programa recebe uma nova nomenclatura, Estratégia Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Um importante traço da ESF é a necessidade de criação de um vínculo de compromissos e co-responsabilidades entre a comunidade e os profissionais de saúde. É necessário que a equipe multiprofissional tenha o conhecimento sobre a vida do usuário, sobre a família, sobre o cotidiano em comunidade, a fim de facilitar a elaboração de ações de promoção e prevenção da saúde dos usuários, e em última análise contribuir para humanização do sistema de saúde.

Na ESF, profissionais e usuários são reconhecidos como parceiros para a construção de práticas em saúde que de fato venham a contemplar as necessidades da área de atuação das Unidades Básicas de Saúde da Família- UBSF. Assim sendo, os usuários fogem do estigma de ser apenas objeto de intervenção e assumem, portanto a postura de co-autor dos projetos em saúde da sua comunidade.

As equipes de saúde da família organizam sua prática, priorizando alguns grupos a exemplos das crianças menores de dois anos para o atendimento na puericultura, as mulheres em idade reprodutiva para a realização do planejamento familiar e pessoas hipertensas e diabéticas em sua maioria idosa.

No município de Campina Grande- PB, a ESF foi implantada no dia 12 de maio de 1994, sendo Campina Grande, considerada pelo Ministério da Saúde como um dos municípios pioneiros a desenvolver a experiência no Brasil. O PSF hoje ESF foi assim implantado, seguindo orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os agentes comunitários de saúde (ACS's) foram incorporados no ano de 1995, sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes da ESF.

De acordo com Leite e Veloso (2009), outros profissionais foram inseridos em 2003 no PSF, tais como o assistente social, o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário

(ACD), todos eles na proporção de um profissional para cada duas equipes. Além disso, em 2004, atendendo a um plano de descentralizar as ações de reabilitação, foi incluído, na equipe, o fisioterapeuta.

Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da Estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS Nº. 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Os NASFs são compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento, que devem atuar em conjunto com os profissionais da ESF compartilhando a construção de práticas em saúde nas áreas sob responsabilidade da equipe de saúde da família, nas quais o NASF está cadastrado.

O Ministério da Saúde (2012), assim define tal parceria:

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussão para gestão do cuidado, Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo porta de entrada do sistema para os usuários, mais apoio às equipes de saúde da família e têm como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

Nos anos 2000, a história política do Brasil é marcada pela eleição para presidência da república do ex- metalúrgico e ex- sindicalista, Luiz Inácio Lula da Silva, um autêntico representante da classe operária brasileira, que assumiu a Presidência da República de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011. O que segundo Bravo e Menezes (2011, p. 16) pode ser percebido como:

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

No período que corresponde ao primeiro mandato do presidente Lula percebe-se no discurso oficial do governo, a garantia da saúde como um direito fundamental, bem como a garantia ao acesso universal, equânime e integral aos serviços públicos de saúde.

No entanto o que se pode verificar é que a disputa de ideologias que surgiu na década de 1990, com o advento de Estado neoliberal, que coloca o projeto da reforma sanitária em oposição ao projeto privatista, permanece durante a gestão do governo de esquerda. Passando o governo a atender interesses dos dois projetos, sem definir qual sua posição de fato.

Elementos como a focalização, a precarização de recursos materiais e das relações de trabalho, a terceirização, são típicos do projeto privatista se fazem presentes na política de saúde adotada pelo governo Lula.

No que tange a atenção básica o que se percebe é a ampliação do Programa Saúde da Família, bem como das equipes profissionais, na atenção hospitalar podemos verificar o fortalecimento do vínculo entre os hospitais universitários com o SUS. É também no Governo Lula que tem origem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e na área farmacêutica são criadas as farmácias populares.

Durante o segundo mandato do presidente Lula (2007- 2010), o projeto de criação de fundações Estatais de Direito Privado no âmbito da saúde é um fator preocupante e que se choca diretamente aos princípios da reforma sanitária.

A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 21).

Fica evidente durante os oito anos de governo do presidente Lula, que houve a prevalência do projeto privatista em detrimento ao projeto da reforma sanitária, mesmo naqueles projetos que na gênese foram pensados para fortalecer o SUS e suas diretrizes, garantindo o acesso universal, equânime e integral da população aos serviços públicos de saúde.

