

Ministério da Saúde

**Diretrizes Nacionais
para a Atenção Integral
à Saúde de Adolescentes
e Jovens na Promoção,
Proteção e Recuperação
da Saúde**

Brasília - DF
2010

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**

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 25.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 6º andar, sala 614

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tels.: (61) 3315-3745

Fax: (61) 3326-0437

E-mail: adolescente@saude.gov.br

Homepage: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241

Coordenação:

Thereza de Lamare Franco Netto

Elaboração:

Ana Sudária de Lemos Serra

Feizi Masrour Milani

Thereza de Lamare Franco Netto

Colaboração:

Ana Luísa Lemos Serra

Fábio Tomasello Guimarães

Juliana Rezende Melo da Silva

Lilian Cherulli de Carvalho

Leonardo da Silva Oliveira

Contribuição:

Eliana Dourado

Gisele Bahia

Projeto gráfico:

Duo Design Comunicação Integrada

Capa:

Duo Design Comunicação Integrada

Apoio:

FIOCRUZ

Organização Panamericana de Saúde – OPAS

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília - DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Delano de Aquino

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em 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. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN: 978-85-334-1680-2

1. Saúde do Adolescente e do Jovem. 2. Atenção à Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.96

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0144

Títulos para indexação:

Em inglês: National guidelines for comprehensive healthcare for adolescents and youth in promotion, protection and recovery of health.

Em espanhol: Directrices nacionales para la atención integral de la salud de adolescentes y jóvenes en la promoción, protección y recuperación de la salud.

"Investir na saúde da população adolescente e jovem é custo efetivo porque garante também a energia, espírito criativo, inovador e construtivo dessas pessoas, que devem ser consideradas como um rico potencial, capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do País."

Agradecimentos

Estas Diretrizes fazem parte do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciado em 2004 por meio de uma Oficina Técnica que discutiu e definiu quais seriam seus objetivos, diretrizes e estratégias. Agradecemos a todas as instituições, jovens e adolescentes que naquele momento colaboraram conosco, bem como aos outros parceiros que se integraram nesta construção:

Dr. Júlio Javier Espíndola (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS)

Adriana Almeida Camilo

Alexandre Furtado Scarpelli Ferreira (Ministério da Saúde)

Ana Lúcia Navarro

Ana Míriam Garcia Barbosa (Adolescento – SES-DF)

Beatriz Accioly Vaz

Celina Cerqueira (Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica)

Damiana P. de Miranda (Universidade Federal da Bahia – UFBA)

Darci Bonetto (Sociedade Brasileira de Pediatria)

Fernanda Nogueira (Ministério da Saúde / Departamento de DST/Aids)

Flávia Regina S. Ramos (Associação Brasileira de Enfermagem)

Gabriela J. Calazans (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)

Geandra Nobre (Rede Maré)

Heloísa Fonseca de Oliveira

Henrique Dantas de Santana (Grupo Interagir)

Inessa França Malaguth (Ministério da Saúde)

Ivamarly Apgaua

João Tadeu Leite dos Reis (Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Infanto-Puberal – SOGIA)

Jorge Lyra (Instituto Papai)

José Dario Córdova Posada (Instituto Promundo)

Joyce Guimarães Morais

Julia Valéria de Freitas Cordellini (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba)

Leonel de Arruda M. Luz (Movimento de Adolescentes do Brasil – MAB)

Linete Cunha de Souza Maia (Ministério da Saúde)

Luiz Felipe Rios do Nascimento

Maria Gerlúvia de Melo Maia (Secretaria Estadual de Saúde do Acre)

Maria Helena Ruzany (Núcleo de Estudos de Saúde de Adolescentes – NESAs)

Marilene Viggiano Fernandes

Max Maciel Cavalcanti (Central Única de Favelas – CUFA-DF)

Neimy Batista da Silva (Conselho Federal de Assistência Social – CEFESS)

Ricardo Gadelha de Abreu (Ministério da Saúde / Programa Nacional de Hepatites)

Sandra M. F. de Amorim

Solange de Melo Miranda

Sylvia Cavasin (Ecos Comunicação em Sexualidade)

Tarsila Rorato Crusius (Ministério da Saúde)

Tatiana Yokoy de Souza

Valdi Craveiro Bezerra (Adolescento – SES-DF)

Virgínia Maria Costa de Oliveira (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará)

Viviane Manso Castello Branco (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro)

Walter Marcondes Filho (Associação Brasileira de Adolescência – ASBRA)

Coordenações Estaduais e Municipais (Capitais) de Saúde de Adolescentes e Jovens

Ministério da Saúde por meio dos Departamentos de Atenção Básica, de Ações Programáticas e Estratégicas, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde.

Conselhos Nacionais de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – CONASS e CONASEMS.

Sumário

Apresentação	11
1. Introdução	13
2. Análise da Saúde de Adolescentes e Jovens	17
2.1 A Situação Sociodemográfica	18
2.2 A Escolaridade	19
2.3 O Trabalho	20
2.4 A Situação de Saúde	22
3. Um Novo Olhar Para a Adolescência e a Juventude	45
4. Temas Estruturantes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens	51
4.1 Participação Juvenil	52
4.2 Equidade de Gêneros	53
4.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	54
4.4 Projeto de Vida	56
4.5 Cultura de Paz	57
4.6 Ética e Cidadania	58
4.7 Igualdade Racial e Étnica	59
5. Marco Legal	63
5.1 O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990)	64
5.2 As Leis Orgânicas de Saúde (Lei Nº 8.080 de 19/09/90 e Lei Nº 8.142, de 28/12/90)	65
5.3 A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742, de 07/12/93)	66

6. Objetivos	69
7. Diretrizes Nacionais	73
7.1 Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens	74
7.2 Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens	76
8. Vitimização Juvenil e a Integração de Políticas Interfederativas, Governamentais e com a Sociedade	99
8.1 A Violência Doméstica e a Violência Sexual	101
8.2 Mortalidade por causas externas	103
9. Monitoramento e Avaliação	113
10. Proposições Finais	121
10.1 Intersetorialidade	122
Referências	127

Apresentação

A redemocratização do País e a construção do Estado de Direitos trouxeram a preocupação com o bem-estar, com a igualdade social e com uma sociedade mais justa construída no exercício dos direitos sociais garantidos na Constituição de 1988.

Hoje, os movimentos de consolidação do Sistema Único de Saúde trazem no Pacto pela Saúde e no Programa Mais Saúde: Direito de Todos, o propósito estratégico de alcançar a melhoria das condições de saúde de todos os brasileiros que repercutem de maneira significativa na qualidade de vida, fundamental para o desenvolvimento social com equidade e bem-estar, em consonância com a Reforma Sanitária.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA trouxe o enfoque de proteção integral para as crianças e os adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos. O artigo 11 do ECA, reformulado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, assegura *o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.*

Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da Reforma do Estado, o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos.

Para nortear ações, integradas às outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, frente aos desafios que a presente situação de saúde das pessoas jovens evidencia, o Ministério da Saúde propõe estas **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.

Por fim, é importante enfatizar que a sustentabilidade das estratégias de saúde ou de desenvolvimento comunitário ou até mesmo da Nação, dependerá, a médio e longo prazos, da formação de adolescentes e jovens com capacidade de liderança, de participação e espírito de serviço à coletividade.



1. Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988 inseriu, como um dever de Estado, um novo escopo de política social concretizado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações, fundamentos da seguridade social.

O Sistema Único de Saúde, como integrante e protagonista incansável deste processo político, assumiu os princípios constitucionais e ampliou a visão de saúde reconhecendo que determinantes sociais, políticos e econômicos associam-se sinergicamente a outros fatores diretos ou indiretos no processo saúde-doença. Assim, a integração do setor saúde com as outras políticas sociais e com os setores organizados da sociedade, passou a ser uma ferramenta básica no esforço de assegurar a oferta de bens e de serviços para todos e na melhoria da qualidade de vida da população.

Nas décadas de 80 e 90, no entanto, as reformas mundiais nas áreas sociais e na saúde interferiram na redução das políticas de proteção social. Esse fato criou uma conjuntura econômica e política, onde interagiam: as peculiaridades do federalismo brasileiro, as acentuadas diferenças sociais e econômicas das regiões brasileiras, as desigualdades na infraestrutura dos serviços de saúde e o impacto da oferta de saúde privada, que repercutiu de modo negativo no processo de construção do SUS como um sistema unificado e integrado.

Enfrentando todas as dificuldades encontradas o SUS, hoje, *"já ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica e do terreno das intenções"* (Mais Saúde – Direito de Todos). Entretanto, o processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, os vazios assistenciais, a iniquidade de acesso, o modelo burocratizado de gestão, o subfinanciamento do SUS, a precarização do trabalho, o baixo investimento na qualificação de recursos e a pouca articulação da saúde com as outras políticas públicas.

Para superar esses desafios, o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde – CONASS e CONASEMS definiram o Pacto pela Saúde, marco fundamental na organização do planejamento, do financiamento e da gestão do SUS, com a construção de consensos e de atribuição de responsabilidades, confirmando a autonomia dos entes federados expressa na Constituição Federal.

As prioridades nacionais pactuadas respondem a desafios demográficos, epidemiológicos, e de gestão sanitária que o Brasil tem hoje como um país em desenvolvimento. Entre elas estão: a preocupação com o envelhecimento da população de modo ativo e saudável, a coexistência de enfermidades, transmissíveis e não transmissíveis; a consciência de que fatores sociais determinam a saúde, o que requer a melhoria das condições e da qualidade de vida da população e a necessidade de um modelo de organização do sistema de saúde que

intervenha de forma mais resolutiva e integrada e que compreenda e reflita os modos de vida das pessoas e das coletividades.

O Pacto estabeleceu focos de ação prioritários, mas respeita a diversidade brasileira ao centrar-se na regionalização abrindo espaço para que os gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal coloquem prioridades que consideram estratégicas para a qualidade de vida nas respectivas regiões de saúde. Nas prioridades nacionais e, certamente, nas prioridades estratégicas, estão aquelas que se encontram no foco do cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens como a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil, entre outras, que repercutirão positivamente no quadro de saúde das pessoas jovens.

Sendo assim, é fundamental que a saúde desse segmento populacional seja incluída nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias, integradas interfederativamente e intersetorialmente com as ações, programas e políticas em desenvolvimento no país, principalmente para a promoção da saúde; na prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes das violências; na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids e para a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

É necessário enfatizar que a produção de saúde para adolescentes e jovens não se faz sem que haja fortes laços intersetoriais que abram canais entre o setor saúde e a participação e colaboração de outros setores, e da própria comunidade, especialmente das pessoas jovens e suas famílias, uma vez que as necessidades de saúde ampliada, dessa população, ultrapassam as ações do setor saúde.

Na perspectiva de integrar as diferentes políticas setoriais no SUS, que também respondem às necessidades de saúde das pessoas jovens, este documento propõe uma reflexão sobre a necessidade de um modelo de atenção à saúde, integrado interfederativamente, que esteja em acordo com as especificidades de cada região de saúde, que responda às necessidades de saúde da população adolescente e jovem explícita na análise de situação de saúde.

Finalmente, busca-se o entendimento da saúde em sua acepção mais abrangente, com suas diversas dimensões e múltiplos fatores causais, e, ainda, que os gestores e profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral compreendam os processos e necessidades desse grupo etário, assim como os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam a sua saúde. Estas características específicas e influências do contexto precisam ser consideradas também no planejamento, desenvolvimento, gestão e organização dos serviços de saúde.

2. ANÁLISE DA SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

2.1 A Situação Sociodemográfica

2.2 A Escolaridade

2.3 O Trabalho

2.4 A Situação de Saúde

2.1. Situação Sociodemográfica

O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve uma desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem com a expectativa de que esse segmento continue crescendo, embora em ritmo decrescente, e de que haja um aumento do peso de outros grupos etários, em especial, o dos idosos.

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil, representando, no censo de 2002, um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos (IBGE, 2002).

A grande maioria (84%) dos adolescentes e jovens brasileiros (10 a 24) vive em áreas urbanas, enquanto que 16% vivem em áreas rurais (IBGE, 2002). Há uma prevalência de homens jovens nas áreas rurais (15-17 anos: 52,90% e de 18-24 anos: 53,16%) e, na zona urbana, prevalecem as mulheres jovens (15-17: 50,47% e de 18-24: 50,99%).

O segmento jovem de 15 a 24 anos, que em 2002 tinha um contingente de 16.141.515 pessoas (IBGE, 2002), é um recorte etário que requer especial atenção por parte dos responsáveis diretos

pelo planejamento nacional. Entre os anos de 2000 a 2010 abre-se a melhor *janela de oportunidades* (CASTRO; ABRAMOVAY; LEON, 2007, p. 20-21) como o momento mais favorável para se investir na juventude como integrante e sujeito da aceleração do crescimento econômico nacional.

É preciso ressaltar que são esses mesmos jovens os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. E, além disso, é a fecundidade das mulheres nessa faixa etária que, atualmente, mais tem contribuído para o nível geral prevalente no Brasil. De início, basta citar 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 à saúde.

2.2. A escolaridade

O Conselho de Desenvolvimento Social (2006) aponta as desigualdades no Brasil como importantes problemas a serem enfrentados na busca de decisões políticas que fomentem a equidade social. Entre as variáveis de inserção social está o nível de escolaridade da população brasileira, que é baixo e desigual.

Entre as pessoas jovens brasileiras de 15 a 24 anos, dados de 1996 a 2006 (PNAD/IBGE, 2006) evidenciam uma diminuição do analfabetismo: a taxa de 6,5 passou para 2,3 com uma variação de 64,6%. Essa melhora, entretanto, face às disparidades regionais, não foi acompanhada por todas as regiões, evidenciando a necessidade de ações voltadas para as regiões Norte e Nordeste.

Em 2004, a PNAD mostrou que 8,9% do grupo etário de 5 a 17 anos estavam sem estudar. Em 2008 esses números revelaram sensível melhora do acesso: 97,5% das crianças entre 6 e 14 anos e 72,8% de 4 e 5 anos estavam frequentan-

do a escola. No entanto, ainda é preocupante o analfabetismo funcional, que chega a 30 milhões de pessoas acima de 15 anos de idade.

Para a população adolescente e jovem os dados indicam que, apesar da melhora do acesso escolar na faixa etária de 5 a 17 anos, na faixa etária de 18 anos ou mais foi constatado que esta população tinha, em média, 7,4 anos de estudo (considera-se que este grupo já teria idade suficiente para ter concluído o ensino médio, tendo cursado pelo menos 11 anos de estudo). Aos 25 anos ou mais de idade o número médio de anos de estudo foi calculado em 7,0 anos. Chama à atenção a disparidade regional. Na Região Nordeste, este indicador era quase o dobro do índice nacional.

Para a persistência desse problema, ressaltam-se o baixo desempenho do ensino fundamental e a reduzida oferta da educação de jovens e adultos – EJA – em muitos municípios e, dentre outros fatores, o alto índice (50%) de evasão dos cursos de alfabetização (Observatório da Equidade, 2006).

Outras variáveis importantes para a inserção social de jovens estão na persistente distorção idade-série que compromete o acesso de jovens, na idade mais adequada, ao ensino fundamental (nesse caso, o EJA torna-se a alternativa mais adequada); na baixa frequência ao ensino superior em que, entre outras iniciativas, se inserem as ações afirmativas para corrigir, parcialmente, as desvantagens quanto ao ingresso e à permanência de alguns grupos sociais; e, por fim, nas poucas oportunidades de acesso à educação profissional, que além de reduzida é bastante concentrada e desigual.

O censo escolar de 2005 e 2006 evidencia que, do total de matrículas nos cursos de educação profissional, a faixa etária de 18 a 24 anos concentra quase metade destas matrículas, indicando que oportunidades estão sendo abertas para esse grupo de jovens.

2.3. O Trabalho

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no art. 60 determina a *proibição de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de quatorze*. Preconiza ainda, no art. 61, a proteção ao trabalho de adolescentes que respeite a sua condição de pessoas em desenvolvimento e que sua capacitação profissional seja adequada ao

mercado de trabalho. No caso de adolescentes com deficiência, assegura o direito ao trabalho protegido.

Para garantir os direitos de adolescentes o Brasil introduziu nas agendas das políticas nacionais o programa de erradicação do trabalho infantil, o que reduziu o número absoluto de crianças exploradas no trabalho formal – em torno de cinco milhões – das 8,4 milhões entre 5 e 17 anos, trazidas pela PNAD/IBGE em 2001.

Hoje, uma das passagens da vida juvenil para a vida adulta é a entrada no mundo do trabalho. Os jovens, no entanto, na sua primeira inserção ao trabalho já enfrentam problemas específicos como o requisito da experiência prévia.

Nas últimas décadas houve um crescente desemprego nesse grupo populacional – em 2000 a proporção de jovens¹ desempregados em relação ao total da população desempregada era de 43,8%, aumentando em 2005 para 46,6%. O fenômeno do desemprego, mesmo sendo global torna-se, no Brasil, um grave problema social uma vez que as expectativas dos jovens são frustradas por sequer alcançarem a inserção profissional equivalente à de seus pais. Expressam, ainda assim, a necessidade e a sua disposição de obterem um trabalho assalariado.

Por outro lado, o espaço ocupado pelos jovens no mundo do trabalho é inseparável da situação familiar, principalmente daquelas onde as poucas oportunidades de inserção produtiva bem remunerada impedem os pais de financiarem o estudo e o lazer dos filhos, impelindo-os a aceitarem qualquer trabalho para sobreviverem e alcançarem a desejada autonomia.

Assim, a pouca e a incerta remuneração tornam difíceis a emancipação financeira e mesmo a fruição de bens culturais vistos, pela sociedade, como tipicamente juvenis.

O Gráfico 1 mostra o estudo e o trabalho como ocupação dos jovens.

