

O ATENDIMENTO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: um estudo dos documentos nacionais

Edlamar Jesus França*

artigo de revisão

RESUMO

O atendimento à saúde de adolescentes e jovens é uma questão que necessita de discussão e análises que levem em conta a realidade desta população. Este segmento, por ser considerado saudável, não tem a necessária atenção em saúde, exceto nas questões de saúde reprodutiva. Pesquisas recentes mostram esta população, sobretudo pobres e negros, como a mais vulnerável às diferentes formas de violência e incidência de mortalidade por causas externas. O que nos permite concluir que este segmento ainda está desassistido em parte, devido à insuficiência de serviços específicos ou inadequação destes para o mesmo, inclusive centros de referência; a saúde das(os) jovens não se resume apenas a atendimento e terapêutica, mas também envolve formação e qualificação dos profissionais; a portaria do MS (3088/2011) considera este segmento como uma das populações prioritárias, sendo portanto necessário e urgente a criação de serviços mais adequados; serviços como assistência social, ONGs, grupos culturais, projetos sociais, podem fazer parte da rede de atenção intersectorial como parceiras, mas uma questão se coloca pertinente: as(os) jovens encaminhadas(os) a tais serviços, estão sendo atendidos de modo integral, de acordo com suas características e demandas? É preciso discutir de que modo os serviços de saúde e seus níveis de atenção tem sido ofertados e tem acolhido as/os jovens, que equipamentos de saúde são pensados e construídos para atendê-los, como também acessar e revisitar as políticas de saúde para esta população. Essas análises se mostram necessárias para não aumentarmos o fosso existente na assistência.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Adolescentes e Jovens. Serviços Especializados.

* Psicóloga pela Faculdade Social (FSBA), especialista em Psicologia e Ação Social pela Faculdade São Bento da Bahia, técnica em Gestão de Projetos e Organizações Sociais pela Universidade Salvador (UNIFACS), mediadora de aprendizagem, docente em cursos de capacitação, educadora e consultora em projetos sociais. E-mail: edlamarfranca@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como objeto de estudo o atendimento à saúde de adolescentes e jovens em situação de violência intrafamiliar, que será aqui abordado no nível normativo dos documentos que orientam a política nacional de saúde para este público.

A ideia desse estudo partiu das experiências da autora no seu processo de formação em psicologia e nos últimos dois anos nas experiências profissionais já como psicóloga formada. Estas experiências aconteceram em quatro momentos. O primeiro com adolescentes e jovens em

cumprimento de medidas socioeducativas; o segundo com adolescentes em situação de abrigamento; e o terceiro na assistência à saúde deste segmento no Centro Estadual de Atenção ao Adolescente Isabel Souto (CRADIS); e o último como consultora de um projeto de formação de jovens lideranças da periferia de Salvador promovido pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA-ONU) em parceria com a Coordenadoria Ecumênica de Serviços (CESE).

Essas experiências permitiram a autora conhecer mais de perto o contexto da saúde pública e como funcionam as práticas e as políticas de saúde voltadas para adolescentes e jovens¹. Nessas experiências a autora realizou acolhimento; atendimento psicoterápico individual; trabalho em grupos psicoterápicos; participação em grupo de estudos e grupo de pesquisa com projeto sobre acolhimento de adolescentes e jovens; oficinas de histórias de vida e música com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; oficinas com jovens lideranças sobre os direitos da população jovem e mediação

de conflitos. Tudo isto no período 2009-2014.

O tema central deste artigo, produzido a partir do TCC da autora, defendido no curso de Psicologia da Faculdade Social da Bahia, em julho de 2012, é uma análise sobre as políticas públicas de saúde voltadas para adolescentes e jovens, em especial aqueles(as) em situação de violência intrafamiliar. Para isso, o texto foi estruturado em duas partes. Na primeira faremos uma breve discussão sobre princípios de pesquisa que orientaram o trabalho e a justificativa da escolha do tema. Em seguida faremos um resgate dos documentos nacionais que tratam da saúde deste público.

Esse artigo é uma pesquisa qualitativa do tipo documental, que considera a pesquisa como um ato político, ou seja, que a pesquisadora está implicada com o seu objeto de estudo e com o contexto no qual ele está inserido. A pesquisa qualitativa busca apreender aspectos da realidade, sem ignorar a subjetividade dos envolvidos e os aspectos políticos da realidade. Além disso, esse tipo de pesquisa não está direcionado para um comprometimento com a representatividade numérica dos dados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002). A metodo-

¹ A partir de agora para designar o público em questão, farei uso do termo adolescente ou do termo jovem. Entendemos que estas fases são vividas de modos diferentes pelos sujeitos em seus contextos, e a diversidade das experiências nesta fase da vida não podem ser reduzidas a um termo. Mas para tornar o texto mais fluido e menos repetitivo, optaremos por um ou outro nos parágrafos que se seguem.

logia desse trabalho teve como orientação uma das principais abordagens da pesquisa qualitativa, a abordagem teórico-crítica que se constitui a partir da crítica interna, ou análise rigorosa da argumentação e do método. Esse tipo de pesquisa leva em consideração que:

(...) as regras e padrões da metodologia científica são historicamente construídos e vinculados a valores sociais e a relações políticas específicas que, frequentemente, são escamoteados através dos rituais e do discurso da ciência (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p. 139).

Nesse sentido, os teórico-críticos entendem que o papel da ciência é também o de transformação social, sendo que a participação do cientista nesse processo é objeto de debate. O cerne da abordagem crítica é investigar as relações que se dão nos grupos e nas instituições, a partir das ações humanas com a cultura, as estruturas sociais e políticas. Objetiva compreender como tais processos são produzidos, mediados e transformados. Ainda com relação aos processos sociais os teórico-críticos entendem que esses processos não são neutros e estão vinculados às desigualdades sociais (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002). Esses dois autores por outro lado, nos alertam que para os teórico-críticos,

(...) objetividade nada tem a ver com leis “naturais” ou com uma “natureza” a ser descoberta, assim como subjetividade não é algo que tenha que ser expurgada da pesquisa, e sim algo que precisa ser admitido e compreendido como parte da construção de significados inerente às relações sociais que se estabelecem no campo pesquisado. Nessa perspectiva, a subjetividade não pode ser identificada com o que ocorre “na cabeça das pessoas”: na medida em que ela abarca a consciência humana, há que reconhecê-la como assimétrica, isto é, como sendo determinada por múltiplas relações de poder e interesses de classe, raça, gênero, idade e orientação sexual (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p. 140).