Em 2010, o Brasil elege a primeira presidenta da república da sua história, Dilma Rousseff, que em seu discurso de posse aponta a saúde como uma prioridade de seu governo, no entanto diz que pretende estabelecer parceria com a rede de serviços privados, ferindo assim os princípios do SUS, construídos nos anos 1980.

Destacam-se no governo Dilma ações e programas como a Rede Cegonha; programas de prevenção e recuperação de mulheres com câncer de mama ou no colo do útero; o programa “Aqui tem Farmácia Popular”, e a implantação das UPAS- Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

A Rede Cegonha foi lançada em março de 2011 e objetiva o cuidado desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança, podendo ser entendida segundo o Ministério da Saúde (2012) como:

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas¹, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

O programa “Aqui tem farmácia Popular”, consiste em uma ampliação do programa de Farmácia Popular, que teve início no governo do presidente Lula. O programa em sua origem foi criado para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos, possuindo para tanto uma rede própria de farmácias, posteriormente estabeleceu parcerias com farmácias da rede privada, chamadas de “Aqui tem Farmácia popular”.

As UPAS, segundo o Ministério da Saúde (2012) são estruturas de complexidade intermediária, posicionando-se entre as unidades básicas de saúde e as emergências hospitalares, seu funcionamento está intimamente relacionado ao SAMU, que organiza o fluxo de atendimentos e direciona os pacientes ao serviço de saúde adequado a sua situação.

¹ A doula [pronuncia-se "dula"] é uma assistente de parto sem titulação oficial, que proporciona informação e apoio físico e emocional às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto. As dulas não podem ser consideradas parteiras, pois não realizam procedimentos médicos como auscultação fetal, medição de pressão e exame de toque do colo uterino. Sua função intraparto   de dar apoio físico e emocional   mulher em trabalho de parto (www.wikipedia.org, acesso em 23/06/2012).

Nesse sentido vale ressaltar, segundo Bravo e Menezes (2011), que as Upas fortalecem o modelo hospitalocêntrico. Mais importante seria repensar as ações da Estratégia Saúde da Família, bem como sua articulação com o sistema.

3 O ECA E A “ÊNFASE” NA SAÚDE DOS(AS) ADOLESCENTES

De acordo com Papouso (2009), na década de 1980 enquanto o Brasil passava por um processo de redemocratização e de construção de um Estado de Direitos, surgiu à preocupação com o bem-estar, com a construção de uma sociedade igualitária e mais justa, com base em direitos sociais assegurados na Constituição de 1988.

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), em 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através do qual se estabelece o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas.

A constituição brasileira de 1988 elegeu, como um de seus princípios norteadores, a prevalência dos Direitos Humanos. Assim, o cumprimento das obrigações internacionais assumidas e o reordenamento dos marcos jurídico-institucionais aos critérios das Convenções Internacionais de Direitos Humanos tornaram-se exigências constitucionais (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.64).

O ECA tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, reconhecendo como criança a pessoa até doze anos incompletos e como adolescente a pessoa até dezoito anos de idade, primando pelo desenvolvimento sadio e harmonioso do indivíduo, levando-se em conta os aspectos físicos, mentais, culturais e espirituais. Nesse sentido o referido Estatuto pode ser considerado um instrumento para salvaguardar o direito à vida e pleno desenvolvimento de todas as crianças e adolescentes brasileiros.

A inserção na agenda pública brasileira da atenção à saúde de adolescentes e jovens decorre da mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina da proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (RAPOSO, 2009, p. 118).

Através do ECA as crianças e os adolescentes passam a ser concebidas como cidadãos, sujeito de direitos, passando a ter todos os seus direitos assegurados através referida Lei, em seu 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 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.

Embora, em seu texto o ECA, assegure todas as garantias para o desenvolvimento pleno das crianças e dos adolescentes, o que se percebe na realidade é o total desrespeito a essa fase de formação do ser humano, por vezes são negligenciados direitos fundamentais como à saúde e à vida.

No tocante à saúde da população infanto- juvenil, tendo em vista se tratar do foco central, ou seja, do nosso objeto de estudo, conforme o ECA:

Parágrafo único. A garantia de prioridades 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 a infância e à juventude (ECA, 1990).