Gráfico 1 Estrutura de Atividades dos Jovens por Idades Simples.
Brasil, 2006

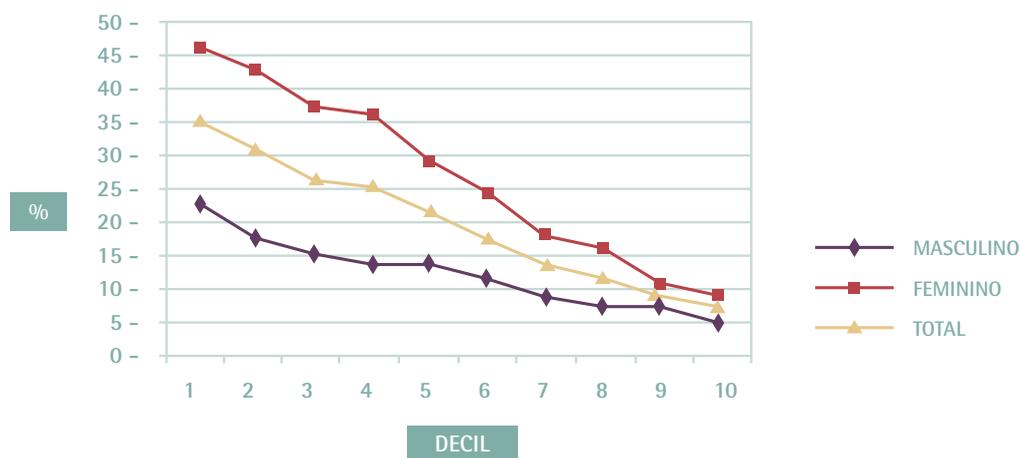


1 Pessoas de 15-24 anos de idade. Dados estimados pela Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

O estudo é a atividade principal para a faixa etária de 15 a 17 anos, que vai ao encontro da necessidade hodierna de se ter cursado, no mínimo, o ensino fundamental para acessar a maior parte dos postos de trabalho oferecidos pelo mercado. Entre os 18 e 19 anos o jovem passa do estudo ao mundo laboral, sendo essa opção decisiva a partir dos 20 anos (WAISELFISZ, 2007, p. 85).

Um enfoque importante para a análise é o grupo de jovens que não trabalham e não estudam, em relação à renda familiar, visto no Gráfico 2.

Gráfico 2 Jovens que não estudam nem trabalham (%) por sexo e decil de renda. Brasil, 2006



Sobressai-se uma diferença importante que é a incidência maior de jovens do sexo feminino que não trabalham nem estudam. Outro fator é que o número de jovens que não trabalham e não estudam é inversamente proporcional ao aumento da renda familiar, como demonstrado pelo padrão de curva descendente ora apresentado (WAISELFISZ, 2007, p. 90).

O restrito mercado de trabalho pode reproduzir as hierarquias sociais existentes, consequentemente os jovens de classe social baixa passam a ter ocupações desvalorizadas e de baixa remuneração.

2.4. A Situação de Saúde

Adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje,

no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas². Estudando estas condições encontra-se o cenário a seguir.

2.4.1 O impacto da violência em adolescentes e jovens

2.4.1.1 Violência Intrafamiliar e Violência Sexual

Dados do VIVA³ apontam que as mulheres, em todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, com 6.636 casos (74%). As mulheres jovens e adultas de 20 a 59 anos sofreram maior violência, tendo registrado 79,9% das agressões. Em segundo lugar as adolescentes de 10 a 19 anos de idade, correspondendo a 77,9% dos atendimentos.

Estudando-se a Tabela 1 (BRASIL, 2008c, p. 16), observa-se que, dos 2.370 registros na faixa etária de 10 a 19, a violência sexual representou 56% dos atendimentos; seguida das agressões psicológicas (50%), físicas (48%) e negligências e abandono (13%).

Tabela 1 Caracterização das violências contra adolescentes (10 - 19 anos) registrados pelo VIVA/SVS/MS. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (2.370)	%
Tipo de Violência		
Sexual	1.335	56
Psicológica-Moral	1.183	50
Física	1.144	48
Negligência-Abandono	298	13
Financeira-patrimonial	3	1

A residência foi o local onde ocorreram 50% das violências, seguido pela via pública (17%). Os atos violentos de repetição alcançaram um índice de 38%. Desconhecidos foram os prováveis autores de agressões com maior taxa (21%), seguido por amigos e conhecidos (20%) e por pai (12%).

Na Tabela 2 (BRASIL, 2008c, p. 19), sobre os casos de violência sexual registrados, segundo sexo e faixa etária (ViVA/SVS/MS, 2007), ressaltam-se as faixas etárias masculinas de 0-9 (70% dos casos registrados) e a de 10-14 anos (23%). No sexo feminino, as adoles-

² Causas externas são as agressões (homicídios), acidentes de transporte e lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios).

³ Vigilância de Violências e Acidentes, implantado em 2006 pelo MS. Painel de Indicadores do SUS nº 5 (BRASIL, 2008, p. 14).

centes de 10 a 14 anos são as que mais sofreram violência sexual (38%), seguida das crianças na faixa de 0-9 anos (24%) e das adolescentes de 15 a 19 anos de idade (18%).

Tabela 2 Casos de violência sexual, por faixa etária e sexo, registrados pelo VIVA/SVS/MS. Brasil, 2006-2007.

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino	
	N°	%	N°	%
0-9	234	70	606	24
10-14	75	23	778	38
15-19	13	4	458	18
20-29	5	2	415	16
30-59	3	1	108	4
60 e mais	1	1	22	1

Ainda nos registros do VIVA, no sexo feminino, em todas as idades, o tipo de violência sexual que teve a taxa mais alta (56%) foi o estupro, seguido do atentado violento ao pudor (29%). Enquanto que no sexo masculino, em todas as idades, o atentado ao pudor teve 67% e o assédio, 17%.

Um estudo financiado pelo governo federal⁴, de 2005, mostrou que a exploração sexual de crianças e adolescentes é uma prática disseminada no Brasil, embora a situação seja mais grave em algumas regiões e cidades do país. A exploração sexual está presente em 937 municípios. Destes, 31,8% situa-se na Região Nordeste; 25,7% no Sudeste; 17,3% no Sul; 13,6% no Centro-oeste; e 11,6% no Norte.

Essa violência de gênero, base da vitimização de mulheres, é uma violação dos direitos humanos, além de ser uma questão de saúde pública.

⁴ Estudo Analítico do Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil (1996-2004) (BRASIL, 2005).

2.4.1.2 Mortalidade por causas externas.

A vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população. Como pode ser visto na Tabela 3 (BRASIL, 2008c, p. 32), as causas externas ocupam o primeiro lugar na mortalidade desse grupo populacional.

Tabela 3 Ranking de mortalidade por todas as causas e ciclos de vida. Brasil, 2006.

Ciclos de Vida				
Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Total
1. Afecções perinatais	Causas externas	Causas externas	Aparelho cardíaco	Aparelho cardíaco
2. Anomalia congênita	Neoplasia	Neoplasia	Aparelho respiratório	Neoplasia
3. Aparelho respiratório	Aparelho cardíaco	Aparelho respiratório	Neoplasia	Causas externas
4. Infeciosas e parasitárias	Sistema nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Aparelho respiratório
5. Causas externas	Aparelho respiratório	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Endócrina
6. Sistema Nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Infeciosas e parasitárias	Aparelho digestivo
7. Endócrina	Aparelho digestivo	Transtornos mentais	Causas externas	Infeciosas e parasitárias
8. Neoplasia	Anomalia congênita	Sistema nervoso	Aparelho urinário	Afecções perinatais
9. Aparelho cardíaco	Endócrina	Aparelho urinário	Sistema nervoso	Aparelho urinário
10. Aparelho digestivo	Gravidez, parto e puerpério	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Transtornos mentais	Sistema

A mortalidade proporcional por causas definidas e ciclos de vida no Brasil, em 2006, ressalta a alta taxa de mortalidade por causas externas na adolescência, 10 a 19 anos (70,7%), e na faixa adulta, que engloba os jovens de 20 a 24 anos (29,8%).

a) Agressões

Analisando a Tabela 4 (BRASIL, 2008c, p. 32), evidencia-se que as agressões, com 58,7%, foram a principal causa de morte para adolescentes de 15 a 19 anos de idade, seguidas das lesões autoprovocadas e pelos afogamentos e submersões. Já para adolescentes de 10 a 14 anos, a primeira causa foram os acidentes de transporte (35,9%), vindo em seguida as agressões (22,4%), afogamentos e submersões (21,8%) e em quarto as lesões autoprovocadas (4,8%).

Enfatiza-se que em todas as regiões brasileiras as taxas de agressões na faixa etária de 15 a 19 anos foram maiores do que aquelas da faixa etária de 10 a 14, evidenciando a vulnerabilidade daquele grupo etário.

Tabela 4 Mortalidade proporcional entre adolescentes (10-19 anos), Brasil, 2006.

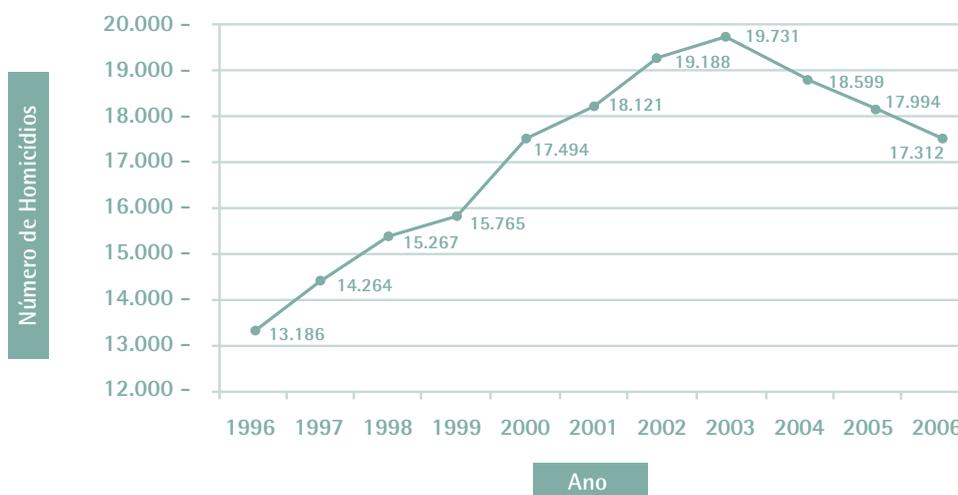
Causas externas	10 a 14 anos n / %	15 a 19 anos n / %	Total n / %
Agressões	545 / 22,4	7.497 / 58,7	8.042 / 52,9
Acidentes de Transportes	872 / 35,9	3.072 / 24,0	3.944 / 25,9
Afogamentos	530 / 21,8	844 / 6,6	1.374 / 9,0
Lesões autoprovocadas	117 / 4,8	617 / 4,8	734 / 4,8
Quedas	87 / 3,6	102 / 0,8	189 / 1,2
Outras causas externas	277 / 11,4	642 / 5,0	919 / 6,0
Total	2.428 / 100,0	12.774 / 100,0	15.202 / 100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada

b) Homicídios

De 1996 a 2006, os homicídios na população com idade entre 15 e 24 anos passaram de 13.186 para 17.312, com aumento de 31,3% (Gráfico 3). Esse crescimento foi superior aos homicídios na população total, que aumentaram em 20% nesse período.

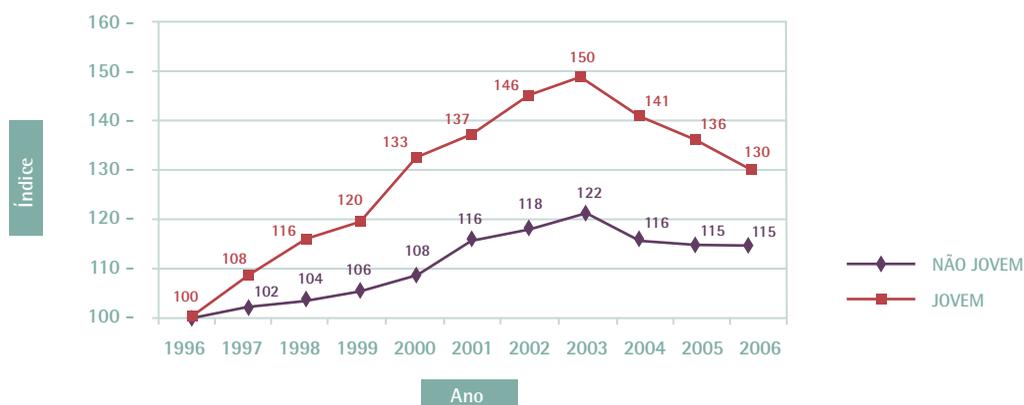
Gráfico 3 Número de Homicídios Juvenis. Brasil, 1996-2006



Observa-se que a inflexão da curva, a partir de 2003, teve como influência as estratégias de desarmamento no país, incrementadas desde 2005 por políticas regionais e estaduais. A queda é semelhante à que ocorreu em toda a população.

Se dividirmos o total de homicídios em dois grandes grupos: os juvenis e os não juvenis, com menos de 15 anos ou com mais de 24, tendo como base a população de 1996, teremos o Gráfico 4 (WAISELFISZ, 2008, p. 14). A análise ressalta que entre 1996 e 2003 houve um crescimento da violência letal. Na população não jovem os homicídios cresceram 22%, enquanto que na população jovem esse índice mais que duplicou, atingindo 50%. Entre 2004 e 2006, os homicídios na população não jovem caíram em 5,8% e entre os jovens a queda de 13% foi mais significativa.

Gráfico 4 Índice de crescimento dos homicídios jovens e não jovens.
Brasil, 1996/2006 - Ano Base: 1998-100



Fonte: Microdados SIM//SVS/MS

Por outro lado, na série histórica dos Gráficos 5 e 6 sobre a taxa de homicídios, sexo e raça/cor da vítima (BRASIL, 2008c, p. 20), evidencia-se que, em 2000, a taxa de homicídios proporcional em homens negros, comparada a de homens brancos, era de 51% aumentando para 119% em 2006. Nas mulheres negras, comparadas com as mulheres brancas, o risco de morte repete o padrão masculino: em 2002 a taxa era 20%; em 2006 aumentou para 71%.

Gráfico 5 Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo masculino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



Fonte: SIM/SVS/MS

Gráfico 6 Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo feminino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



Fonte: SIM/SVS/MS

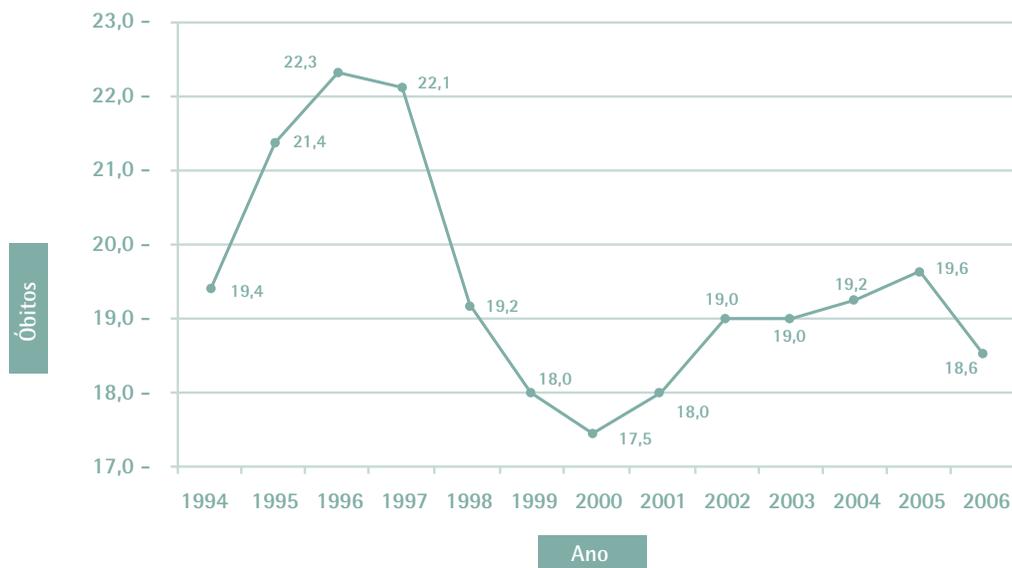
Considerando a esperança de vida ao nascer que, em 2005 estava em torno de 68 anos de idade para os homens e 75 para as mulheres (IDB, 2006), a mortalidade por causas externas ainda contribui para perdas irreparáveis como os anos de vida perdidos e o aumento da carga de morbidade decorrente das agressões não-fatais: incapacidades, lesões, problemas crônicos, dentre outros, em um ciclo de vida que poderia ser mais saudável.

c) Acidentes de transporte terrestres

Outra situação grave é a magnitude dos acidentes de transporte terrestre que, no Brasil, são a segunda causa de mortalidade juvenil (segundo o índice de homicídios).

Na população brasileira, as taxas de óbito por acidentes de transporte (em cada 100 mil habitantes) caíram de 19,4 para 18,6, o que representa uma diminuição efetiva de 4,3% (Gráfico 7) (WAISELFISZ, 2008, p. 23).

Gráfico 7 Evolução das Taxas de Óbito (em 100 mil) por Acid. de Transporte. População Total. Brasil, 1994-2006



Fonte: SIM/SVS/MS

A forte inflexão na evolução dos óbitos por acidentes de transporte caracteriza três grandes períodos relacionados a mudanças no Código de Trânsito Brasileiro. No primeiro período, 1994 a 1997, destacam-se aumentos significativos no número de óbitos, ano a ano, exceto quando da promulgação da nova lei (1997). No segundo período, iniciado nesse ano e estendido até o ano 2000, nota-se que os números diminuem, principalmente entre 1997-1998, quando a queda foi superior a 13%. De 1999 a 2000, as quedas foram moderadas, da ordem de 2% ao ano. A partir de 2000, houve incrementos significativos no número de mortes, de 4,8% ao ano, até o ano de 2005. Em 2006 aparece uma nova inflexão nos óbitos, que ainda não pode ser caracterizada, pela indefinição de ser uma queda real nos índices ou imprecisão na coleta de dados.

Na Tabela 5, abaixo, observa-se a mortalidade proporcional por acidentes de transporte terrestre, segundo faixa etária e sexo, em 2006 (BRASIL, 2008c, p. 20). Ressalta-se que nas faixas etárias de 10 a 24 anos, de ambos os sexos, houve um total de 13.345 óbitos. Destes, 7.197 em adolescentes e jovens homens e 1.648 em adolescentes e jovens mulheres. Nota-se que o número de óbitos aumenta com a idade, chegando ao máximo na faixa etária de 20 a 24, em ambos os sexos, embora alcance um percentual maior nos jovens homens (15,0%, em relação a 11,3% nas jovens mulheres).