Alves-Mazzotti e Gewandsznajder trazem uma crítica sobre a inadequação do termo teoria crítica, uma vez que esse termo não consegue abarcar todas as alternativas nele incluídas (neomarxismo, materialismo, freirismo, feminismo, pesquisa participante e similares, além da própria teoria crítica). Esses autores apresentam um termo sugerido por Guba: “investigação ideologicamente orientada”, cuja principal característica em comum dentro dessa abordagem qualitativa, é considerar que se os valores estão presentes em qualquer investigação, cabe perguntar a quem estas investigações servem. Assim, a pesquisa é um ato político. Dessa forma e dentro dos princípios defendidos acima, passaremos

agora a mostrar os argumentos que justificam o presente estudo.

Segundo o *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil*, em 2008 no nordeste 74% da população juvenil morreu por causas externas. Dentre as quais 45,7% por homicídios e 63,5% por mortes violentas. Na Bahia esses números correspondem a 77% por causas externas; 50,7% por homicídio e 61,2% por mortes violentas. A pesquisa em questão constatou que os homicídios foram a causa de mais da metade dos óbitos juvenis nesse ano. Os dados obtidos nesse estudo são do SIM/SVS/MS (WAISELFISZ, 2011).

Já o relatório sobre a situação da adolescência brasileira de 2011, elaborado pela UNICEF, mostra que a maioria dos casos registrados pelo Disque Denúncia Nacional diz respeito à violência sexual e psicológica. Só no primeiro semestre de 2010, o serviço registrou 7,2 mil denúncias de violência sexual; 5,8 mil casos de negligência. Em relação à violência sexual, 65% dos casos eram de abuso sexual e 34% de exploração sexual. Das denúncias de exploração registradas 80% referiam-se a crianças e adolescentes do sexo feminino, assim como 51% das ocorrências de violência física e psicológica (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Ainda conforme o relatório da UNICEF, em 2009 a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) mostrou que 12,7% dos alunos de 10 a 12 anos já fizeram algum uso de drogas na vida. Esse número sobe para 23,1% entre os estudantes de 13 a 15 anos e para 29,2% entre os de 16 a 18 anos. O crack e outras drogas atingiram 98% das cidades brasileiras, segundo pesquisa da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) em 2011, revelando que este problema ultrapassou os territórios dos grandes centros urbanos do país (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Além das vulnerabilidades que afetam esse segmento, como vimos nas estatísticas, esse tema de estudo se justifica por outras razões. Uma delas é o fato de que adolescentes e jovens em situação de violência, especialmente os mais vulneráveis socialmente, ainda estão desassistidos em parte, devido à insuficiência de serviços específicos ou inadequação destes para esta população, inclusive centros de referência. Contudo a integridade da assistência à saúde dessa população é um direito garantido em lei:

Art. 2.º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as

condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1.º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009a, p. 10).

A importância de se estudar este tema diz respeito a uma peculiaridade dessa população. Ela está num processo de crescimento e desenvolvimento muito próprio e necessita de cuidados específicos que não poderiam ser integralmente atendidos numa unidade básica de saúde, pois sua função é genérica, ampla. Existem demandas e necessidades específicas que requerem serviços que têm complexidade e especialidade próprias para atender as peculiaridades da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso. Além das doenças crônicas ou não que exigem serviços de alta tecnologia, tais como AIDS, diabetes, câncer. Cabe salientar que na maioria das vezes, os casos de saúde desse público podem ser resolvidos no nível da atenção básica, contudo, há casos que necessitam de um aporte mais complexo de atenção como os de violência por causas externas e intrafamiliar, tráfico de pessoas, ameaça de

morte, por exemplo. Daí a necessidade de um serviço especializado.

É importante ressaltar que não estamos defendendo aqui de forma nenhuma a supremacia da especificidade da/do adolescente em relação a outros segmentos específicos (mulheres, crianças, idosos etc.). Esses também têm especificidades e merecem serviços de atenção especializada próprios, como os centros de referência. O que estamos argumentando aqui é a importância e peculiaridade do atendimento aos jovens em relação à atenção básica, que não pode em alguns casos como vimos, dar conta da saúde deste público.

O mesmo constitui uma população prioritária para as políticas públicas. A adolescência é um momento de passagem da criança para o estágio adulto e precisa de apoio e orientação, sobretudo quando se trata de situações que envolvem relações de violência. Isto não significa, contudo diminuir sua capacidade e potencialidade de fazer análises críticas da realidade, de tomar suas decisões e participar socialmente de forma não dependente, guiada, tutelada. É possível realizar tais feitos também em outros estágios de desenvolvimento e não apenas na fase adulta.

Ainda nos deparamos com a visão de que a adolescência é uma fase complicada, em que os sujeitos apresentam comportamentos “problemáticos”. Essas idéias influenciam a própria percepção que os adolescentes têm de si mesmos. É inegável que esta fase é um período de muitas experimentações, muitas delas novas para os sujeitos em questão, podendo resultar em acontecimentos benéficos ou não. Algumas questões complexas, porque impactam na vida presente e futura deste sujeito, podem se apresentar como problemas com o abuso de álcool e drogas, gravidez precoce, aborto, violência, evasão escolar: todos problemas considerados de saúde pública. Por outro lado, os serviços de saúde em sua estruturação não levam em conta às demandas deste público que ultrapassam as necessidades imediatas e emergentes, como também apresentam dificuldades em lidar com estes sujeitos, ora vendo-os como crianças ora como adultos. É preciso discutir de que modo os serviços de saúde e seus níveis de atenção tem sido ofertados e tem acolhido as/os jovens, que equipamentos de saúde são pensados e construídos para atendê-los. Essas análises se mostram necessárias para não aumentarmos o fosso existente na assistência.

Outra razão ainda diz respeito à aprovação recente, do Estatuto da Juventude (Lei nº12.852/2013) que dispõe sobre os direitos dos jovens, são eles: educação; profissionalização, trabalho e renda; diversidade e igualdade; saúde; cultura; comunicação e liberdade de expressão; desporto e lazer; território e mobilidade; sustentabilidade e meio ambiente; segurança pública e acesso à justiça (BRASIL, 2013).

Finalmente esse tema é importante, pois a juventude é uma das populações prioritárias no que tange às ações e políticas do governo federal. O Ministério da Saúde através da portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 estabelece a configuração da rede psicossocial, priorizando as populações indígenas, de rua e infância e juventude (BRASIL, 2011b). Uma vez que o MS estabelece como prioridade, também é para os Estados da federação. Essa pesquisa se mostra mais uma vez importante então, porque a prioridade do MS e conseqüentemente dos estados é organizar a rede de assistência psicossocial para a infância e juventude; e esse estudo dá sua contribuição nessa importante tarefa.