O ECA se configura como um dos maiores instrumentos na luta pela garantia à vida e à saúde da população infanto- juvenil, no entanto percebe-se que a todo momento ele determina que as crianças e adolescentes têm direitos, têm privilégios, mas o que de fato se percebe é que

sua efetivação ainda deixa muito a desejar, não contemplando as questões que dizem respeito ao referido público de maneira incisiva e determinante, para que como tantas outras leis, não fiquem apenas como palavras ao vento, mas que sejam capazes de determinar uma mudança real na vida e na organização da sociedade brasileira.

Em seu artigo 7º o ECA reafirma a garantia do desenvolvimento pleno e sadio das crianças e adolescentes:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (ECA, 1990, p.10).

Na perspectiva de assegurar os direitos referentes aos segmentos aqui estudados e de tê-los garantidos por alguém, o artigo 227 da Constituição Federal e o artigo 4º do ECA (que o transcreve) definem os direitos da população infanto-juvenil brasileira, bem como os responsáveis por garanti-los.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2005).

De acordo com o ECA, deve ser assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Constituindo também dever do SUS elaborar programas de assistência médica e odontológica, atuando no nível da prevenção das enfermidades que possam afetar a vida da população infanto-juvenil, podendo elaborar campanhas sanitárias que envolvam os pais, os filhos e os educadores.

É inquestionável que o referido estatuto representa um enorme avanço na legislação brasileira, no entanto é inegável que o mesmo quando trata do direito à saúde o faz de maneira superficial, deixando brechas e lacunas na Lei.

A Constituição Federal consagra a saúde como direito fundamental para a garantia à vida e conseqüentemente para o desenvolvimento harmonioso do ser humano, nas mais diversas dimensões, seja física, psicológica, intelectual, etc. A saúde permeia toda a existência humana e como tal, merece destaque na legislação, através de Leis que assegurem o acesso universal, equânime e integral, com eficácia e qualidade de serviços, a toda população brasileira.

Além do ECA a Lei Orgânica da Saúde(LOS), sob números 8.080/90, e 8.142/90, juntamente com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742/93, ambas em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança, compõem o arcabouço jurídico de proteção aos direitos das crianças e dos adolescentes. A Lei Orgânica da Saúde institui o modelo descentralizado e universal de atenção à saúde, o direito de participação popular na implementação e gestão do SUS são garantidos através das Conferências Nacionais de Saúde.

A LOAS tem como objetivo maior garantir a existência digna e justiça social a todos. A Constituição de 1988 assegura a assistência social a todos que dela necessitar, a referida Lei ainda visa amparar crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, garantindo ainda um salário mínimo em forma de benefício mensal para pessoa com necessidades especiais que comprovem não poder prover sua existência ou tê-la provida por seus familiares.

Todavia, cabe-nos enfatizar que essas leis são imprescindíveis para a garantia da viabilização da atenção à saúde para as crianças e adolescentes, no entanto, os cuidados com a saúde e o conseqüente desenvolvimento harmonioso do ser humano, começam bem antes do seu nascimento, tem início durante a gestação, e visam proteger a vida da gestante e do nascituro como preconiza o ECA em seu artigo 8º: É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal .

Considerando o direito a amamentação como fator preponderante para desenvolvimento da criança, posto que a mesma supre todas as necessidades nutricionais dos primeiros meses de vida, a Constituição Federal, em seu capítulo II, Artigo 7º, Parágrafo XVIII – trata da licença gestante, concedendo a mãe licença de 120 dias, sem prejuízo de emprego ou do salário. O pagamento da licença é feito pela previdência. O pai tem direito a cinco dias de licença, para dar assistência a seu filho e mãe, recebendo salário integral.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em seu artigo 396 define o direito das mães inseridas no mercado de trabalho de amamentarem seus filhos: “A mulher trabalhadora que amamenta terá direito durante a jornada de trabalho a dois descansos remunerados de meia hora

cada um, para amamentar, até seu filho completar seis meses de idade”. E em parágrafo único, a referida Lei determina: “Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério de autoridade competente”.

Ainda com o intuito de resguardar a saúde das crianças, o ECA, em parágrafo único determina: É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a vacinação é o meio mais eficaz de erradicar, eliminar e controlar inúmeras doenças imunopreveníveis, as ações são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Para tanto o Ministério da Saúde elabora um calendário básico de vacinação da criança, e um calendário básico de vacinação dos adolescentes.