Tabela 5 Mortalidade proporcional por acidentes de transporte terrestre segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2006

Faixa etária	Homens Óbitos / %	Mulheres Óbitos / %	Total Óbitos / %
0-4	311 / 1,1	222 / 3,4	533 / 1,5
5-9	445 / 1,6	292 / 4,5	737 / 2,1
10-14	565 / 2,0	291 / 4,5	856 / 2,5
15-19	2.384 / 8,4	625 / 9,7	3.009 / 8,6
20-24	4.258 / 15,0	732 / 11,3	4.990 / 14,3
25-29	3.559 / 12,5	575 / 8,9	4.134 / 11,8
30-39	5.620 / 19,7	904 / 14,0	6.524 / 18,7
40-49	4.650 / 16,3	872 / 13,5	5.522 / 15,8
50-59	3.190 / 11,2	637 / 9,9	3.827 / 11,0
60-69	1.879 / 6,6	562 / 8,7	2.441 / 7,0
70-79	1.089 / 3,8	531 / 8,2	1.620 / 4,6
80 e mais	507 / 1,8	218 / 3,4	725 / 2,1
Total	28.457 / 100	6.641 / 100	34.918 / 100

Desdobrando a mortalidade por causas externas em mortalidade proporcional por acidentes de transporte terrestre (ATT)⁵, por faixa etária e região, em 2005 observava-se o seguinte cenário:

Na faixa etária de 10 a 14, a Região Centro Oeste tinha a maior taxa de mortalidade com 10,61%. A região Norte tinha a menor taxa de mortalidade (5,31%), excetuando-se o estado de Roraima, com a segunda taxa mais alta de mortalidade do país: 10,59% naquele período.

A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por acidentes de transporte nas faixas etárias adolescente – de 10 a 19 anos (25,12%) – e jovem – de 20 a 24 anos (44,12%). Santa Catarina é o estado que apresenta as taxas mais altas em adolescentes de 15 a 19 anos (36,89%) e jovens de 20 a 24 (63,62%).

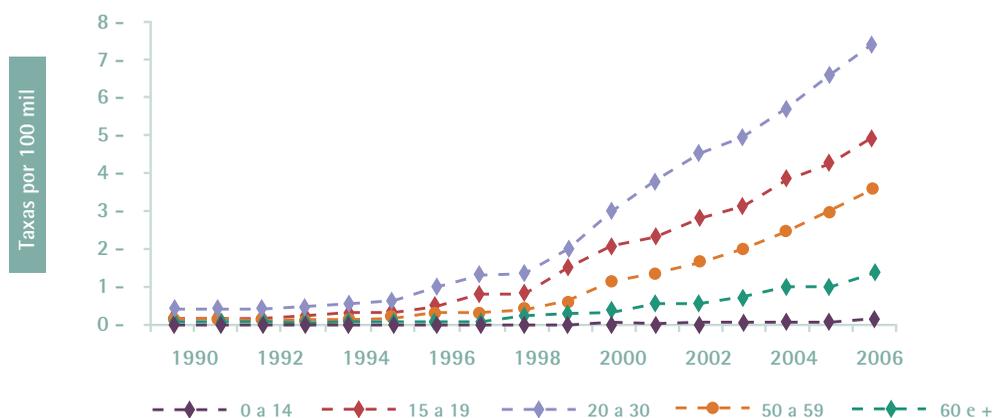
Na população total, no quinquênio de 2000 a 2005, houve uma queda significativa na vitimização de pedestres e aumento paralelo de motociclistas como vítimas. O potencial de mortalidade associada às motocicletas, em dados brasileiros, é 10 vezes maior do que os automóveis (BRASIL, 2005c, p. 292).

5 Fonte: Tabwin/Datasus/MS.

O Gráfico 8 (BRASIL, 2008c, p. 37), de 1990 a 2006, evidencia uma taxa marcante de acidentes com motociclistas a partir de 1996 e ressalta-se a curva da faixa etária de 15 a 19, com notável incremento a partir do ano 2000.

Finalmente, as informações, trazidas nesse contexto, são fundamentais para identificar territórios, os segmentos populacionais, como os adolescentes e os jovens, mais vulneráveis à mortalidade por acidentes de trânsito.

Gráfico 8 Taxa específica por idade em acidente envolvendo motociclista.
Brasil, 1990-2006



Fonte: SVS/MS

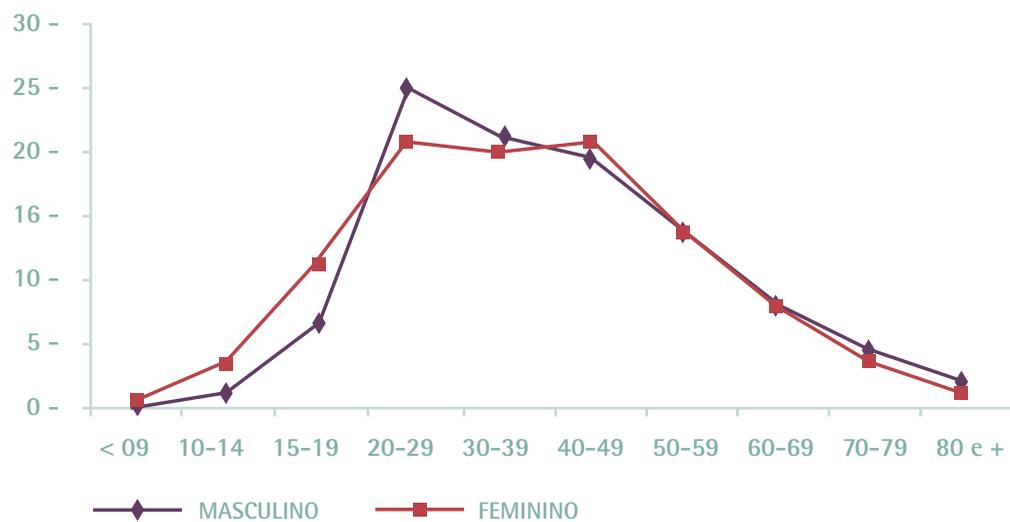
d) Suicídios

Suicídio é uma violência auto-infligida que, embora não tenha taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões, preocupa por serem elevadas em algumas cidades brasileiras e estarem aumentando na população jovem masculina, provocando impacto na saúde pública. A proporção de óbitos por suicídios em 2006 foi de 79% no sexo masculino e de 21%, no sexo feminino, segundo o SIM/SVS/MS.

O Gráfico 9 (BRASIL, 2008c, p. 28), destaca que a proporção de óbitos, nas faixas etárias, adolescente e jovem de 10 a 29 anos de idade, é maior no sexo masculino, cuja curva evidencia um forte crescimento em torno dos 15-19 anos de idade e pico em torno dos 20-29 anos. A curva de óbitos por suicídios em mulheres adolescentes (10-19 anos) inicia uma ascendên-

cia contínua entre 10 e 14 anos de idade. Quando comparadas à mesma faixa etária, nota-se que as adolescentes de 15 a 19 anos, morrem em consequência de lesões autoprovocadas em proporção maior do que o sexo masculino.

Gráfico 9 Proporção de óbitos por suicídio segundo sexo e faixa etária.
Brasil, 1994-2006



Fonte: SIM/SVS/MS

2.4.2 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

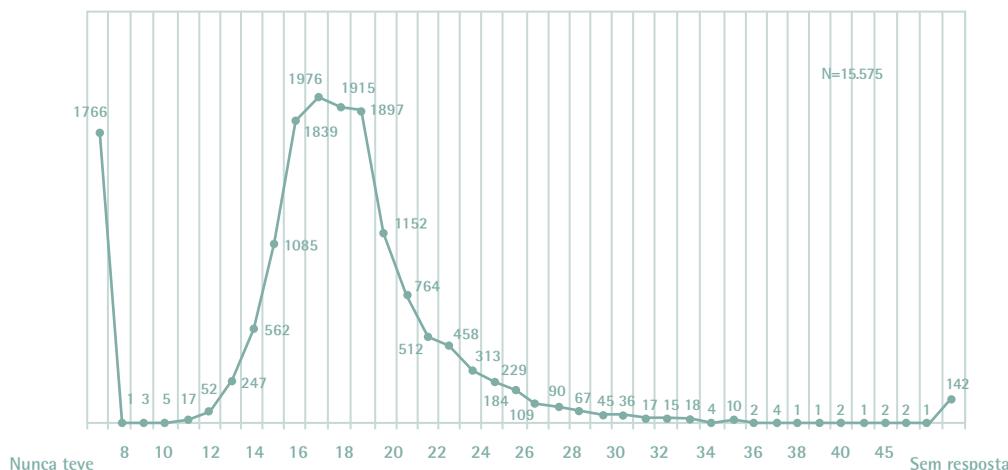
2.4.2.1 Saúde Sexual

A sexualidade é um componente intrínseco da pessoa e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS), realizada com mulheres, evidenciam no Gráfico 10 (valores sobre o total da amostra) que, a partir dos 12 anos, a curva da idade da primeira relação sexual inicia uma forte ascensão (n=247), com pico nos 16 anos de idade (n=1976). Depois, reduzem-se levemente até os 18 anos (n=1897), caindo intensamente até os 21 anos de idade (n=512). Em 2006, ressalta-se que até os 15 anos 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária.

Os homens jovens apresentam semelhança na idade mediana da primeira relação sexual (16,2 anos), com maior concentração entre 15 e 17 anos de idade. Apenas 20% deles têm sua primeira relação depois dos 17 anos. Ressalta-se que não há diferenças regionais, sociais e de cor ou raça.

Gráfico 10 PNDS - Idade da primeira relação sexual (Total da amostra).
Brasil, 2006



Fonte: SIM/SVS/MS

O estudo feito pela Gravad (BRASIL, 2008b, p. 50-52) aponta que é desigual o padrão de iniciação sexual entre homens e mulheres jovens.

Quanto à primeira experiência com parceiros existe um contraste entre as experiências masculina e feminina, sendo que na feminina evidencia-se a homogeneidade na iniciação, com namorados mais velhos e mais experientes. Na masculina, em 45% dos casos, os homens jovens iniciaram sua atividade sexual com a namorada, 50% com parceira eventual e 5% com profissionais do sexo.

As divergências nas experiências masculina e feminina ressaltam-se ainda na *apresentação implícita que dão ao seu papel no encontro com os parceiros* (BRASIL, 2008b, p.53).

Mais da metade dos homens (57%) disseram que queriam que a primeira relação sexual se realizasse logo, enquanto nas mulheres apenas 20% assumiram essa atitude afirmativa. A maioria das mulheres (52%) evidenciou atitude de passividade e de espera porque prevaleceu a resposta de que não pensavam no assunto. 30% dos homens deram essa mesma resposta.

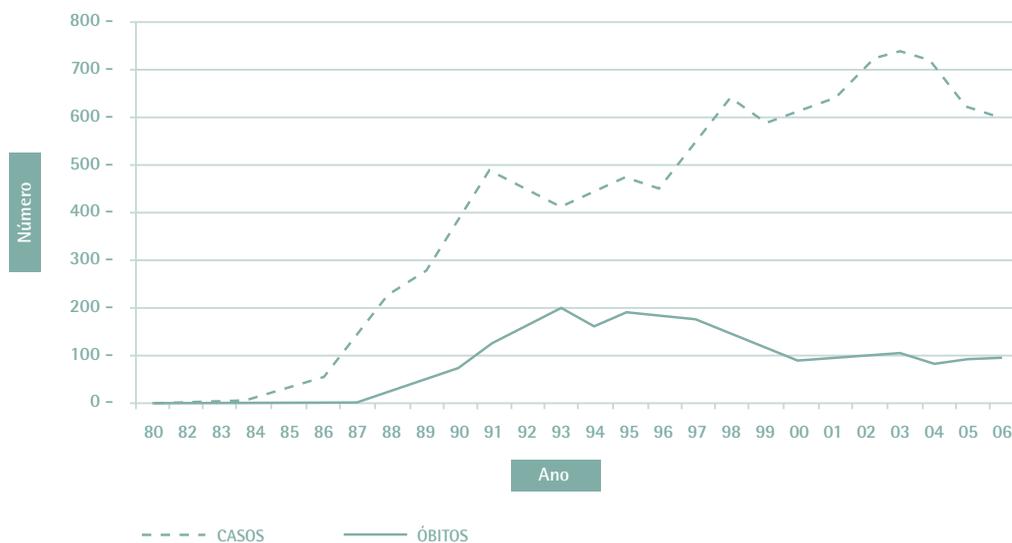
a) DST/Aids

A questão da saúde de adolescentes e jovens relacionada a DST e Aids, é uma preocupação constante nos serviços de saúde. Foram notificados no SINAN, considerados os registros de 2000 a 2006, 19.793 casos de Aids, no grupo etário de 13 a 24. Isso representou 80% dos casos identificados (BRASIL, 2007), que foi de 24.603.

Ainda nesse grupo etário, no período de 1982 a 2006, evidencia-se nos homens jovens um aumento proporcional de casos por exposição à via de transmissão sexual, com um aumento discreto nas subcategorias homo/bissexuais. Por outro lado, diminuiu a proporção de casos por uso de drogas injetáveis. Nas jovens mulheres, a transmissão por via heterossexual, em todo o período, é predominante.

No Gráfico 11 (BRASIL, 2007a), para a faixa etária de 13 a 19 anos, observa-se o aumento dos casos e a estabilidade no número de óbitos desde 2000. Essa estabilidade pode ser atribuída à qualidade da resposta governamental à epidemia de Aids.

Gráfico 11 Número de casos e óbitos por aids em indivíduos de 13 a 19 anos, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS e MS/SVS/DASIS/SIM

Por outro lado, o aumento de casos aliado ao início mais cedo das relações sexuais de adolescentes (detectado pela PNDS 2006) – em torno dos 15-16 anos – e ao fato de ter havido nessa faixa etária, desde 1998, uma inversão na razão de sexo em que incide a Aids – da ordem de 0,6:1 (H:M), como captado em 2005 – aponta a necessidade de que os serviços de

saúde estejam organizados e qualificados para a atenção às necessidades específicas de saúde e demandas dessa população.

Gráfico 12 Número de casos e óbitos por aids em indivíduos de 20 a 24 anos, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS e MS/SVS/DASIS/SIM

O Gráfico 12, para a faixa de 20-24 anos, ressalta que há uma tendência de crescimento dos casos de Aids e, a partir de 1999, um decréscimo leve no número de óbitos, após a introdução do antirretroviral ocorrido em 1997. Nessa faixa etária não houve inversão da razão de sexo, sendo a taxa de incidência entre homens de 15,7 e 15,3 entre as mulheres (a cada 100 mil habitantes)

Quanto ao conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira para a prevenção da infecção por HIV e outras DST, pesquisa sobre conhecimento de atitudes e práticas da população brasileira (PCAP), realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), em 2008, apontou que 61% dos jovens de 15 a 24 anos fizeram uso do preservativo na primeira relação. Em torno de 32,6% disseram que usaram o preservativo em todas as relações sexuais, independentemente da parceria. O percentual atingiu 55% quando indagada a última relação. Os jovens mantêm-se como a faixa etária que mais faz uso de preservativos nas relações sexuais. Os homens utilizam mais esse método contraceptivo quando comparados às mulheres.

Os dados da PCAP-2008 indicaram uma tendência à queda no uso de preservativo, ainda que 96,6% da população o tenham citado como forma de proteção da transmissão ao HIV.

Com relação às DST, em pesquisa anterior (BRASIL, 2006a), o MS utilizou como indicadores para a prevenção e controle *o exame ginecológico regular, com preventivo, entre as mulheres sexualmente ativas, e a presença de corrimento uretral, com tratamento médico, entre os homens sexualmente ativos* (BRASIL, 2006a, p. 24).

Na faixa etária de 15-24 anos, destacou-se que em torno de 50% das mulheres jovens sexualmente ativas, realizam a prevenção a DST. No entanto preocupa o percentual daquelas que não fazem o preventivo (19,5%) e das mulheres jovens sexualmente ativas que nunca fizeram exame ginecológico (29,2%).

Nos homens jovens, 96% relataram não ter tido corrimento uretral. O indicador foi o maior em todas as regiões brasileiras. Dos que tiveram corrimento, o percentual maior (1,9%) se refere aos que não receberam tratamento. 1,2% relatam ter recebido tratamento.

A região Norte concentrava o maior percentual de pessoas, entre os indivíduos sexualmente ativos, que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos (32%). Os percentuais de iniciação sexual precoce são maiores entre as pessoas menos escolarizadas, atingindo 36%. Não existem diferenças estatísticas regionais nesse indicador quando se consideram os indivíduos mais escolarizados. Esses dados orientam ações preventivas em saúde sexual para homens jovens, regionalizadas.

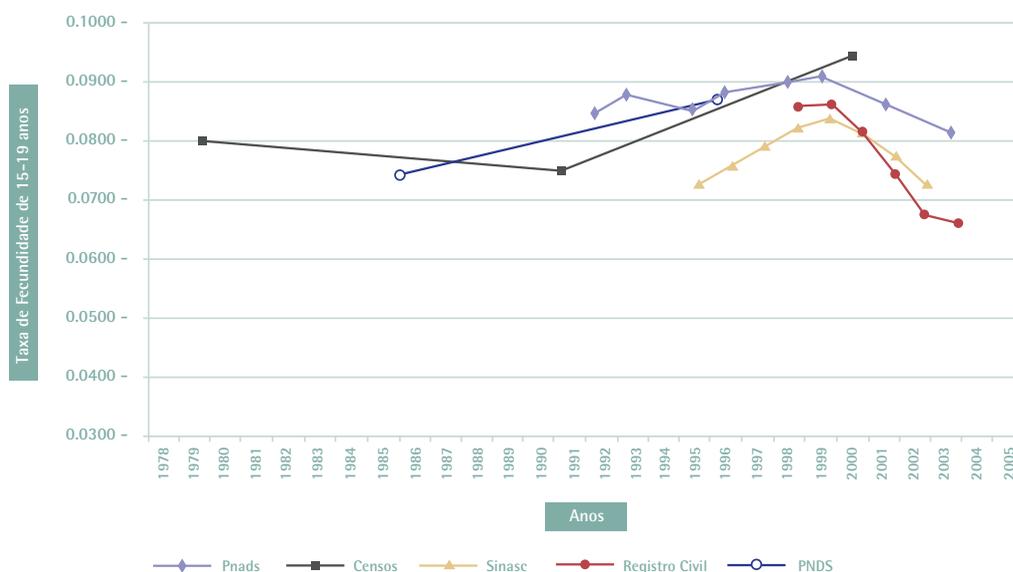
Um estudo recente⁶, sobre incidência e prognóstico de HPV em adolescentes revelou que após o início da atividade sexual 36,5% das adolescentes, acompanhadas durante 5 anos (1999 a 2006) apresentaram alterações citológicas por HPV. Nesse período, observou-se também a incidência de 24,1% de lesões cervicais no primeiro ano de atividade sexual e a redução nos quatro anos subsequentes, com variação entre 3 e 8%, mostrando a regressão, com o tempo, na maioria das lesões.