2 A ASSISTENCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NOS DOCUMENTOS NACIONAIS

Ao tomar como base a Declaração dos Direitos Humanos, a constituição de 1988 antecipou-se aos princípios da *Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas de 1989*. A carta magna do Brasil estabelece como dever do Estado e responsabilidade de todos a proteção integral da criança e do adolescente com prioridade absoluta, em seu artigo 227 (SPOSATO, 2009).

Por outro lado, a citada convenção da ONU (1989) que definiu como sendo criança todo sujeito menor de 18 anos incompletos, se constituiu como um divisor de águas no que tange os direitos desse público. Pois difere da lógica do *Código do Menor de 1979* que não mencionava direitos. O direito era do menor de 18 anos em situação irregular, ou seja, abandonado, vítima de maus tratos familiares, privado de saúde e educação (SPOSATO, 2009).

Ainda com referencia ao *Código do Menor*, as medidas eram dirigidas quase exclusivamente à criança e aos pais. Em relação à criança, esta era colocada em lar substituto, os pais eram destituídos do “pátrio poder” e o Estado era isento de qualquer medida ou responsabilidade. A

criança e o adolescente em situação irregular eram objeto de medidas das autoridades judiciais, policiais e administrativas do Estado. E a fiscalização do cumprimento da lei era feita exclusivamente pelos juízes e seus auxiliares, assim o referido código se configurava em um instrumento de controle social dos direitos básicos da infância e adolescência apenas. Com a convenção citada, a situação irregular recai aos pais que não cumprem os deveres do poder familiar e ao Estado que não oferece as políticas sociais básicas. Assim, a família, a comunidade, a sociedade e o Estado são os responsáveis por assegurar e garantir com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, lazer, cultura, liberdade e convívio familiar de crianças e adolescentes (SPOSATO, 2009; SILVA, 1998). A pesquisa científica e a autora desse artigo fazem parte da sociedade, logo estão responsabilizadas e implicadas nesse dever de assegurar e garantir os direitos desses sujeitos.

A situação legal da criança e do adolescente muda no Brasil a partir da promulgação da Constituição de 1988, como vimos anteriormente, e do *Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA*, de 1990. Este é uma lei complementar que considera criança as pessoas que tem 12

anos incompletos e adolescentes aqueles que estão entre 12 e 18 anos. Essa lei complementar traduz a mudança de paradigma no que diz respeito a este público, pois crianças e adolescentes deixam de ser objetos de intervenção do Estado e passam a ser considerados sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. E o cumprimento da lei é fiscalizado tanto pelo poder público quanto pela própria comunidade, sendo o estatuto um instrumento de proteção especial a este público, bem como de desenvolvimento social.

O ECA é o documento nacional mais importante no que diz respeito aos direitos dos adolescentes no Brasil, e todos os documentos normativos para esse segmento bem como a Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente e Jovem o tem como referência. Este documento define que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde. Nos artigos 11 e 14 prescreve que lhes é assegurado atendimento com garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde através do SUS e de seus programas de assistência a esta população (BRASIL, 1990).

No mesmo período em que está sendo gestado o ECA (final dos anos 80)

se cria no Brasil o primeiro programa de saúde nacional voltado para o adolescente. Em cumprimento aos preceitos da nova constituição do Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) em 21 de dezembro de 1989², por meio da portaria nº 980/GM, cuja finalidade é:

[...] promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades (diretrizes e estratégias) já vem sendo desenvolvidas, seja nos Estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar (BRASIL, 1996, p. 6).

No que diz respeito às bases programáticas do PROSAD, caracterizavam as diretrizes gerais do programa as seguintes ações: planejamento e desenvolvimento de práticas educativas e participativas; sistema de referência e contra-referência ou ação em rede; e colaboração na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos níveis federal, estadual e municipal, atuando

² O PROSAD foi criado em 1989 e posteriormente ampliado e transformado na Política Nacional de Atendimento à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens.

junto aos conselhos de direitos e conselhos tutelares (BRASIL, 1996).

Alguns dos objetivos propostos para efetivar essas diretrizes dizem respeito à promoção da saúde integral com foco no crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os “desajustes” individuais e sociais; promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência; estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um sistema nacional de saúde; contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não-governamentais, tendo em vista a formulação de uma política nacional para adolescentes e jovens, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal, com base no ECA (BRASIL, 1996).

Para atender de modo integral à saúde do adolescente o programa definiu atividades básicas permanentes, de acordo com as áreas prioritárias em que as ações e os serviços básicos de saúde, com utilização de tecnologias simples, deverão ser desenvolvidos. Em relação às áreas prioritárias tem-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade e saúde reprodutiva, a saúde bucal, saúde mental, saúde do escolar, prevenção de acidentes, abordagem

da violência e maus tratos, família, trabalho, cultura, esporte e lazer.

Para a realização das atividades nas áreas prioritárias programadas, as estratégias utilizadas devem seguir os preceitos como promover ações nas interfaces educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e justiça; promover a participação dos adolescentes em ações educativas; incentivar fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes; avaliar, sistematicamente, o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, através de indicadores institucionais, da criação de mecanismos próprios à comunidade e dos adolescentes (BRASIL, 1996).

Os serviços de saúde prestados a este segmento e definidos pelo PROSAD, em sua maioria, fazem parte do nível da atenção básica dentro dos critérios da municipalização. Contudo, o programa colocava também que o atendimento à saúde do adolescente deve ser realizado na interação com os diversos níveis do sistema de saúde, na integração entre os diversos setores:

A identificação das áreas prioritárias na atenção ao adolescente não significa a fragmentação da mesma e sim a sistematização de ações para se alcançar os mesmos objetivos, de forma integral, envolvendo profissionais de diversas áreas, buscando responder às necessidades de atenção nos di-

versos níveis (BRASIL, 1996, p. 14).

A representação social em torno deste público, segundo a qual dificilmente adoece (higidez), não tem “problemas e nem preocupações”, e por tanto não requer cuidados específicos na assistência, acaba por solidificar a ideia e a prática de que não se constitui como prioridade nas políticas de saúde, pois pode ser atendido apenas na atenção básica (OLIVEIRA; LYRA, 2010). A Higidez não é uma realidade desta população e boa parte dela, como vimos nos dados estatísticos, é acometida pela violência, considerada um problema de saúde que deve ser tratado em sua complexidade. Os poucos serviços que tratam das questões de violência doméstica e/ou intrafamiliar, em grande parte, são organizações da sociedade civil que encontram dificuldades para se manter em funcionamento. São insuficientes, quando não raro, serviços desta natureza na rede pública.