No calendário das crianças os períodos de vacinação são mais frequentes no primeiro ano de vida, assumindo espaçamento maior nos anos subsequentes com vacinação aos 15 meses, 4 anos e 10 anos. No calendário dos adolescentes as vacinas básicas ocorrem dos 11 aos 19 anos.

As crianças de até dois anos de idade, são atendidas prioritariamente, através do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, mensalmente para acompanhamento na puericultura.

Percebe-se então uma lacuna quando se trata do atendimento de crianças acima de dois anos e dos adolescentes, sendo para eles adotada a medicina curativa, deixando a segundo plano ações de prevenção e promoção em saúde. Tal fator ratifica a precariedade no desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a proteção e promoção da saúde dos/as adolescentes.

A ampliação do conceito de saúde trouxe à tona, diversas dimensões e inúmeros efeitos causais que podem interferir diretamente no processo saúde- doença da população infanto-juvenil. Considerando a adolescência como uma fase complexa de desenvolvimento e de transição para a vida adulta, devem-se levar em consideração os diversos fatores que corroboram para que os adolescentes alcancem um estado de bem estar biopsicossocial, e ainda aqueles que interferem diretamente no processo saúde – doença. Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), é importante considerar a adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação e que envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual estão as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos

institucionais que reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho, e a dimensão biográfica, que diz respeito às particularidades da vida de cada indivíduo.

O processo de passagem da adolescência e da juventude para a vida adulta, dentro do *continuum* evolutivo do ser humano, pode ser entendido como um processo articulado de ações e de decisões dos sujeitos que, por seu turno, sofrem constrangimentos das estruturas sociais e econômicas e dos diferentes dispositivos institucionais (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.46).

Por essa razão, iniciativas públicas voltadas para os (as) adolescentes são imprescindíveis.

3.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATUAL CONJUNTURA

Nos dias atuais é perceptível que são inúmeros os efeitos causais que comprometem o pleno desenvolvimento dos adolescentes, no entanto é evidente que há o despreparo por parte do Estado para enfrentar os embates em prol da funcionalidade do sistema de saúde.

Nesse sentido, a partir das leituras realizadas e da experiência adquirida em campo de estágio, pode-se inferir que para que haja de fato a integralidade no que tange ao atendimento no SUS, é necessária a promoção de práticas intersetoriais e interdisciplinares, que corroborem com o ideal da atenção integral, proposta nas diretrizes do SUS. É necessário que os profissionais de saúde quebrem a barreira do espaço físico de seus trabalhos, e passem a alcançar as escolas, à comunidade, que de fato venham a elaborar ações de promoção em saúde, que sensibilizem os jovens e promovam a reflexão sobre os temas que afetam direta ou indiretamente suas vidas que estão relacionadas à raça, a etnia, gênero, a orientação sexual, e outras formas de exclusão e discriminação.

A promoção, prevenção e cuidado com a saúde do público infanto-juvenil constituem atribuições também pertinentes a Estratégia Saúde da Família, que deve para tanto interpretar a

saúde em seu conceito ampliado, levando em consideração todos os fatores que possam interferir no bem estar e qualidade de vida de seus usuários.

A garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência desse grupo populacional compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserindo em contexto social, cultural e familiar e em seu território. Assim como é primordial a integralidade da atenção definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010, p. 77).

As Unidades Básicas de Saúde que atuam como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro devem, portanto, atender ao referido público com a mesma atenção devotada aos outros usuários, uma vez que os mesmos estão inseridos na família, foco de ação da ESF.

Deve-se buscar a articulação entre os diversos setores que se enquadram nos cuidados e proteção das crianças e dos adolescentes, o estabelecimento de parcerias entre a educação e a saúde, entre a política de proteção a saúde e o planejamento familiar, a criação de uma rede de serviços composta por uma equipe multiprofissional capaz de fugir do modelo hospitalocêntrico, que busca apenas os distúrbios do corpo, mas que consiga ter a sensibilidade para enxergar os problemas psicológicos, emocionais, sociais, familiares que cada sujeito enfrenta em seu cotidiano.

A importância de levar atividades relacionadas à saúde para o ambiente escolar baseia-se na evidência de que a escolaridade é um fator protetivo para adolescentes e jovens, posto que a incidência de alguns agravos mostram-se reduzidas quando o nível de escolaridade é maior em relação aos adolescentes e jovens com menor grau de instrução.