2.4.2.2 Saúde Reprodutiva

No Brasil a taxa de fecundidade específica, na faixa etária de 15 a 19, vem diminuindo nos últimos anos. Em 1990 ela representava 98 para cada mil adolescentes que tiveram filhos, em 2007 a taxa foi de 78. Essa retração foi apontada pelo estudo de Elza Berquó e Suzana Cavenaghi (2005) baseado em três fontes de dados: as pesquisas do IBGE, as estatísticas do Ministério da Saúde e os registros em cartório, sobre a fecundidade de adolescentes de 15 a 19 anos, com um descenso a partir de 2000, conforme o Gráfico 13 visto a abaixo.

6 Estudo sobre a incidência, o prognóstico e o tipo de lesões, causadas por HPV em adolescentes. A pesquisa ocorreu entre 1993 e 2006 no Hospital de Jacarepaguá no Rio de Janeiro, realizada pela Dra. Denise Monteiro (Fiocruz).

Gráfico 13 Evolução da taxa específica de fecundidade de mulheres de 15-19 anos segundo várias fontes de dados. Brasil.



A PNDS 2006 aponta que, no SUS, houve um aumento na distribuição gratuita dos métodos contraceptivos. De 1996 a 2006, o percentual de mulheres em idade reprodutiva que recorrem ao SUS para a contracepção, aumentou de 7,8% para 21,3%. Nesse contexto, 66% das jovens de 15 a 19 anos de idade sexualmente ativas haviam utilizado algum método contraceptivo, sendo os mais utilizados: o preservativo com 33%, a pílula com 27% e os injetáveis com 5%.

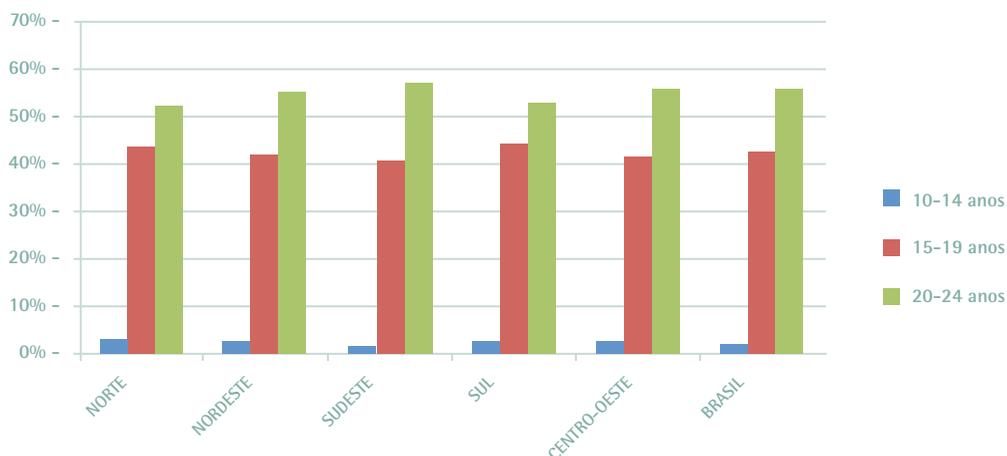
O início da vida sexual mais cedo provocou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo. A referida PNDS evidencia que em 1996 a média de idade para ter o primeiro filho era de 22,4 anos; enquanto que, em 2006, passou para 21 anos de idade.

Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto continua preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social, observando-se que, conforme dados do IBGE/PINAD/IPEA na série histórica 1992 a 2006, a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 no quintil mais baixo economicamente.

No Brasil, a análise sobre partos atendidos no SUS em 2007, em evidência no Gráfico 14, aponta que o total de partos de mulheres adolescentes e jovens de 10 a 24 anos, a prevalência foi de 56,19%, em jovens de 20 a 24 anos, nas adolescentes de 15 a 19 anos o percentual foi de 42,43% e na faixa etária de 10 a 14 foi de 2,23%.

Considerando, ainda, o total de partos em adolescentes e jovens de 10 a 24 anos, atendidos no SUS em 2007 e dividido por Região (Gráfico 14), o maior percentual foi no Sudeste, com 57,18%, em jovens de 20 a 24, seguido pelo Centro-Oeste com 56,1% e pelo Nordeste com 55,48%. Nas idades de 15 a 19 anos os partos aparecem com um percentual de 44,43% no Sul, 44% no Norte e 41,55% no Centro-Oeste. Para as adolescentes de 10 a 14 anos, a prevalência é de 3% no Norte; 2,37% no Nordeste e 2,28% no Sul.

Gráfico 14 Percentual do total de partos atendidos no SUS na faixa de 10 a 24 anos. Percentual de partos divididos por faixa etária e por região. Brasil, 2007



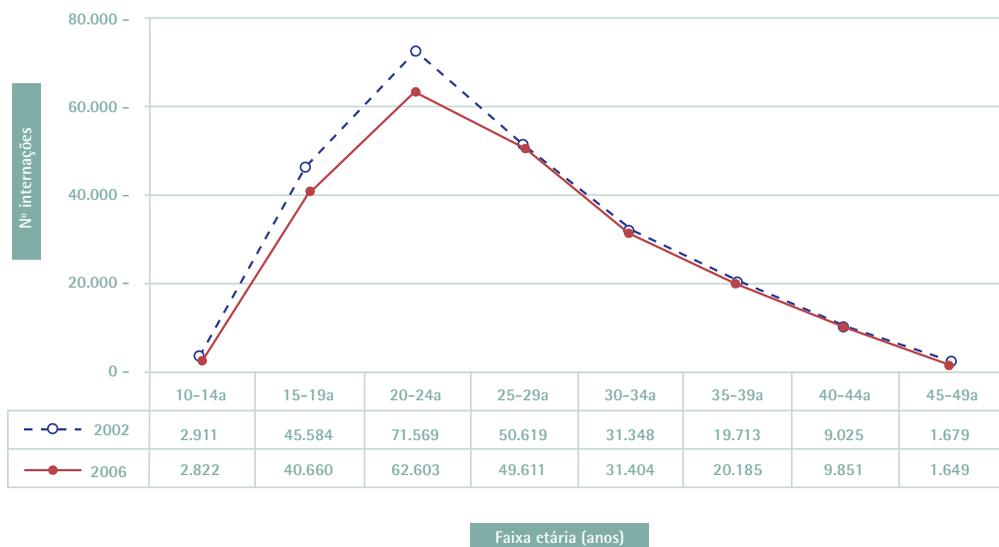
Fonte: SIH/SAS/MS

É fundamental que as regiões que apresentam maiores percentuais de partos juvenis tenham uma atenção diferenciada. Esse panorama aponta para a necessidade premente de que as políticas públicas, notadamente as de saúde, dirijam um olhar especial para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população na construção de estratégias intersetoriais que atuem na redução da vulnerabilidade ocasionada por situações onde as variáveis de garantia de direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população.

Em relação aos abortos observa-se na série histórica de janeiro de 2002 a 2006, (Tabela 6) que os números absolutos de atendimentos no SUS a abortamentos tiveram queda em todas as idades. Ainda, considerando este período observa-se o crescimento das internações a partir dos 15 anos, atingindo o ápice entre 20 a 24 anos. No entanto, houve na faixa mais jovem um decréscimo entre os anos 2002 e 2006.

Essa análise não aborda os dados de abortamento em condições inseguras, cujas conseqüências maléficas repercutem nos serviços de saúde ou nas estatísticas de mortalidade materna juvenil.

Tabela 6 Número de internações por SUS por abortamento segundo grupos de idade. Brasil, 2002 e 2006.



Fonte: SIH/SAS/MS

a) Mortalidade materna em adolescentes

Finalmente, é preciso examinar uma situação problema, que afeta inexoravelmente a vida de mulheres adolescentes (10 a 19 anos) e suas famílias, que é mortalidade por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

A análise realizada pelo Ministério da Saúde em 2004 aponta um total de 274 óbitos de adolescentes em consequência de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (Tabela 7) (BRASIL, 2006e). Adolescentes representam 16,4% do total de óbitos por essa causa quando consideradas todas as idades.

Tabela 7 Número de óbitos e mortalidade proporcional dos óbitos por causas relacionadas a gravidez, ao parto e ao puerpério de mulheres com idade entre 10 e 19 anos, segundo idade e raça/cor – Brasil, 2004 (n = 274 óbitos)

Idade	Óbitos	Mortalidade Proporcional (%)
13 anos	4	1,5
14 anos	13	4,7
15 anos	26	9,5
16 anos	38	13,9
17 anos	51	18,6
18 anos	73	26,6
19 anos	69	25,2

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

A Tabela 7 mostra que a mortalidade proporcional é maior dos 16 aos 19 anos com 84,30%, tendo um pico aos 18 anos de idade com 26,6% seguida dos 19 anos com 25,2%. Para as idades de 13 a 15 anos a mortalidade proporcional foi de 16,5%. Nesse estudo, considerando raça e cor, a mortalidade proporcional acontece mais nas adolescentes pardas com 51,6%, seguida das brancas com 36,9% e das pretas com 11,1%.

Essa realidade, tendo como fontes o SIM e o IBGE (2004), desdobrando-se por regiões e por cor, evidencia que a Região Norte tem a maior taxa de mortalidade nas adolescentes negras⁷ (3,4%), seguida do Nordeste (2%). Acre (6%), Santa Catarina (5,4%) e Amazonas (4,6%) são os estados com as maiores taxas de mortalidade nessas adolescentes.

Nas adolescentes brancas apresenta-se o seguinte quadro: a maior taxa é de 2,4% na Região Centro-Oeste, seguida da Região Sul (1,7%) e da Região Norte (1,3%). Mato Grosso do Sul (4,9%), Mato Grosso (3,3%) e Paraná (2,8%) são os estados com as maiores taxas relativas a essas adolescentes.

Por outro lado, além das causas obstétricas diretas, o aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e entre jovens, atingindo, sobretudo, as jovens pobres que sofrem mais dramaticamente as consequências das deficiências na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde (CAVALCANTE; XAVIER, 2006, pp. 84-85, 225).

7 Unindo pretas e pardas.

É urgente a integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que propiciem às mulheres adolescentes e jovens, condições de viver com segurança a gestação e o parto, antes que óbitos por causas evitáveis firam irreparavelmente o direito à saúde.

2.4.3 Álcool e outras Drogas

Pesquisa realizada em todas as capitais sobre o consumo de tabaco⁸, que progressivamente está sendo reduzido no Brasil, apontou uma prevalência de 16% de fumantes, sendo o consumo maior entre homens na faixa etária de 40-50 anos.

Os estudos realizados até hoje sobre o consumo de álcool e de outras drogas⁹, no entanto, ressaltam o alto consumo destas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e jovens de 20 a 24 anos. As bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista, tornando-se um importante problema de saúde pública. Considerando tal cenário epidemiológico, a ênfase destas Diretrizes dar-se-á na análise do uso abusivo de álcool.

O Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, de 2007¹⁰, aponta que o **início do consumo** dessa substância, em adolescentes de 14 a 17 anos, está na média de 13,9 anos que é mais baixa que nos jovens dos 18 aos 25 anos, cuja média é 15,3 anos. Com relação ao **consumo regular** observa-se que os adolescentes (14-17 anos) adquiriram este comportamento em média aos 14,6 anos. Já os jovens (18-25 anos) começaram por volta de 17,3 anos.

Nos adolescentes pesquisados (n=661), quase a metade dos que beberam no último ano consumiu três doses ou mais por situação habitual. Há uma diferença na quantidade do consumo de doses entre as adolescentes e os adolescentes: quase um terço dos homens adolescentes que bebem consumiu cinco doses ou mais no último ano, enquanto que 11% das mulheres adolescentes consumiram essa mesma quantidade de doses.

O referido estudo evidencia que não há diferenças significativas na frequência de consumo entre os gêneros. Dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes, mas os que bebem consomem quantidades importantes. Como esse universo pesquisado é representativo das várias regiões do país e de áreas urbanas e rurais, merece atenção o fato de 35% de adolescentes menores de 18 anos de idade consumirem bebida alcoólica ao menos uma vez por ano e 24% beberem, pelo menos, uma vez ao mês.

8 Fonte: MS, SVS e SGEP, USP, FSP – Vigitel, 2006.

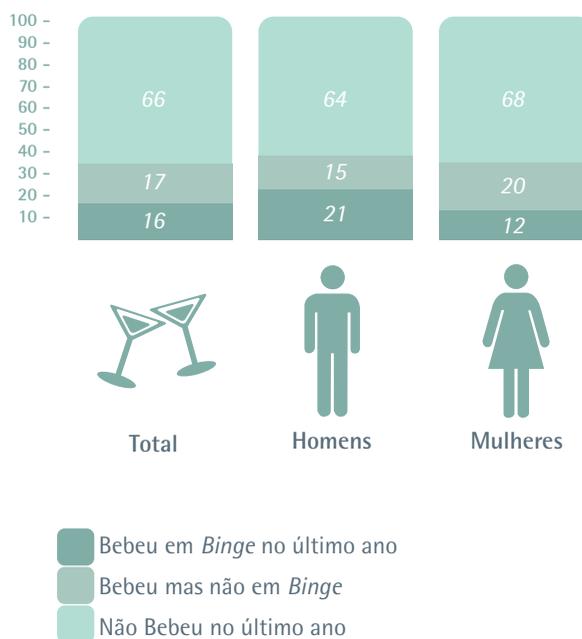
9 CEBRID - levantamentos entre estudantes (Galduróz; Caetano, 2004; Noto, 2004); pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua (Noto e cols., 1998; Noto e cols., 2004); dados sobre internações hospitalares (Noto e cols., 2002); e três levantamentos domiciliares conduzidos em 1999, 2001 e 2005 (Galduróz; (cols.), 2000; Carlini; (cols.), 2002; II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005).

10 SENAD, UNIFESP, UNIAD, Universidade do Texas, Organização Mundial da Saúde e Projeto Genacis, 2007b.

Quanto ao *binge* – que é o beber com maior risco em um curto espaço de tempo – o Gráfico 15, aponta que, da amostra total de adolescentes de ambos os gêneros, houve uma diferença estatisticamente importante quando considerado o gênero. Um quarto dos adolescentes e 12% das adolescentes beberam em *binge* pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

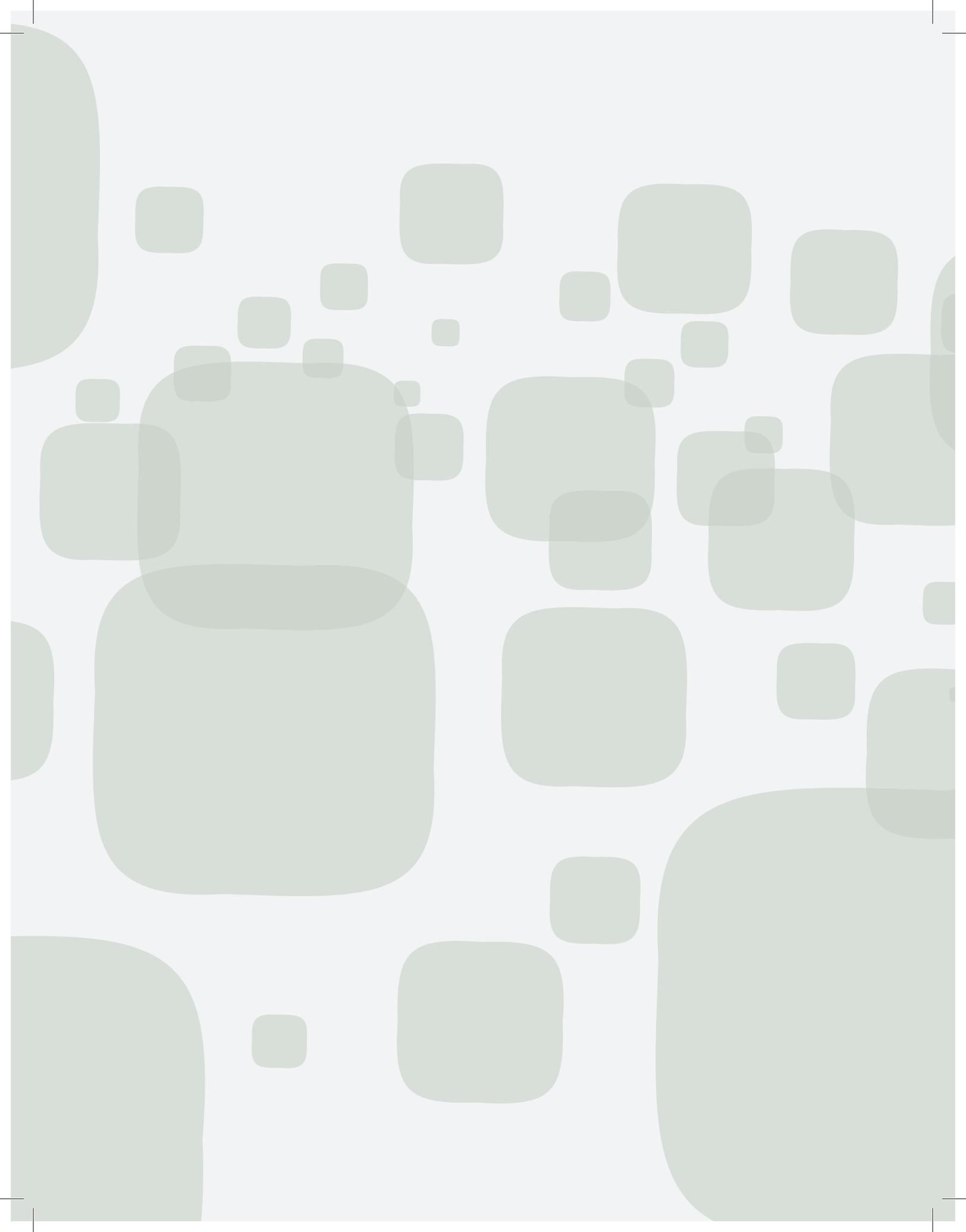
Gráfico 15 Frequência que bebeu em 'bingue'x gênero (em %)

Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu (Se homem: 5 ou mais doses; Mulher: 4 ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião?



Sobre a frequência com que os adolescentes relatam terem bebido em *binge*, a pesquisa evidencia que uma parte significativa apresenta esse comportamento com regularidade. 30% dos entrevistados relataram terem bebido em *binge* 2 vezes por mês ou mais.

Para a resolutividade das intervenções, as necessidades e demandas específicas desse grupo etário demandam a análise dos fatores que influenciam no seu padrão de consumo do álcool e de outras drogas.