Como vimos o PROSAD deu origem à Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Esta por sua vez produziu documentos fundamentais para normatizar os serviços de atendimento em saúde para os adolescentes e orientações de como acolhê-los. Alguns desses documentos são es-

senciais para essa investigação: *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para Organização de Serviços de Saúde*; *as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*; *Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*; *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientações para gestores e profissionais de saúde*; *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*.

O primeiro desses documentos que analisaremos é *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para Organização de Serviços de Saúde*. Trata-se de um manual com orientações básicas para embasar a implantação e implementação de ações e serviços de saúde direcionados a este público de forma integral, resolutiva e participativa. Levando-se em consideração as diversas realidades do Brasil. Alguns critérios são necessários à organização de tais serviços como: disponibilidade, formação e educação permanente dos recursos humanos, estrutura física, equipamentos, insumos e sistema de informação, conforme o grau de com-

plexidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2005).

Em relação aos princípios fundamentais na atenção, o manual apresenta os seguintes: ética; privacidade; confidencialidade e sigilo. Estes últimos só podem ser quebrados caso haja situações que envolvam risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para a/o jovem quanto para terceiros, tais como abuso sexual, ideações suicidas e informação de homicídios. No que diz respeito ao diagnóstico e planejamento das atividades de promoção e atenção à saúde algumas informações são consideradas fundamentais como idade, sexo, orientação sexual, etnia, raça, nível socioeconômico, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, pessoas com deficiências, uso de álcool, tabaco e outras drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos; aspectos subjetivos, como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculos com a família, amigos e percepção sobre a escola, a comunidade e a unidade de saúde, renda, estrutura e dinâmica familiar, tipo de moradia.

Além dessas, devem também ser levantadas informações a respeito de onde o público atendido mora, a saber: saneamento, destino do lixo, condições de segurança, transporte, escolas,

atividades profissionalizantes, culturais e esportivas, áreas de lazer, igrejas, grupos organizados da sociedade civil (BRASIL, 2005).

Outro aspecto importante destacado nesse documento são as condições de atendimento nas unidades de saúde, e dizem respeito ao acesso, distribuição dos adolescentes e jovens nos diferentes serviços, programas, projetos e atividades, percentagem de homens e mulheres, concentração de consultas, captação de gestantes por trimestre, principais motivos de atendimento, serviços oferecidos a adolescentes e jovens (BRASIL, 2005).

Quanto aos recursos humanos envolvidos, os profissionais de áreas diferentes devem interagir transdisciplinarmente, de modo a evitar visões fragmentadas. As decisões devem ser compartilhadas em discussões coletivas, resultando em uma intervenção mais eficaz. Quando necessário, recomenda-se a interconsulta ou a referência para outros profissionais e serviços. Em se tratando da educação permanente da equipe, ainda o mesmo documento enfatiza que a equipe adquira competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação: "A educação permanente deve visar, mais que um

simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, à transformação da prática profissional e da qualidade do serviço” (BRASIL, 2005, p.11).

Além de visar o objetivo acima analisado, a educação permanente deve atender também às necessidades que a realidade do cotidiano traz ao serviço. Dessa forma as reuniões de equipe se constituem em espaços de formação e desenvolvimento das relações, no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada. É fundamental que se garanta espaços de estudo dos serviços.

Além dessas questões o manual apresenta procedimentos para organização do trabalho e assistência a esse segmento como o acolhimento e necessidade de todos os funcionários estarem preparados para tal, e não apenas a equipe técnica; a captação dos usuários e articulação com outras instituições e serviços comunitários e fluxograma da unidade. Elenca também os tipos de ações que devem compor as práticas do serviço: visita domiciliar; atendimento individual (consulta, exame físico, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos); atividades em grupo para os/as jovens e familiares; ações educativas e de promoção da saúde; participação juvenil; atividades intersetoriais; referência e contra-

referência; avaliação e monitoramento (BRASIL, 2005).

O documento acima analisado, do ano de 2005 tinha função prioritária de estabelecer normas e procedimentos para as práticas, no momento em que elas não estavam instituídas. Sua importância é inegável e ele continua sendo utilizado na área. Contudo ele não estabelecia linhas gerais e diretrizes de atuação que tivessem um foco mais amplo. Por isso em 2010 surge um novo documento que não se opõe a ele, mas o complementa. Este será analisado a partir de agora.

O Pacto pela Saúde, marco fundamental na organização do planejamento, financiamento e gestão do SUS, estabeleceu como um dos focos de ação prioritária o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens. O Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento a este segmento buscando integrar às outras políticas sanitárias, bem como as ações e programas já existentes no SUS. Nesse sentido, elaborou as *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens) que se constituem em um documento de referência para a atuação de gestores e profis-

sionais do SUS. Seu objetivo é de sensibilizar e mobilizar estes atores para integrar ações, programas e políticas que fortaleçam a promoção da saúde e reorientação dos serviços, favorecendo a capacidade de dar respostas às questões de atenção integral à saúde dessa população (BRASIL, 2010a).

O referido documento explicita que esta população, por ser considerada saudável, não tem a necessária atenção (como já discutimos anteriormente), exceto nas questões de saúde reprodutiva. Em relação à situação sociodemográfica, mostra esse segmento como o mais vulnerável às diferentes formas de violência e incidência de mortalidade por causas externas, o que verificamos nos dados estatísticos no início desse artigo. Ainda conforme o documento, outros indicadores confirmam a situação de risco desse grupo no país sendo eles: violência intrafamiliar, violência sexual, saúde sexual e reprodutiva, álcool e outras drogas. Dessa forma, afirma “a necessidade de acesso a serviços de saúde que os acolham em suas necessidades e demandas específicas e que sejam eficazes na integralidade da atenção” (BRASIL, 2010a, p. 19).

As diretrizes adotam como convenção a delimitação de idades da Organização Mundial da Saúde (OMS) ³, acrescentando que essa delimitação é um marco abstrato, porém útil para formulação de políticas e de estratégias. Na vida concreta e na experiência individual das pessoas essas fronteiras não são homogêneas e fixas, sendo mais adequado pensarmos em adolescências e juventudes em função dos diferentes processos vivenciados por diferentes grupos e culturas nessa fase da vida. Tais processos envolvem uma dimensão macrossocial, o sujeito e a sociedade em que está inserido, as instituições que fazem parte de sua vida e a sua própria história biopsicossocial (BRASIL, 2010a).