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), os casos de gravidez na adolescência, e transmissão de doenças que são contraídas por meio de relações sexuais são bem maiores entre adolescentes e jovens e em especial aqueles que possuem baixa escolaridade.

A infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis merece especial atenção, uma vez que, no grupo etário de adolescentes, a primeira relação sexual está acontecendo mais cedo e nem sempre é utilizado o preservativo (nesta e nas seguintes) como proteção contra infecção por DST (DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, 2010 p.86).

O atendimento aos jovens nas Unidades Básicas de Saúde da Família deve ser realizado de maneira humanizada de forma a viabilizar uma aproximação com o público em questão, as ações devem ser voltadas não apenas para cura de doenças já existentes, mas devem contemplar a promoção em saúde, levando conhecimento, através de ações que possam ser construídas em conjunto com os adolescentes e jovens, sensibilizando e fazendo com que eles reflitam sobre suas condições de saúde e busquem melhorias com o auxílio das equipes de saúde, devendo também atuar no âmbito da prevenção através de atendimento ginecológico, planejamento familiar entre outras ações que possam contribuir para a saúde plena dos adolescentes e dos jovens, para tanto se deve desmistificar preconceitos com relação à saúde do homem, e promovê-la em condições iguais as das mulheres.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a saúde dos(as) adolescentes no Brasil, tornou-se evidente o descaso com que a temática vem sendo tratada pelo Estado, não existem ações destinadas ao referido público, o que se percebe é a continuidade da prática da medicina curativa, cuja característica é o modelo hospitalocêntrico, a invés de intervenções de prevenção e promoção da saúde.

O SUS, o qual deveria promover o acesso equânime, universal e integral de todos os brasileiros aos serviços de saúde, mostra-se desarticulado quando o assunto é a saúde dos adolescentes, a ESF, que foi idealizada segundo os princípios da reforma sanitária e à luz da Carta Magna de 1988, pode ser considerada como mais uma política focalizada, de caráter excludente e parcializado.

Destarte, a partir dos estudos realizados, os quais culminaram na elaboração desse artigo, foi possível evidenciar que os dispositivos legais que foram criados a fim de salvaguardar o

direito à vida e, por conseguinte o da manutenção da saúde dos adolescentes se mostram incipientes, frente às necessidades apresentadas por esse público.

Enquanto não houver a formulação de ações e programas destinados à saúde dos adolescentes irão se perpetuar práticas em saúde focalizadas e excludentes, impedindo que a integralidade estabelecida nos princípios do SUS seja de fato efetivada.

Em face ao exposto, acreditamos que as reflexões suscitadas neste trabalho possam se configurar como uma semente que possa germinar novas análises e debates em torno do assunto, culminando na construção de propostas para o atendimento à saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Diretrizes nacionais para à atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Básica. **Saúde da Família**. Disponível em:

< [http:// dab.saude.gov.br/atencabasica.php](http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php) > Acesso em 28 de outubro 2011.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA MS/GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**. Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7661> Acesso em 28 de outubro 2011.

_____.Estatuto da criança e do adolescente, 1997. Lei nº 8.068/90.

BRAVO, Maria Inez Souza. **As políticas de seguridade social – Saúde**. In: *Capacitação em Serviço Social e política social, modulo 3*. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____. & MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária do Projeto Ético-político do Serviço Social: Elementos para o debate**. In: *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. & MENEZES. Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde”**. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, março de 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In. MOTA, Ana Elizabete... [et al.] , (orgs). 3. ed.. São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008

COSTA, Ana Paula Motta. **Adolescência. Violência e sociedade punitiva**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, anoXXVI, n 83, setembro 2005.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1997. Lei nº 8.068/90.

LEITE, Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. **Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf//>> . Acesso em: 28 de outubro 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATOS, Maurílio Castro de. **O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, ano XXIV, n. 74,2003.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis:Vozes,1994.

PAIM, Jamilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PATRIOTRA, Lúcia Maria; AMORIM, Joaquina de Araujo de. **As Políticas de Saúde no Brasil**. In: *Revista do UNIPÊ*. João Pessoa, 2003.

RAPOUSO, Clarisse. **A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?** In: Revista Em Pauta, volume 6- número 23- julho de 2009. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/450/548> > Acesso em 20 de maio de 2012.