3. UM NOVO OLHAR PARA A ADOLESCÊNCIA E A JUVENTUDE

Este documento adota, no plural, os termos – *adolescências e juventudes* – com o intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais.

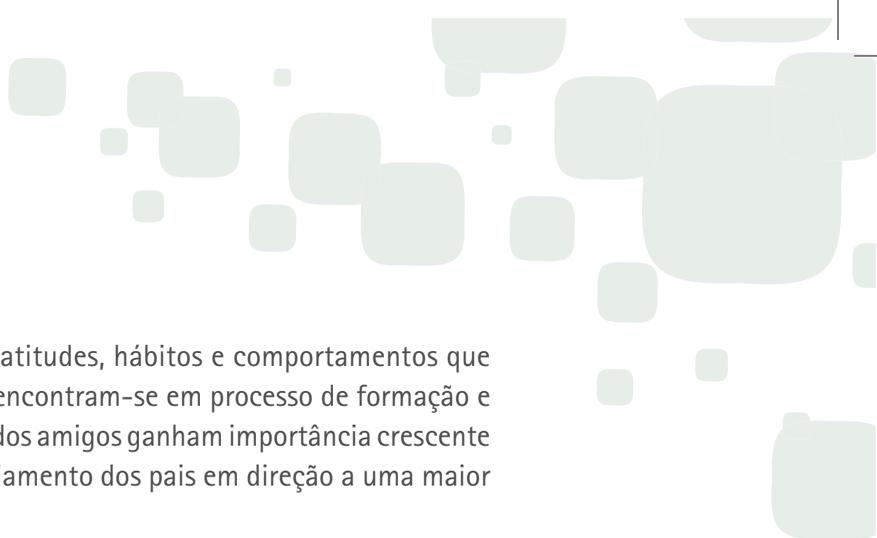
O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

No caso do Brasil, país de dimensões continentais e de formação histórica e social multicultural, considerar a diversidade dos contextos de vida de adolescentes e jovens, mais do que uma ferramenta analítica, é um imperativo e uma condição para a compreensão das adolescências e das juventudes brasileiras.

As fronteiras etárias são um marco abstrato útil para a delimitação de políticas e de estratégias, mas na vida concreta e na experiência individual das pessoas, as fronteiras da adolescência e da juventude não estão dadas de modo homogêneo e fixo (PORTELA; PORTELA, 2005). Assim, parece ser mais adequado falar em adolescências e juventudes, levando-se em conta os diferentes grupos populacionais, porque essa etapa dentro do *continuum* da vida implicará em experiências diferenciadas e em significados específicos.

Além dessa diversidade, é importante considerar adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho e envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam 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, finalmente, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal 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.



Considerando esse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes e de jovens encontram-se em processo de formação e cristalização. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência.

Ao mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida. Também os elementos que compõem o meio em que vivem adolescentes e os jovens, como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e os sistemas legal e político, exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam. De outra parte, estão as necessidades de grande importância para o desenvolvimento desse segmento, representadas pelo acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho.

Muito frequentemente a pobreza e o preconceito privam adolescentes e jovens de tais acessos. Acrescenta-se a enorme exposição desse grupo populacional aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados, somando-se, ainda, a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo.

Essa situação, na qual se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania¹¹.

Os fatores de vulnerabilidade não se distribuem de forma homogênea no espaço geográfico, mesmo no âmbito de cada município. Em geral, os bairros mais pobres são marcados pela ausência de opções de lazer e cultura, bem como de espaços públicos para o convívio comunitário e a prática desportiva. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e de jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde¹².

¹¹ Em 2001, apenas 41,3% dos jovens vivia em famílias com renda familiar *per capita* acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda *per capita* de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegava ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica desigualdade racial no Brasil ocasiona uma maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Instituto Cidadania, 2002).

¹² Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2005. Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. No prelo.

Adolescentes e jovens das classes marginalizadas, inclusive indígenas, ciganos e jovens de outros povos tradicionais, além de estarem submetidos a um maior risco de serem *vitimizados*, pelas modalidades de violência que ocorrem indistintamente em todos os segmentos sociais, são *vitimados* (de forma exclusiva ou, ao menos, preferencial) pelas expressões da violência estrutural – discriminação social, racismo, dificuldade de acesso aos serviços públicos, falta de oportunidades, dentre outras.

Nesse contexto, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de pessoas jovens não é valorizado nos serviços de saúde como fator de proteção e de prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento e do desenvolvimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis como o tabagismo, e de agravos como os que são ocasionados pelas violências.

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual.

Investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país.

4. TEMAS ESTRUTURANTES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E DE JOVENS

- 4.1 Participação Juvenil
- 4.2 Equidade de Gêneros
- 4.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
- 4.4 Projeto de Vida
- 4.5 Cultura de Paz
- 4.6 Ética e Cidadania
- 4.7 Igualdade Racial e Étnica

O processo de reflexão sobre os temas estruturantes, propostos nestas diretrizes, é fundamental nas ações de promoção do desenvolvimento e o bem-estar humano em sua multidimensionalidade. Favorece a incorporação nas ações de saúde e na rede de atenção à saúde de novos subsídios voltados para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeitos plenos de direitos, socialmente mais responsáveis e mais cooperativos, com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde.

A abordagem humanizada, voltada para as questões que são importantes para esse grupo populacional, aprofundará nas discussões os padrões de conduta e de valores, sociais e historicamente construídos, as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos, dentre outras questões, que influenciam nas diferenças de expectativas e de papéis sociais que repercutem no crescimento e no desenvolvimento saudáveis desse grupo populacional. Os adolescentes e jovens descobrem-se como autores de suas vidas e passam a desempenhar um papel protagônico no exercício da cidadania e nas interações e práticas cotidianas.

Os temas estruturantes, abaixo explicitados, complementam o conjunto de *oportunidades e facilidades* que têm o intuito de *facultar o desenvolvimento físico, o mental, moral, o espiritual e o social* de crianças e adolescentes, preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

4.1 Participação Juvenil

Adolescentes e jovens têm o desejo de ser escutados e a necessidade de serem reconhecidos em suas capacidades. Considerados enquanto sujeitos plenos de direito, eles precisam ser vistos de modo concreto como cidadãos, capazes de posicionamento nos diversos níveis do cotidiano em que estão imersos. Um grande número de pessoas jovens tem ideal de transformar a sociedade em algo mais humano e justo, mas não tem idéia de como concretizá-la, nem recebe qualquer incentivo nesse sentido. O conceito de participação juvenil busca uma forma de ajudar adolescentes e jovens a construir a sua autonomia, através da geração de espaços

e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais seja na escola, na comunidade e na vida social mais ampla.

Favorecer a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde. Seus benefícios são vários. Primeiro, porque contribui para a auto-estima do adolescente e do jovem, a sua assertividade e a formulação de um projeto de vida. Esses aprendizados constituem-se em elementos-chave de qualquer estratégia de prevenção à violência, bem como ao abuso de drogas e na prevenção às DST/Aids, nessa faixa etária.

Portanto, no nível individual, a participação não é somente um enfoque para se obter uma adolescência e juventude socialmente mais responsável e mais cooperativa. E mais: é o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente sã e, em segundo lugar, leva adolescentes e jovens a se tornarem participantes importantes das ações que buscam promover a cidadania, e não apenas a serem eventuais usuários de programas, que induzam à consolidação de mecanismos de tutela e subordinação social. O terceiro benefício é acreditar que a participação juvenil não é apenas uma maneira de trazer os jovens para boas ações, desviando-os do mau caminho, e sim, acreditar que os adolescentes e jovens são promotores da transformação social. O quarto benefício é que a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde contribuirá decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas. Em síntese, tanto os adolescentes quanto o setor saúde, são beneficiados por esse processo, além da comunidade local e da sociedade como um todo.

Na realidade, uma parcela da juventude brasileira já está integrada a alguma forma de participação coletiva, a exemplo de grupos artísticos, culturais, desportivos ou religiosos, ONG's, movimentos estudantis, ecológicos, sociais ou comunitários, escotismo e serviços voluntários. Entretanto, nem todos esses grupos promovem uma efetiva participação juvenil. Vários ainda se baseiam na concepção de algo que é feito *para* o adolescente e não de algo feito *com* o adolescente ou, o que seria melhor ainda, algo feito *pelo próprio* adolescente.

4.2 Equidade de Gêneros

A relação entre homens e mulheres ainda é caracterizada pela desigualdade e opressão. Esse padrão foi historicamente construído, pertencendo, portanto, ao âmbito da cultura e dos valores sociais, e não à dimensão biológica.

Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primeira de significar as relações de poder, compondo identidades, papéis, crenças e valores. A História tem descrito esses processos como se estas posições normativas fossem produtos de consensos e não de um conflito na sociedade (PORTELA; PORTELA, 2005).

No sistema de valores que fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e dependência. Essa injustiça repercute tanto sobre as mulheres quanto sobre os homens. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros que prevalece na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher, e o campo da sexualidade seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem.

No que se refere aos adolescentes e jovens do sexo masculino, pode-se dizer que sua identidade é submetida a uma "automutilação" por terem que reprimir as partes de sua própria personalidade consideradas femininas. Além disto, o valor cultural da "honra masculina" gera a necessidade de comprovar a sua virilidade através de demonstrações de força física, valentia, enfrentamento de perigos e brigas, aumentando os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Apesar disto, ainda são minoritários os projetos de investigação e intervenção que incluem também os homens.

Mesmo com as mudanças de papéis sociais que possibilitaram muitos avanços com relação à igualdade de gênero, os homens, ainda hoje, são mais expostos a riscos cotidianos do que as mulheres, por questões de trabalho, lazer, de locomoção, dentre outros, contribuindo para a formação de comportamentos estressantes e agressivos.

4.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

De maneira geral, à medida que rapazes e moças crescem, os adultos vão criando expectativas diferenciadas sobre eles e elas e sobre as suas vidas. Estas diferenças culturalmente instituídas entre os sexos influenciam, com frequência, a vida de adolescentes e jovens, nos campos da sexualidade, da saúde e da inserção social.

Em diversos contextos sociais, as moças estão condicionadas a se casar e a

serem donas de casa, enquanto que os rapazes são formados pra serem os provedores da família. O uso da imagem da mulher pela mídia, como símbolo sexual, contribui para fortalecer a desigualdade entre os sexos. As desigualdades sociais e a pobreza também são fatores importantes para aprofundar as iniquidades de gênero.

Essas diferenças de expectativas e papéis sociais são incorporadas e internalizadas por crianças e adolescentes, refletindo-se em seus comportamentos atuais e futuros, principalmente no que diz respeito à sexualidade, às relações pessoais, com namorados e cônjuges, bem como no acesso a informações e serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva oferecidos antes e depois do casamento.

Um dos avanços principais em relação à sexualidade e reprodução, trazidos pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, foi definir como diretriz a "prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas".

Assim, conforme consta no Marco Referencial em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens, avançou-se nessa conferência com a definição dos direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos. Além disso, foi dada maior visibilidade aos direitos sexuais, que foram expressos em sua definição de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, ao mesmo tempo em que esses direitos são afirmados como condições para a conquista da igualdade de gênero. É notório, no entanto, que até hoje se avançou mais, em termos de discurso e prática, no campo dos direitos reprodutivos do que no dos direitos sexuais.

Nessa Conferência, os direitos sexuais e direitos reprodutivos são definidos como:

Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências. (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 1995).

Então, tais direitos, por definição, não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução.

4.4 Projeto de Vida

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valores pessoais. É também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos. Há um momento, nesse processo, em que o adolescente se descobre *autor* de sua própria vida; começa a olhar para frente e perguntar-se como garantir um futuro melhor. Em outros termos, o jovem começa a pensar no que tem sido chamado de "projeto de vida".

Pode-se afirmar que o projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da auto-estima, a consciência da responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro. São dois planos imbricados e interdependentes: o mundo interno do adolescente, e as interações com o contexto de vida, incluindo as pessoas significativas que fazem parte de seu universo pessoal. É, inquestionavelmente, uma construção pessoal e única. Por outro lado, tudo o que este adolescente pensa, sabe, sente, sonha e faz é profundamente marcado por sua malha de relações e por suas condições sociais, econômicas e culturais.

4.5 Cultura de Paz

Na perspectiva tradicional da Saúde Pública, reconhecem-se apenas três papéis que o adolescente pode assumir em relação às violências – autor, vítima ou testemunha. As abordagens preventivas objetivam *evitar* ou *reduzir os riscos* de o jovem assumir um desses lugares. Mas elas não deixam claro que "outro" lugar o adolescente deve ocupar, pois negam a violência, mas não afirmam algo positivo e propositivo.

Um quarto papel para o adolescente frente ao fenômeno das violências começa a ser reconhecido, o de *agente da paz*. Em outras palavras, quando o jovem tem a oportunidade de desenvolver as suas potencialidades individuais e habilidades sociais, torna-se capaz de desempenhar um papel protagônico na promoção de uma cultura de paz. Trata-se de um novo lugar social que vai lentamente se delineando no horizonte cívico do Brasil, como emergência de inúmeras práticas sociais em curso, em programas de educação em saúde, escolas, ONG's e grupos juvenis. Essas práticas têm acumulado considerável experiência e conhecimento – em geral, não registrado nem sistematizado – a respeito de como engajar adolescentes na construção de uma postura protagônica no exercício da cidadania e nas interações e práticas cotidianas.

...construir uma Cultura de Paz é promover as transformações necessárias e indispensáveis para que a paz seja o princípio governante de todas as relações humanas e sociais. (...) Promover a Cultura de Paz significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das grandes mudanças ansiadas pela maioria da humanidade – justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo, tolerância religiosa, respeito às minorias, educação universal, equilíbrio ecológico e liberdade política. A Cultura de Paz é o elo que interliga e abrange todos esses ideais num único processo de transformação pessoal e social. (MILANI, 2003).

Há dois níveis de atuação na construção de uma Cultura de Paz – o *micro* e o *macro*. Em ambos, o setor Saúde tem um papel fundamental a cumprir. O primeiro diz respeito ao indivíduo, seus valores e atitudes, relações familiares, comunitárias, profissionais e sociais. Quando se considera o nível *micro*, constata-se que qualquer pessoa, independente de idade, escolaridade ou condições econômicas pode fazer algo, por menor e simples que seja, como sua parcela de contribuição. Esses esforços precisam ser complementados e amplificados através da atuação no nível *macro*, que implica em repensar os processos sociais, definir estratégias de mudança coletiva, criar políticas públicas, estruturas institucionais e programas educativos e sociais condizentes com os valores da paz. Esse nível caracteriza-se por uma maior complexidade e demanda a articulação e a integração de esforços dos mais diversos atores sociais. Os níveis *micro* e *macro* são complementares, interdependentes e precisam ser trabalhados simultaneamente.

4.6 Ética e Cidadania

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Artigo 3 estabelece que se deve assegurar “todas as oportunidades e facilidades”, no intuito de “facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social” de crianças e adolescentes. Por sua vez, a Lei 8.080, que rege o Sistema Único de Saúde, afirma como um de seus princípios fundamentais a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.

Compreender o desenvolvimento e o bem-estar humanos, em suas multidimensionalidades constitui-se em um desafio ainda por vencer. Tradicionalmente, o Setor Saúde tem reconhecido e trabalhado as dimensões: física, mental, emocional e social. Há, no entanto, um conjunto de necessidades humanas que não diz respeito ao corpo, à mente ou às emoções. São necessidades de sua dimensão espiritual como, por exemplo: transcendência; tomar decisões baseadas em princípios éticos e morais, ser responsável por suas escolhas morais; altruísmo; identificar um propósito para sua vida (BEUST, 2000).

A busca de sentido e de significado é uma característica distintiva da espécie humana. Quando o viver humano é reduzido às urgências da sobrevivência, às rotinas cotidianas ou aos desejos imediatistas, gera-se o vazio existencial. Diversos pensadores consideram que a raiz da crise que a humanidade atravessa, contemporaneamente, é a ausência de sentido e significado. Muitas pessoas encontram respostas para essa questão na transcendência. Há uma crescente busca por formas não-institucionalizadas de se vivenciar a transcendência, tais como a meditação, as religiões, o contato com a natureza, a contemplação artística, a reflexão filosófica, os ritos e danças dos povos tradicionais. Esta multiplicidade de caminhos pelos quais se busca a paz interior e uma conexão mais profunda com a vida é também um indicador da importância da transcendência para o bem-estar humano.

Segundo Paulo Freire, a ética pressupõe coerência, profundidade na compreensão e interpretação dos fatos, disponibilidade de revisão, possibilidade de mudar de opção e o direito de fazê-lo. Adolescentes e jovens podem assumir comportamentos éticos orientados por uma religião. Do mesmo modo, podem optar por orientar-se por uma ética puramente humana. Todas as opções devem ser respeitadas pelos serviços de saúde. Desse modo, se compreenderá que, a condução da vida por princípios éticos, torna os seres humanos mais livres, autônomos e dignos. Esses são os requisitos de uma pessoa saudável e cidadã.

4.7 Igualdade Racial e Étnica

Os dados censitários brasileiros mostram que 44% (IBGE, 2002) da população constituem-se de afrodescendentes que, ainda hoje, sofrem as consequências perversas dos efeitos e da persistência das práticas e das estruturas advindas da época colonial, principalmente da escravidão, na continuidade das desigualdades

sociais e econômicas reveladas pela distribuição desigual de riqueza, pela marginalização e pela exclusão social. Ao lado dos afrodescendentes encontram-se os povos indígenas que também são vítimas do passado colonialista de nosso país e ainda lutam pelo reconhecimento de seus direitos.