A pobreza e o preconceito no Brasil freqüentemente têm privado adolescentes e jovens do acesso aos bens e serviços, oportunidades de trabalho e participação social. O que implica numa exposição dos grupos mais vulneráveis aos riscos como violência física, migrações e conflitos armados. Além das características próprias dessa fase que é a curiosidade e o desejo de experimentar tudo aquilo que se apresenta como novo. Tendo em vista as diferentes variáveis que permeiam o processo

³ A *adolescência* compreende pessoas entre 10 e 19 anos e *juventude* entre 15 e 24 anos. Nesse sentido o conjunto de adolescentes e jovens abrange a faixa entre 10 e 24 anos.

de crescimento e desenvolvimento desses indivíduos, esse documento elenca como temas estruturantes para a saúde a equidade de gêneros, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica, e a participação juvenil. Este último é considerado como uma estratégia eficaz de promoção de saúde, sendo que seus benefícios são vários, dentre eles estão: aumento da auto-estima; elaboração de um projeto de vida; participação ativa na promoção de cidadania e transformação social; participação no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde de modo a contribuir para eficácia e resolutividade das mesmas (BRASIL, 2010a).

Dentre as proposições para o fortalecimento da promoção da saúde no cuidado integral desse grupo, podemos destacar a adoção do planejamento das ações a partir de um território sanitário ou região de saúde, consolidando as sinergias já em desenvolvimento, ampliando as redes de compromisso e de co-responsabilização na construção conjunta das ações. No que diz respeito à reorientação dos serviços de saúde, a política de atenção básica é o eixo fundamental; contudo:

Hoje demandam a atenção do setor saúde novas sintomatologias que estão na fronteira entre os

problemas de vida e as patologias, como aquelas trazidas pela violência em geral, pela exploração sexual, pelas síndromes de confinamento, a gravidez na adolescência, dentre outras, que atingem sobremaneira as pessoas jovens, e que desafiam o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina e a maneira de trabalhar com a ortodoxia da medicina, demandando investigação e inovação nos cuidados em saúde tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade (BRASIL, 2010a, p. 77).

As diretrizes também apresentam proposições para lidarmos com a vitimização juvenil, sobretudo em situações de violência doméstica, violência sexual e mortalidade por causas externas. Conforme o documento, as ações do setor saúde devem integrar as políticas interfederativas, governamentais e participação social. Sendo necessário organizar redes temáticas nas regiões de saúde, apoiando ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos (BRASIL, 2010a).

Além de articular as linhas de cuidado, dialoga com outras políticas de saúde como o VIVA/SINAN, DST/AIDS, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e de Promoção da Saúde, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Programa Saúde na Escola, Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas, Política de Saúde

Mental, Média e Alta Complexidades, Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e da Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, Política Nacional de Tráfico de Pessoas, por exemplo. Dessa forma, integra as ações de outros setores como educação, segurança pública, direitos humanos e assistência social, tendo em vista o estabelecimento de referência e contra-referência com outros serviços (públicos ou não) que atendem as/os jovens (BRASIL, 2010a).

Como percebemos os dois documentos anteriores, de vital importância para este estudo, se dedicam a questões gerais que atendem à saúde do adolescente e jovem, os quais insistem que as ações para esse público são necessariamente intersetoriais. A partir de agora passaremos a analisar três documentos cujo foco é mais específico: dizem respeito à violência intrafamiliar, a outros tipos de violência e aos danos à saúde, todos referentes a esse segmento.

O documento *Violência Intrafamiliar*⁴: *orientações para a prática em serviço* considera este tipo de violência como grave problema de saúde pública relevante e complexo que implica no desenvolvimento social e econômico.

Sendo por tanto, um desafio para os gestores do SUS no seu enfrentamento, como também para os profissionais de diversas áreas. A violência retratada neste documento é discutida na perspectiva de gênero, ciclos de vida e pessoas com deficiência. Neste documento analisaremos, apenas, a violência intrafamiliar que atinge as/os jovens (BRASIL, 2001). Os objetivos do documento e os temas elencados visam orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência. Além de estimular o estreitamento das relações entre as instituições das áreas da saúde, segurança, justiça, educação, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais (BRASIL, 2001).

A violência intrafamiliar é manifestada por maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando agravos à saúde ainda pouco dimensionados. Os serviços de saúde têm dificuldades para diagnosticá-la e registrar os casos atendidos. Uma das dificuldades mais comuns é a falta de domínio dos conceitos que permitem compreender as relações, sobretudo familiares, e as situações de violência tais como família, gênero e violência intrafamiliar. Como tam-

⁴ Qualquer tipo de relação de abuso praticado no âmbito familiar contra qualquer um dos seus membros (Brasil, 2001).

bém os tipos de violência: física, sexual⁵, psicológica⁶, econômica ou financeira⁷, e institucional⁸ (BRASIL, 2001).

O referido documento também aponta alguns fatores de risco para a violência intrafamiliar ligados às condições biológicas, socioculturais e econômicas. A população de maior risco é composta por crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. No que diz respeito à dinâmica familiar, a manifestação desse tipo de violência também pode estar ligada às famílias em que há desigualdade no exercício da autoridade e poder, papéis e funções rigidamente definidos ou ausência de diferenciação destes, nível de tensão permanente com dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade, situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros), modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas, incidência de abuso de drogas, história de

antecedentes criminais ou uso de armas, dentre outros (BRASIL, 2001).

Outro ponto levantado, diz respeito a como lidar com situações de violência. A maioria das instituições educacionais, jurídicas, policiais e de saúde não contam ainda com sistemas e registros apropriados e o temor frente à dinâmica da violência intrafamiliar leva as pessoas a ignorá-la. Considerando-se que os profissionais de saúde assumem posição estratégica na detecção de riscos e identificação de possíveis vítimas, estes são os primeiros a serem informados sobre a situação. A demanda pelo atendimento é mascarada por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico. É comum pessoas submetidas à violência culparem-se pelos atos violentos (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o cuidado e a escuta durante as observações, visitas domiciliares, bem como perguntas indiretas ou diretas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem revelar casos. Mesmo que a família tente ocultar a situação, uma atitude de aproximação do profissional poderá facilitar a abertura para diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda. Em casos de risco iminente, ou quando a vítima não tem condições de tomar decisões, a equipe de saúde deve

⁵ Estupro, abuso sexual na infância ou na adolescência, abuso incestuoso, sexo forçado no casamento e assédio sexual são tipos de violência sexual (BRASIL, 2001).