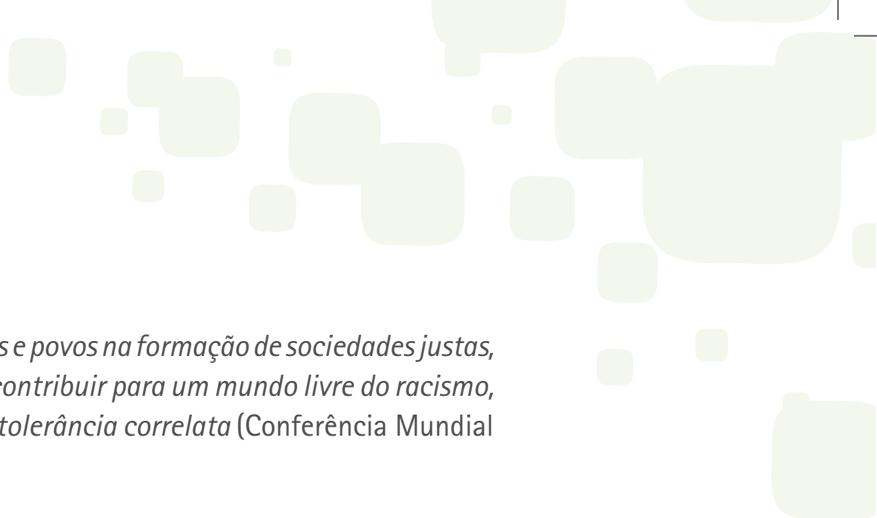
Tal situação de desigualdade social e de marginalização, associada à raça e etnia, repercute hoje na adolescência e na juventude que enfrentam dificuldades das mais diversas ordens, principalmente no que se refere à saúde. Assim, o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira é composto por adolescentes e jovens do sexo masculino, afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional (MINAYO; SOUZA, 1999, p.14). Frequentemente, no entanto, os violentados passam a serem encarados como os violentos, devido aos preconceitos e à discriminação presentes em nossa sociedade (NETO; MOREIRA, 1999). Os preconceitos e o racismo, portanto, acrescentam na vida desses adolescentes a exclusão moral e a econômica.

Como parte de um movimento apoiado mundialmente, a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, de 2001, realizada em Durban na África, incorporou as recomendações da Conferência Mundial de Direitos Humanos, de 1993, que ressaltaram a necessidade premente da eliminação de todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata, e reafirmou "os princípios de igualdade e não-discriminação e incentivando o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de qualquer tipo, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outro tipo de opinião, origem social e nacional, propriedade, nascimento ou outro *status*".

No Brasil, criou-se a Secretaria de Igualdade Racial que, aliada aos diversos e importantes movimentos da sociedade civil organizada, tem contribuído, de acordo com as determinações da Conferência Mundial de Durban para *assegurar o pleno gozo de todos os direitos humanos, econômicos, sociais, culturais, civis e políticos, os quais são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados, e para melhorar as condições de vida de homens, mulheres e crianças de todas as nações.*

Em 2004 o Conselho Nacional dos Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA) procurando garantir, também, a proteção integral de crianças e adolescentes indígenas, realizou um debate para *estabelecer o adequado entendimento jurídico sobre a aplicação do ECA junto às comunidades indígenas, sem perder de vista os componentes antropológicos inerentes à questão.*

Nestas Diretrizes e Recomendações para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens reafirma-se o respeito pela diversidade complementar e reconhece que a



participação igualitária de todos os indivíduos e povos na formação de sociedades justas, equitativas, democráticas e inclusivas pode contribuir para um mundo livre do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e de intolerância correlata (Conferência Mundial contra o Racismo, 2001).

5. Marco Legal

5.1 O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990)

5.2 As Leis Orgânicas de Saúde (Lei Nº 8.080 de 19/09/90 e Lei Nº 8.142, de 28/12/90)

5.3 A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742, de 07/12/93)

Estas Diretrizes trazem os instrumentos legais de proteção aos direitos de adolescentes e de jovens que garantem o pleno exercício do direito fundamental à saúde. Subsidia gestores, profissionais de saúde, órgãos e instituições, que atuam na área de saúde do adolescente e do jovem, com elementos essenciais para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos de adolescentes e de jovens sejam divulgados e discutidos pela sociedade.

Em 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo: 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.

O reconhecimento, pelas Nações Unidas, de crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações diferenciadas, para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, dentro da Doutrina de Proteção Integral.

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.

Nesse contexto, destacam-se as seguintes Leis:

5.1 O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que se fundamenta na Doutrina da Proteção Integral, reconhece todas as crianças e adolescentes de 12 a 18 anos de idade como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. A condição de "pessoa em situação peculiar de desenvolvimento" (Art. 6º) não retira de crianças e adolescentes o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a iden-

tidade, autonomia, valores e idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

Vale ressaltar que tais direitos estendem-se aos adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medidas socioeducativas. Eles se encontram sob a tutela do Estado, o qual passa a ter uma responsabilidade ainda maior na proteção de sua condição física, psíquica e social, devendo garantir-lhes todos os direitos assegurados a qualquer adolescente, dentre eles o direito à saúde.

Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias ou inclusivas como estratégias para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens.

O acesso da criança e do adolescente à justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e adolescentes.

5.2 As Leis Orgânicas de Saúde (Lei Nº 8.080 de 19/09/90 e Lei Nº 8.142, de 28/12/90)

As Leis Orgânicas da Saúde, e todas as suas alterações ora vigentes, vêm regulamentar o comando constitucional que instituiu o modelo descentralizado e universal de atenção à saúde, reconhecendo-a como um direito de todos. A participação da sociedade civil no processo de implementação e gestão do SUS é assegurada na Conferência Nacional de Saúde, realizada a cada quatro anos, e na representação paritária nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

O SUS tem uma imensa capilaridade no território nacional e criou um *ethos* que foca a dimensão política e a dimensão técnica do trabalho em saúde, procura a resolução de tensões entre as abordagens sociais de saúde e a focada

em tecnologia, propõe intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, organiza a rede de atenção integral de saúde no território, além de articular o trabalho intersetorial que privilegia o desenvolvimento econômico e social, como base para a melhoria desses determinantes de saúde.

5.3 A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742, de 07/12/93)

Visando a assegurar existência digna e justiça social a todos, a Constituição brasileira cria o direito à assistência social que, independente de contribuição, ampara a quem dela necessitar. Esse direito foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social, a qual destaca, dentre seus objetivos, o amparo às crianças, adolescentes e jovens carentes, e garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Essas legislações possuem um traço comum: a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal possibilita uma melhor articulação institucional, e o desenvolvimento de programas e ações que dêem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional.

6. OBJETIVOS

GERAL

- Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que converjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

ESPECÍFICOS

- Fomentar o debate com gestores e profissionais de saúde sobre a importância do cuidado integral, do direito à saúde de adolescentes e jovens e da abordagem dos determinantes de saúde que impactam nessa população, refletidos nos instrumentos de gestão do SUS: planos de saúde, planos diretores de regionalização; nos de investimento e nos termos de compromisso de gestão.

- Sensibilizar gestores e profissionais do SUS para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento nos serviços de saúde a adolescentes e jovens de ambos os sexos.

- Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS o processo de elaboração, de execução e de avaliação das estratégias norteadas pelas Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, articuladas com outras políticas de atenção à saúde.

- Cooperar tecnicamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e de jovense para a elaboração de estratégias, passíveis de acompanhamento e avaliação, articuladas com as áreas e programas de interface do setor saúde.

- Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS a atenção integral à saúde na rede de saúde, que contemple todas as raças, etnias e grupos, a condição social, o gênero e a orientação sexual; buscando respeitar as especificidades de crescimento biológico, do desenvolvimento psicológico e social destas pessoas.

- Contribuir com as três esferas de gestão do SUS para a melhoria da capacidade de resposta às necessidades de saúde de adolescentes e jovens.

- Promover e fortalecer a articulação com outras políticas setoriais que potencializem estratégias integradas de atenção à saúde de adolescentes e jovens.

7. DIRETRIZES NACIONAIS

7.1 Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens

7.2 Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens

7.1 Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens

As grandes modificações mundiais, políticas, econômicas, sociais e culturais, intensificadas no século XX trouxeram mudanças significativas para a vida em sociedade que influenciaram profundamente nos modos de vida das populações e repercutiram na saúde. O processo de saúde-adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais e a modos de vida envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas, evidenciando a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho a essa realidade e ao mesmo tempo exigindo estratégias que favoreçam a integração com outras políticas setoriais e tecnologias para a defesa da vida e para a garantia de opções saudáveis para a população.

Os dados contidos na análise da situação de saúde de adolescentes e jovens deste documento evidenciam as dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as profundas desigualdades sociais, o meio ambiente degradado, a morbimortalidade por violências, dentre outras, apontando para o impacto causado na saúde de pessoas jovens. Em consequência, esse segmento populacional pode ficar vulnerável aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas; agravos resultantes das violências; de doenças sexualmente transmissíveis e Aids; à mortalidade materna; na saúde sexual e na saúde reprodutiva, ao início ou ao estabelecimento de doenças crônicas, o que interfere no crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, perpassando todo o processo de produção da saúde, quer seja individual ou coletivo.

Evidenciada a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens, enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde.

Envolver sujeitos e coletivos, desenvolvendo a autonomia e a participação conjunta na construção de ambientes saudáveis que reduzam o adoecimento e comprometam a todos na integração e no desenvolvimento das ações de promoção, favorecem a sustentabilidade e a efetividade das ações intersetoriais que podem se configurar, no SUS, dentro das seguintes proposições:

- adotar o planejamento das ações de promoção da saúde, a partir de um território sanitário ou região de saúde, que tenha como centro a articulação entre os atores sociais, incluindo atores sociais jovens, e a consolidação das sinergias já em desenvolvimento, ampliando as redes de compromisso e de co-responsabilização na construção conjunta da equidade no modo de viver saudável;
- levar em conta nas ações de promoção para a saúde das pessoas jovens, os projetos de vida e o contexto sociocultural e econômico onde eles se realizarão, e o desenvolvimento da cultura de paz promovida em trabalhos articulados a escolas e com as comunidades e famílias. As escolas, por excelência, concentram grandes números de adolescentes e jovens, mas o setor saúde não deve limitar-se apenas a essa parceria;
- os serviços de saúde devem apoiar e valorizar iniciativas, governamentais ou não, que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social, as atividades culturais e esportivas que podem constituir-se em excelentes parceiros das equipes de saúde que atuam no mesmo território. Para isso é estabelecer mecanismos de referência e contrareferência;

- favorecer o exercício da cidadania de adolescentes e jovens integrantes de grupos comunitários, esportivos, culturais, religiosos, dentre outros, assim como estudantes com características de liderança, capacitando-os como promotores de saúde junto a seus pares (BRASIL, 2005d) e para participarem no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde afetas ao seu bem-estar, assim como nas instâncias de controle social do SUS;
- incorporar nas ações desenvolvidas no serviço de saúde e nas ações intersetoriais a abordagem transversal dos temas estruturantes, recomendados neste documento, para a reflexão sobre as desigualdades e iniquidades relacionadas à raça, etnia, gênero e orientação sexual, e a outras formas de exclusão e discriminação;
- abordar a ética e a cidadania na promoção da saúde o que significa criar oportunidades para que os adolescentes e jovens possam discutir, reconhecer, refletir, vivenciar e praticar princípios éticos, em bases universais, plurais, transreligiosas e transculturais, sem qualquer fundamentalismo, dogmatismo ou proselitismo.

É fato que, na atenção integral às especificidades da saúde de adolescentes e jovens, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família já incorpora em sua prática características para abordagem integral e resolutive e para o desenvolvimento de ações inrtersetoriais, fundamentais para a promoção da saúde.

7.2 Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens

A Política Nacional de Atenção Básica é a reordenadora da rede de atenção, a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) (BRASIL, 2006b, p. 19), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

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.

Evidências mostram que 80% dos problemas de saúde podem ser solucionados na Atenção Básica. É fato, no entanto, que os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens que passam pelo SUS "invisibilizados" por não serem reconhecidos em sua especificidade etária.

A Constituição Federal de 1988, preconizando a saúde como um direito de todos, trouxe um novo mandato social para o setor saúde onde os trabalhadores do SUS tornam-se os agentes da garantia desse direito para todos. Reforçando essa determinação e considerando como sujeitos de direitos as crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente traz em seu art. 11: *É assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantindo o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.*

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, inserido em contextos social, cultural e familiar e em um 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.

Para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem é necessário:

- fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipe de saúde sem que haja, como diz Oliveira (2008) a *subalternização de papéis e de proposições*;

A participação de adolescentes e jovens na construção do seu projeto terapêutico é de suma importância para que se envolvam mais com a sua saúde e apoiem o trabalho da equipe responsável por ele.

- melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis;
- ter sensibilidade para com as demandas e necessidades desse segmento populacional em acordo com as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais. Desse modo, pode-se estabelecer um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e êxito do tratamento.
- enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida, buscando identificar outras necessidades para seu bem-estar, e envidar esforços para engajá-la em outras ações e outros serviços locais, além dos serviços de saúde, independentemente da demanda inicial que a levou à unidade de saúde;

É necessário destacar que a vulnerabilidade deve ser considerada como resultado da interação de conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, de um constrangimento, adoecimento ou situação de risco.

- levar em conta a vulnerabilidade de adolescentes e jovens, principalmente daqueles privados de condições básicas para uma vida digna, que sofrem violações de direitos e trazem novas sintomatologias, já referidas, que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias.

Dentre as características do processo de trabalho da Saúde da Família (BRASIL, 2006c) fundamentais na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens destacam-se:

- a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, incluídos nesse contexto adolescentes e jovens da área adstrita.
- as atividades grupais de Educação em Saúde têm primazia, nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário.

As razões para essa ênfase no atendimento grupal podem ser sintetizadas em: o grupo é um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de agravos; essa estratégia se coaduna melhor às necessidades dessa faixa etária, tais como fazer parte de um grupo, ser ouvido e respeitado, e o impacto numérico que se pode alcançar é bem maior. É nesse espaço de atenção, também, que se pode construir uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população.

- o estabelecimento de parcerias intersetoriais e as atividades extramuros são de fundamental importância, mas não devem ser motivo de desatenção para com as competências específicas e exclusivas do setor saúde, tal como a assistência à saúde.
- a inclusão da saúde desse segmento populacional nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias integradas, setoriais e intersetoriais de produção de saúde por meio de processos singulares de atenção à saúde;
- produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia, é acreditar que eles e elas aprendem a lidar com os seus problemas e com seu contexto de vida tendo o apoio e a co-responsabilidade dos trabalhadores da saúde, sem moralismos, controle e opressão;
- promover a participação desse grupo populacional em redes intersetoriais que lhes garanta proteção e a garantia de seus direitos. A educação em saúde, voltada para adolescentes e jovens, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica, como sinal de atenção que é integrante da vida.

Produzir saúde com adolescentes e jovens é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos.

Nestas Diretrizes, três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvol-

vimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

a) Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento

O crescimento e o desenvolvimento caracterizam-se pela diferenciação de estruturas e funções, em um processo de maturação geneticamente programado, porém fortemente influenciado por fatores ambientais, bem como individuais, a exemplo da nutrição, das condições de vida e higiene, da estimulação, de proteção contra agravos, do uso de drogas lícitas e ilícitas, de atividade física, sono, estresse, das incapacidades funcionais e das doenças crônicas. Esses fatores podem modificar, interromper ou reverter os fenômenos que caracterizam a puberdade.

A adolescência e a juventude podem ser consideradas como as oportunidades privilegiadas para se garantir a plena expressão dos potenciais de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo.

Para estabelecer e qualificar as linhas de cuidado integral ao crescimento e ao desenvolvimento de pessoas jovens é necessário um diagnóstico completo do estado de saúde destas pessoas, de todas as situações individuais, familiares, sociais e culturais que possam vulnerabilizá-las ou protegê-las. Incluir, ainda, nas linhas de cuidado, as ações de políticas sanitárias em desenvolvimento no SUS que, integradas dão resolubilidade à situação de saúde encontrada; organizam as referências, se necessárias, aos outros níveis de complexidade da atenção no SUS, de acordo com o que foi pactuado nas regiões de saúde.

Na promoção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis é fundamental que as pessoas jovens de ambos os sexos, principalmente adolescentes, sejam acompanhados sistematicamente nas unidades básicas de saúde para:

- investigar o crescimento físico com a identificação das variáveis pubertárias fisiológicas normais ou patológicas e suas repercussões no indivíduo, atentando-se, quando for o caso, às especificidades da pessoa com deficiência e características de cada deficiência apresentada (física, visual, auditiva, intelectual e múltipla);
- complementar o esquema vacinal, buscando estratégias intersetoriais em especial com a educação,
- contribuir com um padrão alimentar saudável e para identificar possíveis distúrbios nutricionais;

13 Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

- investigar e trabalhar com fatores de risco atuais e potenciais presentes nos modos de vida para o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, para o estabelecimento de doenças crônicas e para as violências;
- identificar possíveis problemas emocionais e causas sociais de privação emocional ou nutricional e detectar mudanças ambientais, como as migrações, que possam vulnerabilizá-las;
- ultrapassar os desafios para a construção de políticas integradas que retirem e protejam a criança e o adolescente do trabalho precoce e desprotegido, que não reconhece e não respeita a condição destas pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, vulnerabilizando-as frente às enfermidades e aos agravos à saúde trazidos por estas situações;
- desenvolver ações preventivas com a família, escola, comunidade e com a própria criança e adolescente.

Levantar as possibilidades comunitárias, de equipamentos e de outras políticas sociais que complementam a integralidade da atenção e devem fazer parte do modelo de atenção na produção da saúde para esses cidadãos.

É questão fundamental também a identificação, no território sanitário, de adolescentes e jovens que vivem em situação de maior vulnerabilidade, como os que vivem na rua; em acampamentos rurais, em abrigos, os que sofrem violências, tráfico e exploração sexual; os egressos de atividades laborais de risco; os que vivem com HIV, aqueles que são deficientes, os que têm transtornos mentais; dentre outros, para garantir-lhes o cuidado integral direcionado às suas necessidades de saúde e especificidades de vida.

É indispensável verificar a situação escolar das pessoas jovens, especialmente nas regiões Norte e Nordeste que, por dificuldades regionais não acompanharam a queda da taxa de analfabetismo no segmento etário de 15 a 24 anos. Esse problema repercute profundamente na inserção social equânime de adolescentes e de jovens.

A baixa escolaridade quando aliada à falta de educação profissionalizante e de qualificação profissional influi decisivamente no desemprego de jovens, incidindo negativamente em uma das passagens da vida juvenil para a vida adulta, de hoje, que é a entrada no mundo do trabalho. É um alerta para a vulnerabilidade social dos jovens de ambos os sexos, quando suas expectativas de obterem um trabalho assalariado no mercado laboral exigente e restrito são frustradas, o que se reflete negativamente em determinantes do processo de construção da saúde. Outro fator de alerta é o número de jovens que não trabalham e não estudam, inversamente proporcional ao aumento da renda familiar.

b) Atenção Integral à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva

A sexualidade e a reprodução inserem-se como dimensões fundamentais da saúde humana, como condição para a qualidade de vida, o bem-estar físico, psicológico, social, e para a satisfação e o prazer. No entanto, as políticas e programas de saúde, voltados para jovens, nem sempre levam em consideração que a *sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência, não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva* (OPAS, 2002 in MS, 2006).

Na cultura hodierna cujo sistema de valores fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e dependência. Assim, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher, e o campo da sexualidade seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem.

Nesse contexto, adolescentes e jovens, de ambos os sexos, não têm reconhecimento social como pessoas sexuadas, livres e autônomas, estando submetidas a situações de vulnerabilidade no plano pessoal, social, e institucional e a interdições pessoais diversas que repercutem na saúde sexual e na saúde reprodutiva.

As políticas e ações em saúde sexual e saúde reprodutiva, voltadas para adolescentes e jovens, devem considerar que:

- a separação dos papéis de gênero repercute negativamente tanto sobre as mulheres quanto sobre os homens, pois as decisões e as escolhas no campo da sexualidade,

exigem a participação ativa e integrada dos parceiros, baseada no respeito e no consentimento mútuos e na divisão de responsabilidades sobre os comportamentos sexuais e suas conseqüências;

- os homens jovens mostram uma semelhança na idade mediana da primeira relação sexual não havendo diferenças pela região onde moram, pelo seu grupo social e por raça ou cor, colocando em questionamento os estereótipos presentes na sociedade brasileira relacionados a certos grupos étnicos;
- as trajetórias de vida trazem diferenças para o início da atividade sexual, como a escolarização mais longa que retarda a iniciação sexual e a entrada mais cedo no mercado de trabalho ou o início de namoro antes dos 13 anos, que influem no início mais cedo da relação sexual dos homens jovens.
- nas mulheres jovens, o início da atividade sexual é influenciada pela posição familiar na estratificação social, sendo que as mais pobres iniciam-se mais cedo. Hoje, essa diferença está em modificação, com redução da distância da iniciação sexual nos grupos sociais (BRASIL, 2008b, p. 51);
- a análise da situação de saúde, ressalta que, a mulheres que iniciaram mais cedo a vida sexual procuraram, também, a prática contraceptiva, sendo as mais utilizadas: o preservativo, a pílula e os injetáveis;
- é importante a tendência do nível de escolaridade individual na utilização de alguma forma de proteção ou contracepção durante a primeira relação sexual, sendo que o grau de proteção é menor entre as pessoas que não completaram o ensino fundamental em comparação com aquelas que têm o nível superior completo;
- o preconceito e o estigma podem ser considerados fatores de agravos em relação a vulnerabilidade da pessoa com deficiência no âmbito da vida sexual e reprodutiva;
- são minoritários os serviços de saúde que desenvolvem ações direcionadas a adolescentes e jovens do sexo masculino, em sua condição de co-responsáveis pelos eventos sexuais e reprodutivos.

O início da vida sexual mais cedo caracteriza uma mudança do padrão de comportamento social e sexual, uma vez que o aprendizado da sexualidade está intimamente ligado ao processo de experimentação que se acelera na adolescência e juventude, sendo fortemente influenciado pela cultura sexual do grupo de pares (BRASIL, 2008b, p. 45). Fica evidente que a primeira relação sexual é uma transição na vida de jovens, homens e mulheres, e que é vivida de modo distinto.

Os homens jovens vivem a primeira relação dentro de um imperativo cultural de provar sua virilidade o mais cedo possível, mesmo que não esteja amorosamente envolvido com a parceira. Nas mulheres jovens, esse evento é parte do processo de construção de um compromisso estável que pode levar à união dos parceiros ou ao casamento.

Outra importante questão são os tabus e mitos referentes às questões de educação sexual, que alijam a necessidade de abordagem clara, científica e real dos temas referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva. O que deveria ser um tema natural e intrínseco ao próprio desenvolvimento e crescimento de adolescentes e jovens, frequentemente se torna uma questão silenciada, tratada em linguagem fechada e distante ou como se fosse algo ilícito, trazidas pelos fatores de ordem valorativa, moral, cultural e religiosa que se articulam na construção social da sexualidade (HEILBORN, 2006).

Essas concepções devem estar presentes nas ações de educação sexual, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual, para:

- trazer aportes reflexivos e críticos que contribuam para as tomadas de decisões de adolescentes e de jovens relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva, de maneira saudável e para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades enquanto pessoas e cidadãos;
- analisar que as diferenças nas experiências de homens e mulheres jovens mostram que a primeira relação sexual raramente é planejada, que parece ser um forte ritual na vida pessoal e dos grupos, dentro de parâmetros determinados pelas relações de gênero e pela ideologia que define o conceito de juventude na sociedade;
- refletir sobre a vivência do aprendizado da sexualidade, por adolescentes e jovens, que ocorre em diversas condições trazidas pelas desigualdades de gênero, pelas distintas condições socioeconômicas e culturais, pelas relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual;
- abordar as concepções que refletem atitudes moralistas e preconceituosas e sua contribuição para o sentimento de confusão e vergonha que, muitas vezes, cerca a questão da sexualidade influenciando na construção de agravos a saúde dessa população;

- estimular pais, cuidadores, adolescentes e jovens – incluindo aqueles com deficiência – a lidar com a sexualidade como parte integrante da vida, respeitando as crenças e valores pessoais, o sentido que as pessoas jovens atribuem à vida sexual, no que se refere ao amor, ao desejo de constituir família e ao desejo de intimidade e de prazer.

Pode-se buscar a institucionalização destas ações por meio de projetos articulados entre Saúde e Educação. Outras parcerias são aquelas articuladas à Política de Promoção à Saúde e ao Planejamento Familiar que garantem o direito dessa população à informação, para que eles e elas possam decidir e escolher de forma esclarecida e bem informada as atitudes e comportamentos que tomarão diante da vida.

Uma parcela importante de adolescentes e jovens vive com HIV/Aids, trazendo a necessidade de que os serviços de saúde aprimorem as linhas de cuidado que considerem as particularidades e necessidades específicas dessa população, dentro das complexas situações trazidas pela condição de soropositividade. Nessas pessoas, o diagnóstico positivo gera medo pelo estigma sentido e vivido, pelos conflitos e ambigüidades entre *o sentir-se normal ou não, entre o fazer planos para o futuro e as interdições, justificáveis ou não* (AYRES (Coord.), 2004), que repercutem no exercício da vida sexual e na saúde sexual. É importante para esses jovens terem garantido o direito humano de viverem livres do estigma e da discriminação.

Um dado de grande preponderância no contexto da saúde sexual dessa população é o fato de que a epidemia de Aids ter crescido mais entre adolescentes e jovens de 13 a 24 anos de idade e uma inversão da razão de sexo da ordem de 0, 6:1 (H:M), captada em 2005, ressaltando a tendência à feminização da epidemia e predominância nas mulheres da transmissão por via heterossexual.

As relações de gênero evidenciam os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres, vulnerabilizando-as frente à epidemia.

Esse cenário aponta para importantes questões da vida desses adolescentes e jovens que são as vivências da sexualidade e da vida reprodutiva que devem ser garantidas pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos, deles e de seus parceiros, em ações de saúde nas quais:

- devem receber informações claras e atuais sobre riscos de infecção, transmissão vertical, método e eficácia de sua prevenção e o estado atual das técnicas de re-

produção assistida, a que têm o direito garantido na Lei de Planejamento Familiar, em termos de resultados e de condições de acesso para que possam refletir sobre suas responsabilidades consigo mesmo e com os outros e tomar decisões informadas e bem esclarecidas;

- é fundamental que as linhas de cuidado em saúde considerem a atividade sexual e a vontade de ter filhos que esses jovens vêem como "normal" e como partes da vida às quais legitimamente têm direito, organizando a rede de saúde para esse atendimento sem interdições e julgamentos discriminatórios;
- o conhecimento de que a realização de projetos de vida e a felicidade de jovens vivendo com HIV não dependem só de bons serviços de saúde, mas também de uma ampla rede de apoio social que pode ser mobilizada e conscientizada pela rede de saúde e pelas escolas articuladas às comunidades às quais servem. Os adolescentes soropositivos em condição de risco social, vulnerabilizados mais que os outros, dependem mais dessa articulação intersetorial e da permanência do apoio técnico e social.

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 a infecção por DST.

A essa situação demandam-se ações integradas implicando em:

- evidenciar a necessidade urgente da disseminação de informações sobre o risco que as pessoas jovens correm de se infectar ou já estarem infectadas por uma DST e mesmo pelo HIV, e de desenvolvimento de ações educativas preventivas que diminuam a vulnerabilidade destas pessoas, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.
- remeter à necessidade de ações educativas em saúde voltadas para a população jovem abordando com informações científicas e esclarecidas os fatores protetivos e as questões estereotipadas, na visão machista da construção da masculinidade, que reverberam na saúde dos homens;
- organizar a rede de saúde, com as políticas de interface, para desenvolver ações educativas e preventivas que atinjam os fatores de vulnerabilidade para adoles-

centes e jovens, em consonância com os eixos programático, pessoal e da qualidade da informação e da ação educativa em saúde, além dos fatores e condicionantes já detectados na construção do processo de saúde doença;

- considerar nas linhas de cuidado os fatores sociais de vulnerabilidade detectados em pesquisas e análises da saúde de adolescentes e de jovens, como a iniciação sexual mais cedo nas pessoas jovens menos escolarizadas, dentre outros, e as diferenças entre as regiões que marcam a vulnerabilidade maior para as pessoas jovens.

Nesse sentido, o estabelecimento de articulações intersetoriais e espaços institucionais para atuar na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento das doenças sexualmente transmissíveis visam incorporar a perspectiva de gênero e a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de adolescentes e de jovens nas linhas de cuidado integral, como condição fundamental para a redução das vulnerabilidades e da ocorrência de infecções provocadas por relações desprotegidas. Essas ações deverão estar ligadas ao Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids (MS, 2007a) para a construção de uma resposta integrada que influencie fortemente na redução da vulnerabilidade das mulheres adolescentes e jovens à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

No Brasil, somente 25% das pessoas sexualmente ativas praticam o sexo seguro usando preservativo em todas as relações sexuais. O menor percentual foi encontrado nas regiões Norte e Nordeste. Evidenciam-se, consistentemente, em todas as regiões, níveis menores de uso regular de preservativo entre as pessoas que não completaram o ensino fundamental.

Os fatores de vulnerabilidade trazidos pela análise das regiões, notadamente na região Norte e no Nordeste e Centro-Oeste, põem em evidência uma possível vulnerabilidade da população sexualmente ativa destas regiões, principalmente no grupo populacional adolescente e jovem, de ambos os sexos. As diferenças regionais podem ser, parcialmente, explicadas pela dificuldade encontrada nos fatores sociais e culturais condicionantes de saúde, específicos destas regiões, na diminuição dos anos de escolaridade, no acesso a serviços, ou devido à condição socioeconômica, ou pelas lacunas e dificuldades encontradas nos serviços de saúde.

Estas diferenças regionais deverão ser levadas em conta na organização das redes de saúde e nas linhas de cuidado para a promoção da saúde, prevenção e proteção contra agravos e enfermidades e para a assistência, integradas à Política de Saúde do Homem, a

estas Diretrizes, à Atenção Básica e ao Programa Nacional de DST/Aids. Observa-se que há necessidade de ações intersetoriais, principalmente com o setor da Educação, haja vista que o grau de escolaridade é fator protetivo para adolescentes e jovens.

Pessoas jovens são reconhecidas como sujeitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos, afirmados como Direitos Humanos e que aportam condições para o alcance da igualdade de gênero. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia das pessoas jovens, estimulando-os a assumir a responsabilidade com sua própria saúde. Nas faixas mais baixas da adolescência, como pessoa em situação peculiar de desenvolvimento, e a caminho para a autonomia, eles e elas ainda necessitam de proteção aos seus direitos de cidadãos o que não impede de que sejam estimulados a se responsabilizarem também pelo autocuidado à saúde.

Dentro dos direitos reprodutivos de adolescentes e de jovens estão a escolha de engravidar ou não e de quantos filhos ter (BRASIL, 1996), que se refletem na taxa de fecundidade das mulheres que, na faixa etária de 15 a 19, teve uma retração (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005) a partir de 2000. A análise de situação de saúde ressalta que essa tendência só será confirmada no Censo de 2010. Mas, verifica-se que não continuou, nesta década, a tendência de aumento da década de 90 (CAVENAGHI, 2008).

Os fatores que influenciaram a queda ou a interrupção da trajetória crescente da fecundidade entre os jovens foram o maior uso de anticoncepcionais, o aumento da escolaridade das mulheres e as campanhas de conscientização, apontando para o aumento do autocuidado à saúde e nas escolhas reprodutivas, em acordo com os direitos sexuais e com os direitos reprodutivos.

Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos, no contexto destas diretrizes, significa assegurar:

- em todos os casos, as condições de escolha (BRASIL, 2005d) para aqueles e aquelas que não querem engravidar, querem planejar uma gravidez ou já vivem uma gravidez. Para tanto, as informações e ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado a adolescentes e jovens, acrescidos de ações educativas que também abrangem as famílias e as comunidades;

- que é fundamental, também, a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, assegurada, de modo irrestrito e direcionada para as necessidades das adolescentes grávidas, seus parceiros e suas famílias, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de maneira saudável;
- a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica e maternidades, para uma abordagem que considere as especificidades da adolescência, no pré-natal, no parto, no puerpério e no planejamento familiar, integrando-os à Política Nacional de Saúde para as Mulheres, à de Saúde do Homem, à de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, da Pessoa com Deficiência, da Atenção Básica, ao Controle e Regulação, e outras de interface que concorram para a integralidade da Atenção.

Embora a gravidez de adolescentes e de jovens possa ser tomada como uma espécie de "evento-problema" tal qual é considerado nas análises e nas políticas, parece que é mais adequado entendê-la como um ponto de inflexão que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – por isto pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas e apresentar diferentes desfechos (BRASIL, 2006d). A experiência e outros estudos (GRAVAD, 2002) têm demonstrado que a gravidez está incluída em projetos de vida de adolescentes do sexo feminino, o que também é compartilhado por adolescentes e homens jovens. A maternidade e a paternidade podem se revelar, nessa faixa etária, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador.

Ressaltam-se, como exposto na situação de saúde, aquelas famílias formadas por jovens pais e mães que não conseguem renda suficiente para sua subsistência, contribuindo para a persistência da pobreza e de todas as mazelas que a acompanham. A situação influencia nos determinantes de qualidade de vida e, conseqüentemente, no processo de produção de saúde. A gravidez, a maternidade e a paternidade podem tornar-se um problema para mulheres e homens, em distintas faixas etárias, pela ausência de políticas públicas que subsidiem a inserção no mercado de trabalho e a continuidade da educação, sobretudo para as mulheres que ainda são majoritariamente responsabilizadas pelo trabalho reprodutivo.

Nessa questão é preciso considerar, na implementação das estratégias, que há relevantes peculiaridades na questão o que exige uma análise das particularidades de cada situação apresentada:

- grandes disparidades entre as regiões brasileiras e entre as áreas urbanas e as rurais. Estas trazem diferenças socioculturais, econômicas e outras existentes, como a prevalência de homens jovens (15 a 24 anos) nas áreas rurais e, na mesma faixa etária, a prevalência de mulheres jovens nas áreas urbanas, que implicam em atenção diferenciada às demandas e às necessidades de saúde;
- a articulação intersetorial com outras políticas sociais de inclusão como o Bolsa Família, o ProJovem Trabalhador, urbano e rural, o EJA, dentre outras, contribuirá para diminuir a vulnerabilidade social desses jovens para que alcancem seu desenvolvimento pleno e se insiram produtivamente e saudavelmente na sociedade.

[...] o risco de ser mãe, até os 14 anos é 60% maior entre adolescentes negras, e mais comum nos Municípios menores e de baixa renda, onde 22% das adolescentes grávidas realizaram menos de 4 consultas de pré-natal (BRASIL, 2008, p. 19). A vulnerabilidade é maior nas Regiões Norte e Centro-Oeste.

Uma atenção especial deve ser direcionada para estas adolescentes grávidas de 10 a 14 anos uma vez que gravidez, nessa faixa etária deve ser tratada:

- como indicação de maior vulnerabilidade relacionada à situação social, assim como à falta de informação e acesso aos serviços de saúde e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo de mulheres adolescentes pobres e negras;
- pela vulnerabilidade à possibilidade de violência sexual, fato constatado em estudos sobre a gravidez nessa idade, hipótese que infelizmente não tem sido contestada (CAVASIN (org.), 2004);
- porque o índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, conforme aponta Cavasin (2004), tende a ser maior nas regiões em que há exploração sexual de adolescentes. Nesses casos é fundamental que o setor saúde se integre com o Conselho Tutelar e com outras instituições da rede de proteção social e de garantia de direitos, para implementar a atenção integral que garanta todos os direitos e, entre eles, a saúde destas pessoas jovens.

É preciso considerar, na implementação de políticas de saúde para atenção integral às adolescentes e jovens grávidas, em todas as faixas etárias, e a seus companheiros e

familiares, a priorização das regiões e estados que apresentam maior número de gravidezes nesse grupo populacional para focar a atenção nas suas demandas e necessidades específicas. Outro foco importante está, principalmente, na execução de ações preventivas educativas, integradas à escola, considerando as características etárias e as trajetórias de vida destas pessoas jovens.

Na compreensão do fenômeno da gravidez na adolescência, é fundamental considerar, como parte de um conjunto de fatores psíquicos e sociais, que a *falta de um projeto educacional e profissional, a dificuldade de negociação da contracepção com o parceiro e a maternidade, como uma fonte de reconhecimento social para as mulheres, são fatores importantes de análise (LEAL, 2005).*

A gravidez na adolescência chama a atenção para a complexa realidade da juventude brasileira e, em particular de adolescentes, articulando aspectos ligados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva, às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social em nosso país.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o descenso da taxa de fecundidade geral em adolescentes, de 15 a 19 anos de idade, apontado na situação de saúde, modifica-se frente às diversidades econômica e social brasileiras que se refletem na saúde sexual e na saúde reprodutiva de adolescentes, levando a escolhas que podem ser influenciadas por fatores relacionados à exclusão e pela falta de perspectivas de vida exequíveis.

Corroborando essa discussão, sobressai-se uma diferença significativa que é a incidência maior de mulheres jovens que não trabalham e nem estudam, o que, possivelmente, se deve ao trabalho doméstico e às diferenças de gênero, o que reflete negativamente no pleno desenvolvimento social e pessoal e na saúde. Outro fator é que o número de mulheres e de homens jovens que não trabalham e não estudam é inversamente proporcional ao aumento da renda familiar.