⁶ Insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade e confinamento doméstico são exemplos de violência psicológica (BRASIL, 2005).

⁷ Roubo, destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal, recusa de pagamento da pensão alimentícia ou de participação nos gastos básicos para sobrevivência do núcleo familiar são exemplos de violência econômica ou financeira (BRASIL, 2005).

⁸ Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, maus-tratos dos profissionais para com os usuários, violação dos direitos reprodutivos, detrimento das necessidades e direitos da clientela e repressão são exemplos de violência institucional (BRASIL, 2005).

orientá-la e dar suporte para que compreenda a situação, analise as soluções e decida o que melhor se adéqua. A equipe de saúde e a vítima devem agir com suporte da comunidade e da rede de serviços especializados (BRASIL, 2001).

Em casos de crise, é importante oferecer informações de referência, assegurando-se que os recursos foram acessados e forneceram as respostas necessárias. Para o atendimento às situações de violência os profissionais devem levar em conta questões éticas e a qualidade da intervenção e suas conseqüências, tendo como princípios: sigilo e segurança das informações; atitude de não julgamento; respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas; e consciência do impacto da violência sobre si mesmos (BRASIL, 2001).

No momento da entrevista com a família, os profissionais devem estar atentos às informações fornecidas, pois estas podem divergir dos achados clínicos, como também não fazer sentido com a história relatada. As manifestações clínicas podem se configurar em: *transtornos na pele e na mucosa* como contusões e lesões na face, lábios, nádegas e dorso com marcações de objeto agressor e alopecia; *transtornos músculo-esqueléticos* como fraturas múltiplas, traumatismo cra-

niano, hemorragia retiniana; *transtornos viscerais* como trauma hepático e ruptura subcapsular de rim e baço; *transtornos genito-urinários* como fissuras anais, ausência himenal; enurese, encoprese, infecções urinárias, lesões na genitália, assaduras e irritações; e *transtornos psicológicos* como aversão ao contato físico, apatia, episódios de medo e pânico, isolamento, depressão, irritabilidade, choro fácil sem motivo aparente, tentativa de suicídio e baixo desempenho escolar (BRASIL, 2001).

Na abordagem dos casos os profissionais devem tomar algumas medidas gerais tais como avaliação de risco da criança ou da(o) adolescente, capacidade da família de proteger e evitar novos episódios violentos, tratamento das lesões e agravos, e comunicação do caso às autoridades judiciais. Quanto às medidas legais, o laudo do caso deve ser encaminhado (pelo profissional que acompanhou o caso, outro profissional ou a direção da instituição) ao Conselho Tutelar para que sejam tomadas as providências legais e protetivas e continuidade do acompanhamento durante a tramitação legal. Já a hospitalização deve ser indicada como medida terapêutica em casos graves e específicos, a saber: risco de homicídio ou risco de vida, gravidade do quadro clínico

(indicação clínica e psicossocial), inexistência de outros recursos para a proteção contra novos episódios (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que no atendimento aos adolescentes, se faz necessário que o profissional tenha conhecimento das características e especificidades dessa fase da vida. Isso favorece ao diálogo e tratamento mais adequado. Nesses casos o profissional deve atuar no sentido de criar um clima de confiança e empatia; desempenhar sempre um papel ativo; demonstrar respeito; aceitar e compreender a/o adolescente; traçar alternativas concretas e sustentáveis de acordo com o seu grau de maturidade (BRASIL, 2001).

O texto acima analisado se constituiu como referência no trato com a violência nos diferentes ciclos de vida. No entanto, destacamos a fase da adolescência e juventude que é o objeto de interesse dessa investigação. Veremos agora uma outra referência sobre violência, contudo específica para crianças adolescentes e suas famílias.

O documento *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientações para gestores e profissionais de saúde* é outra referência no que tange às políticas e ações de saúde. Este apresenta algu-

mas análises e considerações sobre a prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz, necessidade do trabalho junto às famílias, fatores de proteção e alerta sobre vulnerabilidades e os riscos da violência contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2010b). Estas questões não serão tratadas mais detidamente uma vez que já foram discutidas em documentos anteriores.

Além de traçar orientações aos profissionais de saúde para a identificação de sinais e sintomas de violências nos três níveis de atenção, estabelece também uma linha de cuidado articulada com a rede de atenção e proteção social existente no território nos âmbitos intrasetoriais e intersetoriais. Sendo assim, a organização da atenção integral à saúde da criança e do adolescente se dá nos três níveis de atenção: *atenção primária* que envolve as unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde; *atenção de média e alta complexidade* que envolve os serviços de atenção especializada, hospitais, urgência e emergência, unidades de pronto atendimento, centros de testagem e aconselhamento e Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010b).

A linha de cuidado aqui descrita define o desenho em que a atenção e o

cuidado acontecem em processos que se interligam, são eles: acolhimento, atendimento, notificação, seguimento na rede de cuidado e de proteção social, com vistas na prevenção da violência, estabelecimento de vínculos e fortalecimento da resiliência. Além de evitar os riscos da revitimização (Ministério da Saúde, 2010b).

A implantação da linha de cuidado possibilita alguns procedimentos, entre os quais poderemos citar: organizar e articular os recursos nos diversos serviços e níveis de atenção; estabelecer o fluxo da atenção; definir funções e responsabilidades de cada serviço; estabelecer normas, protocolos e fluxos; promover a capacitação de profissionais e finalmente realizar a educação permanente (BRASIL, 2010b).

O documento menciona ainda que cabe ao gestor local (do Estado e do município) pactuar e organizar o fluxo inter-setorial da rede de serviços para o segmento no território, conforme a capacidade de gestão local. As informações destes serviços devem ser divulgadas e afixadas em locais públicos, de grande circulação e de fácil acesso. Bem como devem ser disponibilizadas por escrito para as pessoas que se encontram nessas condições. Vale ressaltar que o pro-

fissional deve fazer contato prévio com o serviço para qual encaminhará as pessoas atendidas, enviando também o relatório do caso com a descrição dos procedimentos adotados (BRASIL, 2010b).

Quanto ao comunicado do caso para as autoridades competentes, o Ministério da Saúde elaborou o manual *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde* (BRASIL, 2002). Este documento objetiva oferecer um instrumento de trabalho de modo a ampliar os conhecimentos sobre violência intrafamiliar e maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes, como também apresentar proposta de criação de um sistema de notificação e atendimento aos casos (BRASIL, 2002). Vale ressaltar que este sistema já existe, é o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

Para tanto, apresenta a definição de maus-tratos no campo da violência e do contexto social brasileiro, bem como o setor saúde trata da questão; definição de notificação e sua importância; informações e dados de pesquisa sobre o funcionamento dos Conselhos Tutelares e as redes sociais de apoio e finalmente, uma proposta de notificação de maus-tratos

constante nos anexos do documento (BRASIL, 2002).

Conforme o manual a violência era tratada, tradicionalmente, como uma questão da justiça e da segurança pública, cabendo à saúde reparar as lesões e traumas sofridos pela vítima. Ao considerá-la como problema de saúde pública, o setor de saúde passou a tratar desse fenômeno não como doença do agressor, ou doença da vítima, mas como um problema social que causa agravos à saúde. Necessitando, portanto, desnaturalizá-la e intervir com os conhecimentos da clínica e da saúde pública e de outras áreas conjuntamente. Mas essa perspectiva da violência fica comprometida quando é necessário que os profissionais que lidam com crianças e adolescentes enfrentem esse problema (BRASIL, 2002).

De acordo com o ECA as instituições de saúde e educacionais são esferas privilegiadas na identificação de casos de violência, devendo estas buscar formas de proteger a vítima, bem como dar apoio à família. Sendo, portanto, obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar em caso de suspeita ou confirmação (BRASIL, 2002).

Outro marco que orienta o sistema de notificação no Brasil é a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade*

por Acidentes e Violências e Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência. Esta política deu origem à portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde que torna obrigatória para todas as instituições de saúde pública ou conveniadas ao SUS em todo território nacional, a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes e o seu encaminhamento às autoridades competentes (BRASIL, 2002).

A notificação compulsória não é uma denúncia policial, mas uma informação comunicada por qualquer instituição (ou pessoa) ao Conselho Tutelar (na ausência deste, órgãos como Vara da Infância e Juventude) com objetivo de promover o cuidado e proteger a vítima. A notificação visa à interrupção dos atos e comportamentos violentos por parte do agressor. Ao notificar, os profissionais, sobretudo os da área da saúde, reconhecem as demandas especiais e urgentes deste segmento e chama o poder público à sua responsabilidade:

Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir *in loco* verificar o ocorrido com a vítima. [...] A penas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao

conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial. O trabalho do Conselho é especificamente garantir os direitos da criança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários (BRASIL, 2002, p. 14).

A notificação também viabiliza um sistema de registro sobre situações de violência contra crianças e adolescentes no país. O que por sua vez permite a elaboração de formas de promoção e prevenção de acordo com a diversidade das diferentes regiões do Brasil, além de possibilitar o acompanhamento dos atendimentos às vítimas e saber se a notificação está sendo incorporada às rotinas institucionais. Outro ponto destacado pelo referido documento é que cabe ao profissional de saúde comunicar com cuidado à família a necessidade da notificação e que esta resulta em ajuda competente dos diversos órgãos da rede de proteção. Sendo fundamental a manutenção do vínculo entre o serviço de saúde e a família até a resolução do caso (BRASIL, 2002).

Quanto ao processo de notificação, o documento aponta que há resistências de muitos profissionais (principalmente médicos) de realizarem esse registro, delegando a responsabilidade a outros. Aponta também que é freqüente a inexistência de fluxo de informações planejadas

pelas secretarias municipais de saúde sobre notificação, de modo que cheguem aos profissionais da rede para qualificá-los no atendimento dos casos. Mesmo os profissionais sensíveis aos impactos da violência sobre a saúde deste segmento, acabam por realizar atendimentos aligeirados e sem aprofundamento em função da enorme demanda que os absorvem, como também a pouca experiência com problemas desse tipo (BRASIL, 2002).

O manual menciona estudos que levantaram os motivos mais comuns de resistências por parte dos médicos, sendo eles: o medo de se envolver e ter problemas com o agressor e a justiça; ausência de suporte institucional para respaldar seu ato; descrença no poder público na resolução dos casos encaminhados; e o desconhecimento do sentido da notificação. Para finalizar, o manual apresenta ainda as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde na relação com os Conselhos Tutelares e os receios frente à obrigatoriedade da notificação (BRASIL, 2002).

As preocupações dizem respeito não só à infra-estrutura destes órgãos como também à falta de preparo e qualificação de pessoal. Dentre as dificuldades levantadas estão: ocorrência de experiências negativas anteriores com a família da

criança vitimada; receio de que a vítima seja levada à instituição pública sendo afastada do núcleo afetivo da família; visão de que se trata de um problema da família e não de responsabilidade dos serviços de saúde; temor de estar enganado, notificando uma suspeita infundada; desconhecimento de quais situações devem ser realmente notificadas; por fim, falta de clareza sobre o processo de notificação (BRASIL, 2002).

3 CONCLUSÕES

Uma conclusão a que chegamos nesse artigo é que os documentos analisados nos levam a pensar de modo mais universal em como se apresentam hoje as questões das adolescências, juventudes e violências de nosso tempo. De modo que as análises auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços prestados a esta população.

Diante do atual contexto da juventude, sobretudo a mais vulnerável socialmente e mais atingida pela violência, consideramos ilógica e improcedente a ideia de que este público não apresenta problemas de saúde que mereçam uma atenção especializada, sendo apenas a atenção básica o nível de assistência que pode atendê-lo integralmente. Não se

pode confundir atenção básica, que é a porta de entrada do SUS e que pode dar conta da maioria dos casos de saúde, com a capacidade de resolver todos os problemas de saúde. Para isso se pensou em níveis de atenção e suas complexidades.

Uma outra conclusão importante desse estudo, diz respeito a precariedade das notificações de casos de violência contra o público em questão, realizadas pelos serviços que o atendem especificamente. Como vimos, os casos de violência precisam ser notificados ao SINAN, o qual alimentará os processos decisórios nacionais, estaduais e municipais de prevenção aos agravos à saúde, no sentido de reorientar as políticas nacionais. Contudo, pela nossa experiência prática com a saúde de adolescentes, percebemos que muitas vezes há uma alimentação precária desse sistema de informações, devido ao medo dos profissionais sofrerem represálias ao notificar a agressão, como também a dificuldades por parte do conselho tutelar em lidar com os casos.

Essa conclusão, contudo, não representa um demérito à importância de unidades especializadas em saúde do adolescente e jovem, mas ao contrário, mostra a sua importância na alimentação do sistema de informação em saúde no

Brasil, mais ainda por atenderem o segmento populacional mais atingido pela violência no país. A autora desse estudo sugere que haja um maior rigor na notificação e uma articulação entre órgãos como os serviços especializados e o conselho tutelar, junto às unidades policiais, ministério público e judiciário, no sentido de criar uma rede protetiva aos adolescentes e suas famílias. Inclusive essa atuação em rede intersetorial já está em parte preconizada no documento *Diretrizes Nacionais para o Atendimento Integral à Saúde do Adolescente e Jovem*, como foi analisado nesse artigo.

Uma outra questão importante diz respeito ao fato de que os serviços especializados na área devem realizar o trabalho de formação de jovens multiplicadores e promover a participação juvenil, uma das linhas de ação prescritas nas políticas e nos documentos nacionais para o segmento, conforme vimos anteriormente. A ausência ou insuficiência desse tipo de formação implica na não participação social deste público quanto às políticas voltadas para ele. Implica também a não consideração do jovem como agente promotor de saúde e cultura de paz entre seus pares.

A realidade do quadro de profissionais nos serviços de saúde é bastante

complexa, pois alguns trabalham na lógica do SUS e outros, numa lógica anterior à reforma sanitária. A alta rotatividade é um fator que impacta na qualidade da assistência, além de profissionais terceirizados pouco experientes com qualificação insuficiente. As mudanças necessárias não acontecem em curto prazo, e sim a médio e longo prazo, pois envolvem mudanças de pensamento, lógica de funcionamento, de atitude e de participação. Como também envolvem a dinâmica política e os interesses particulares presentes no cotidiano de qualquer instituição. Por isto, é importante ressaltar que a saúde dos/das jovens não se resume apenas a atendimento e terapêutica, mas também envolve formação e qualificação dos profissionais que trabalham nesta área. Com isso, entre outros ganhos, podemos objetivar possibilidades de construção de relações mais saudáveis, cooperativas, respeitadas, menos preconceituosas, menos violentas entre as/os jovens e seus pares e entre estes e outros sujeitos sociais.

Outro ponto a ressaltar nestas conclusões é que demais serviços como os de assistência social, ONG's, grupos culturais, projetos sociais podem fazer parte da rede de atenção intersetorial como parceiras, no sentido de se constituírem como espaços de prevenção e de promo-

ção da qualidade de vida, saúde e cultura de paz deste público. Estes podem encaminhar os casos quando necessário e de forma gradual às unidades específicas da rede de saúde, que tratarão das necessidades do sujeito, bem como aos serviços especializados. Mas uma questão se coloca pertinente diante do contexto apresentado: as/os adolescentes e jovens encaminhadas/dos aos serviços ora citados, estão sendo atendidas/dos de modo integral, de acordo com suas características e demandas? Nesse sentido, estamos avançado o SUS ou estamos na contra-mão da sua efetivação enquanto direito universal e dever do Estado?

No que diz respeito aos Centros Estaduais de Referência (CER) para este segmento, inexistem nos documentos da política em saúde analisados o preceito obrigatório ou a sugestão de criação de CER: as políticas mencionam apenas serviços de referência ou serviços de atenção especializada. Contudo, conforme vimos no início desse trabalho, o segmento de adolescentes e jovens é uma das populações prioritárias das políticas

do governo federal. Isso ficou ainda mais reforçado quando o Ministério da Saúde publicou a portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 estabelecendo a configuração da rede psicossocial.

Essa rede prioriza as populações indígenas, de rua e infância e juventude. Uma vez que o MS estabelece como prioridade, também é para os Estados da federação. Nesse novo contexto torna-se necessária a criação de novos serviços como o CER e aqueles apresentados na referida portaria, para cumprir um papel fundamental nessa rede de atenção psicossocial, uma vez que a concepção destes mostra que são equipados e direcionados para atender esse segmento.

Finalmente é preciso além da qualificação, haver a implicação dos profissionais da área de saúde no cuidado e atenção com as questões específicas da saúde de segmentos da população, como as/os jovens. Esse artigo ao promover a divulgação dos documentos específicos para a saúde deste público pretende contribuir na instrumentalização destes profissionais.

THE ATTENDING TO THE OF YOUNG ANDE ADOLESCENT PEOPLE: approaching in the normative level of the documents that orient national polices

ABSTRACT

This article have like subject the attending to the health of young and adolescent people, approaching in the normative level of the documents that orient national polices to this segment. This investigation search to respond this question: wich are the principles and orientation determined by health national polices to this segment? The methodology used was a qualitative research of this tipe of critical-theoretical approaching. The procedure was the analyses of the national documents, especially that concerning to the violence into the family. This article make too a justificatios of the importance of the subject, bring estatistic dates about the violence situation against the young people in our country. Conclusions: the health of the young people don't reduce to attending and treatment, but includes training and qualification of the professionals; the national document MS 3088/2011 to define this segment like a priority population, soo is necessary and urgent the creation of services more adequated ; services like social assistance, ONGs, cultural groups, social projects, can make part of intersetorial care network like partner, but we make a question: the adolescents conducted to this services are being attended of manner integral, in according with theirs characteristics and lawsuit ?.

Keywords: Health Polices. Adolescents and Young People. Specialized Services.

Recebido em: 11/11/2014

Aceito em: 02/02/2014

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 2002.

BRASIL. Senado Federal. **Lei N° 12.852 de 5 de agosto de 2013.** Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. 2013. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui

a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=26/12/2011&jornal=1&pagina=230&totalArquivos=320>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e**

- recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde:** um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias:** referências para a atuação do psicólogo. [S.l.: s.n.], 2009.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades.** Brasília, DF: UNICEF, 2011.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos da população jovem:** um marco para o desenvolvimento. 2. Ed. Brasília: UNFPA, 2010.
- OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica. In: LYRA, J. et al. (Orgs.). **Juventude, mobilização social e saúde:** Interlocuções com políticas públicas. Recife: Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem, 2010.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- _____. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

SILVA, R. **Os filhos do governo**: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas. 2. ed. São Paulo: Editora Ática, 1998.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari ; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

SPOSATO, K. A Convenção Internacional das Nações Unidas Sobre os Direitos da Criança – 10 anos. **Revista do ILANUD**, n.14, 2009.