O restrito mercado de trabalho tende a reproduzir as hierarquias sociais existentes, levando os jovens de classe social baixa para ocupações desvalorizadas e de baixa remuneração. Nesse caso, é fundamental que as políticas de emprego para esse contingente de pessoas tenham estratégias que não reforcem e sim rompam com as barreiras sociais que se colocam para os jovens, aumentando os fatores de proteção que repercutem na saúde e no seu potencial de desenvolvimento pessoal.

A gravidez indesejada pode revelar-se um grave problema para a saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres adolescentes e jovens, quando essa for interrompida em condições inseguras. Nesses casos, o SUS dá assistência aos agravos à saúde por abortamento inseguro nos serviços de saúde, garantindo a proteção destas pessoas contra qualquer tipo de discriminação ou subtração de direito (VENTURA, 2002, p. 44).

Considerando o período da série histórica de 2000 a 2006, nos números absolutos de atendimentos no SUS a abortamentos, observa-se uma queda em todas as idades. Mesmo com essa queda, os mesmos dados, evidenciam o aumento das internações por abortamento a partir dos 15 anos, com um pico nas jovens de 20 a 24 anos. Essa situação mostra a urgente necessidade de atenção à vulnerabilidade desse segmento populacional para que estas pessoas se desenvolvam saudavelmente e possam fazer escolhas reprodutivas esclarecidas, em acordo com os direitos reprodutivos.

É importante lembrar que nessa assistência estão os abortamentos por razões legais – gravidezes por estupro ou por risco de vida da mãe –, que é um direito garantido por lei, também, às mulheres adolescentes e jovens.

O aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna, entre adolescentes e jovens de todas as raças e etnias, atingindo, sobretudo, aquelas em situação de pobreza. Esse é um problema de saúde preponderante, em particular, entre negras e pobres que estão mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também às conseqüências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida na situação de saúde (CAVALCANTE; XAVIER, 2006, pp. 84–85, 225).

Dos óbitos em conseqüência de causas obstétricas (BRASIL, 2006e, p. 369), ressaltam-se as desigualdades regionais e raciais. A Região Norte e as adolescentes negras são apontadas como mais vulneráveis. Essa realidade inserida num contexto de pobreza acentua ainda mais a vulnerabilidade das adolescentes para o óbito materno.

Na atenção integral às adolescentes grávidas para a redução da mortalidade materna tem-se como prioridade:

- a integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que desenvolvam ações de promoção à saúde nos vários setores da sociedade;
- a articulação dos serviços de saúde da Atenção Básica, com a política de Saúde da Mulher, às presentes Diretrizes e à Promoção da Saúde, em consonância com as prioridades do Pacto pela Vida, no que se refere à redução da mortalidade materna na população jovem, a prestação de cuidado integral à saúde reprodutiva destas pessoas, com atendimento diferenciado à adolescente grávida e a seu parceiro e familiares;
- inserir o desenvolvimento de um trabalho educativo em saúde que respeite as necessidades específicas das pessoas jovens sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva, com informações científicas e claras, sobre as abordagens de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, especificidades étnico/raciais, e de livre orientação sexual, levando em consideração, também, as diferenças de inserção sociocultural, a forma de organização de povos específicos, entre eles os índios, os ciganos, os quilombolas e outras populações tradicionais, garantindo, desse modo, maior assimilação e resolubilidade;
- que essa abordagem deve respeitar a autonomia dos adolescentes e jovens, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissionais e usuários;

Em ações de parceria com outras políticas setoriais destaca-se a importância daquela estabelecida, entre os setores de saúde e educação, para ações educativas preventivas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

O atendimento ginecológico realizado no âmbito da Atenção Básica representa uma importante estratégia que deve ser ampliada, notadamente para que seja feito o controle do câncer de colo e de mama.

O atendimento realizado por profissional qualificado, médico ou enfermeiro, constitui-se em espaço privilegiado para ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento da saúde sexual e da saúde reprodutiva, integrada à política de prevenção e controle de DST/Aids e à política de Saúde da Mulher, com uma abordagem que respeite as necessidades específicas dessa faixa etária. Para a integralidade destas ações é necessário que a linha de cuidado esteja articulada aos níveis de atenção secundários e terciários para os casos a serem referenciados.

c) A Atenção Integral no Uso Abusivo de Álcool e de Outras Drogas em Pessoas Jovens

Dentre todas as drogas, o álcool é a mais utilizada no mundo inteiro. No Brasil, especialmente a cerveja e a aguardente, fazem parte do contexto cultural como componente de socialização e também de festividades. Ou seja, o consumo de bebidas alcoólicas está inserido na cultura brasileira como fato social não só aceito, mas frequentemente reforçado. Por outro lado, o uso de álcool é, certamente, um dos maiores fatores de adoecimento e que também contribui para situações de risco para a população brasileira, especialmente a população jovem.

Diversos estudos epidemiológicos mostram um quadro preocupante, com uma tendência mundial à iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada, no uso abusivo de substâncias psicoativas. De acordo com dados de três estudos nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado entre jovens e, conseqüentemente, os problemas que derivam do seu uso.

No campo das drogas ilícitas, o consumo de crack pelos jovens, especialmente aqueles que vivem nas ruas das grandes regiões metropolitanas brasileiras, é igualmente preocupante. Expostos a várias situações de violência, os consumidores dessa substância demandam, não só alternativas de saúde (tratamento para dependência de drogas, serviços básicos de saúde, testagem/tratamento para DST/Aids), mas de intervenções de geração de renda, moradia, educação, serviços sociais que possam permitir a chance do desenvolvimento de outras perspectivas de vida.

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, de 2007, aponta que o **início do consumo** dessa substância em adolescentes de 14 a 17 anos, que está na média de 13,9 anos, é mais baixa que nos jovens dos 18 aos 25 anos, com a média de 15,3 anos de idade. Com relação ao **consumo regular** observa-se tendência semelhante.

Na comparação dos adolescentes com os jovens notam-se diferenças significativas indicando, consistentemente, que os adolescentes estão, mais cedo, experimentando e usando regularmente as bebidas alcoólicas. Outros estudos e levantamentos já realizados pelo CEBRID apontam também para essa precocidade no consumo do álcool.

Posto isso, é importante, para o planejamento de políticas públicas preventivas e de atenção integral a adolescentes, que:

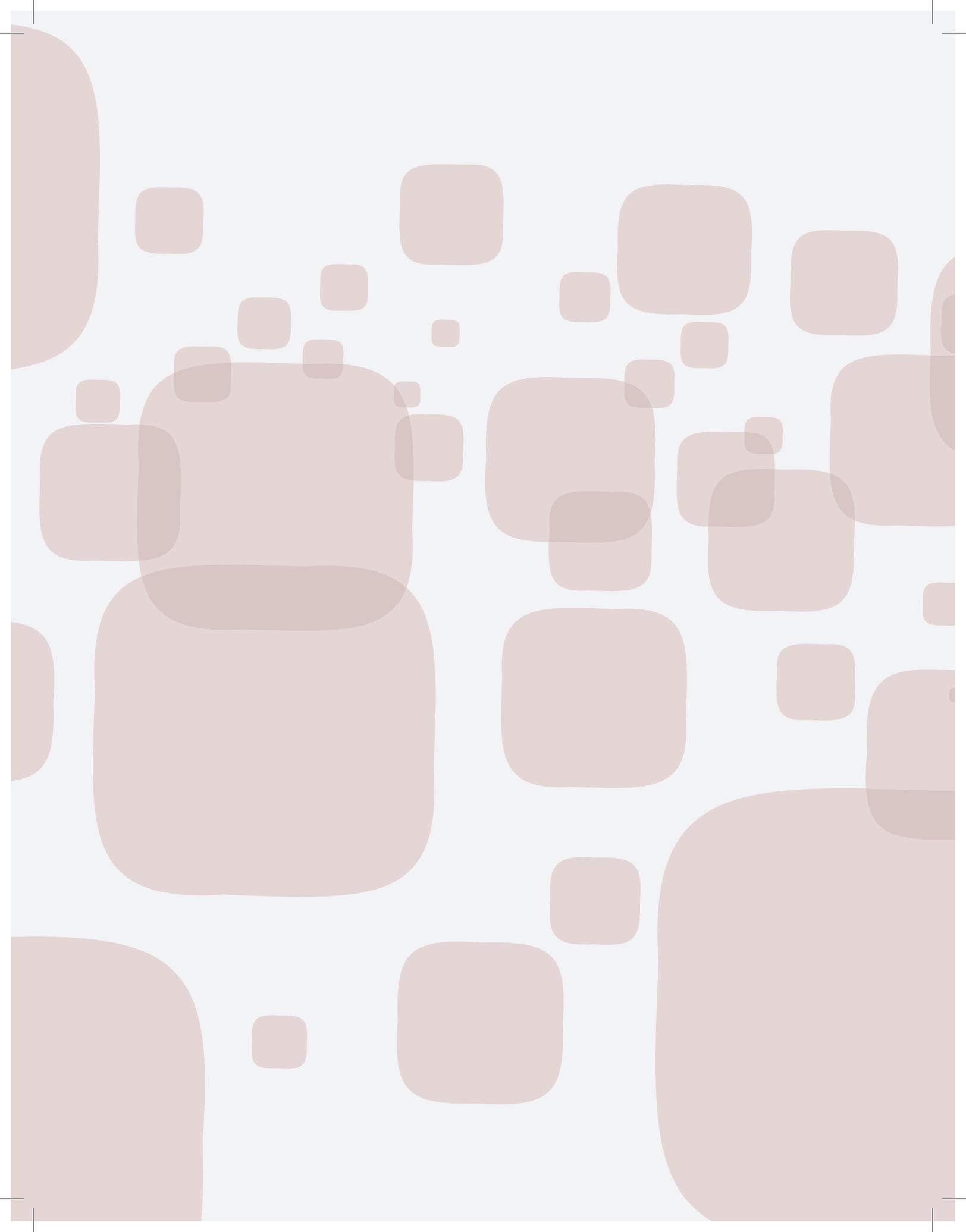
- o padrão de consumo das bebidas alcoólicas desse grupo populacional, de ambos os gêneros, seja conhecido uma vez que há diferenças na quantidade do consumo de doses;
- a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e o PEAD, preconizam a mudança de modelos assistenciais de atenção integral que contemplem as reais necessidades de pessoas que consomem álcool e outras drogas.
- haja ampliação da rede de CAPS-ad para álcool e outras drogas; de CAPSi, infanto-juvenil, ambulatorios e CAPS-III, de 24 horas,
- sejam realizadas capacitação para os profissionais da rede CAPS, hospitais gerais para melhor acolhimento e atenção aos adolescentes e as pessoas jovens no uso abusivo de álcool e outras drogas;
- se fortaleçam as parcerias intersetoriais com os órgãos de trânsito, segurança pública, para a realização de ações educativas que incidam sobre a relação entre uso de álcool e outras drogas e acidentes de trânsito e o aumento da criminalidade;
- haja incentivos aos governos estaduais e municipais a adotarem medidas de restrição ao acesso de bebidas alcoólicas, em respeito à Lei que proíbe o uso de bebidas alcoólicas para pessoas menores de 18 anos de idade, buscando diminuir o seu uso;
- vários indicadores mostram que o uso abusivo e a dependência de drogas, ilícitas ou lícitas, têm atingido proporções preocupantes nas últimas décadas tornando-se fonte de alarme para a sociedade. Os custos sociais, cada vez mais elevados e que estão atrelados a esse uso, pedem urgentemente uma ação sinérgica e resolutiva em saúde pública (BRASIL, 1998, p. 12);
- a participação juvenil seja incentivada nos espaços de discussão e deliberação para subsidiar as ações e estratégias de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- se capacitem adolescentes e jovens como promotores de saúde para uma atuação qualificada entre pares favorecendo novas estratégias de abordagem, comunicação e linguagem;
- se promova a realização de ações integradas de promoção de saúde com as representações juvenis a fim de incluí-las como parceiras e co-responsáveis nas agendas e políticas locais.

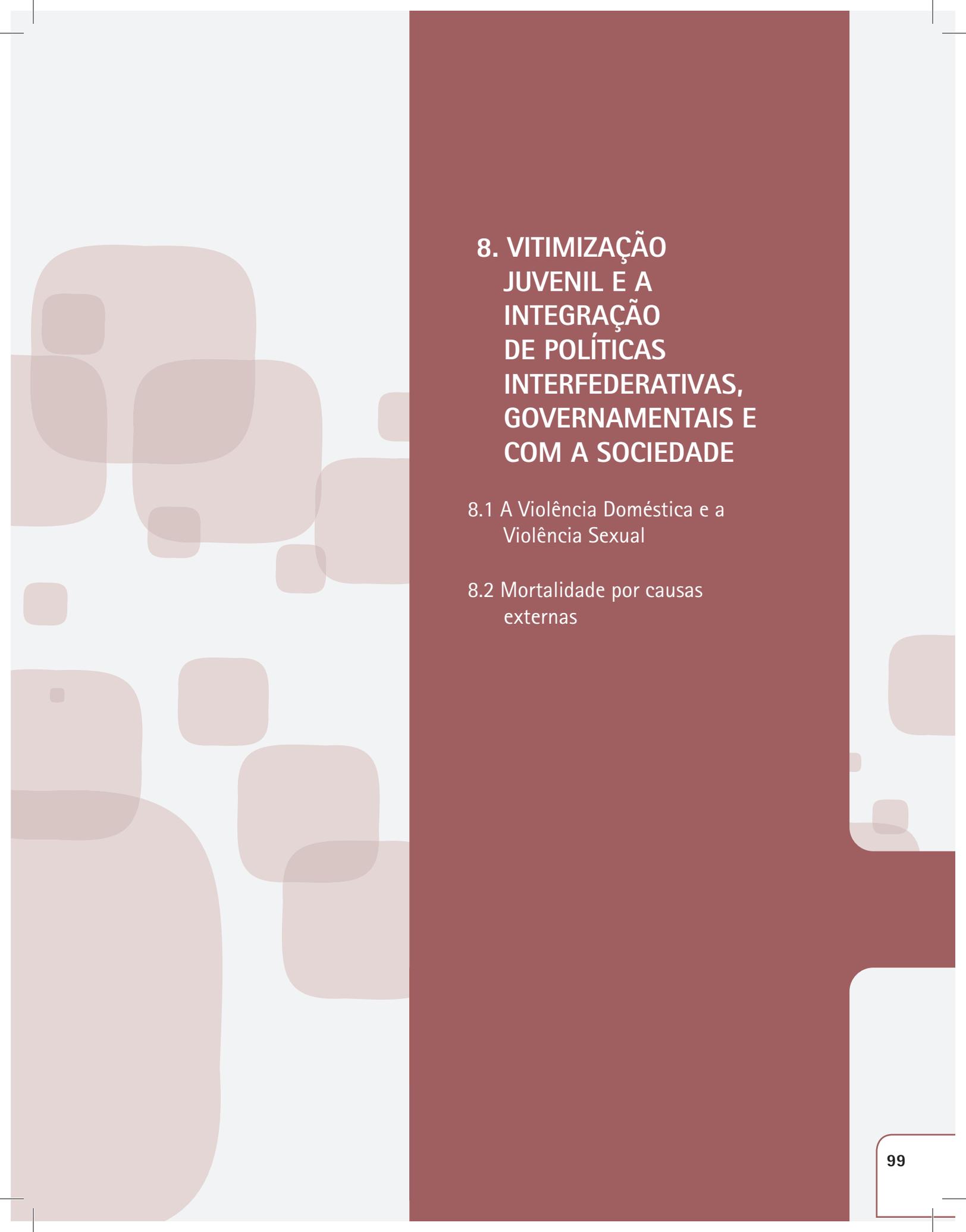
- se articulem as políticas sociais por meio dos serviços dos CRAS e CREAS proporcionando melhorar o acesso e a assistência às famílias, aos adolescentes e aos jovens que vivenciam situações de uso abusivo de álcool e outras drogas;
- se favorecido e buscado o diálogo com as varas e promotorias da infância e juventude e outros operadores de direitos de modo a evitar a judicialização dessa temática e fortalecer a rede de garantia de direitos;
- se promovam campanhas educativas integradas com outras políticas públicas para sensibilizar e conscientizar a população sobre a temática.

A Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares dentre outras disposições. Ressalta-se que essa lei aproxima o entendimento sobre o consumo pessoal de drogas do campo da saúde e incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde, não restringindo suas disposições ao campo da segurança pública.

Já o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010), do Ministério da Saúde, preconiza a mudança de modelos assistenciais de atenção integral que contemplem as reais necessidades de pessoas que consomem álcool e outras drogas. O PEAD prioriza ações para crianças, adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade.

As especificidades do grupo etário de adolescentes e de jovens, com suas necessidades, demandas e particularidades, necessitam da análise das variáveis importantes do padrão de consumo, contextualizadas socialmente, economicamente e culturalmente, trazendo a oportunidade de ter dados reais e científicos para a reflexão sobre os fatores que influenciam nesse padrão de uso nesse grupo, eliminando os mitos existentes. Isto possibilita um direcionamento mais proveitoso para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento que influam nas relações destrutivas que as pessoas estabelecem com as drogas.





8. VITIMIZAÇÃO JUVENIL E A INTEGRAÇÃO DE POLÍTICAS INTERFEDERATIVAS, GOVERNAMENTAIS E COM A SOCIEDADE

8.1 A Violência Doméstica e a
Violência Sexual

8.2 Mortalidade por causas
externas

A violência é um fenômeno sócio-histórico, complexo e de natureza diversificada que vem acontecendo em todas as sociedades. Está intrinsicamente ligado às desigualdades sociais e culturais, sendo, ainda determinado por aspectos comportamentais e relacionais. A magnitude dos danos, lesões, traumas e mortes e os anos de vida perdidos, que repercutem em altos custos humanos, financeiros e sociais, tornam o fenômeno da violência um problema de saúde pública aprofundado pela *"pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social"* (OPAS, 1994 in BRASIL, 2005c, p. 10).

Para a preocupação de todos, a violência se desloca para o interior, estagnando nas grandes metrópoles em uma nova dinâmica territorial que aumenta a violência nos municípios interioranos. Esse novo arranjo evidencia a necessidade de políticas de Estado tripartites e intersetoriais, que atuem fortemente nos determinantes da situação de violência que assola a sociedade e que impacta sobremaneira na saúde de adolescentes e nos jovens. Assim, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente à crescente incidência de mortes por causas externas violentas, em proporções mais significativas do que no restante da população. Por outro lado, a morbimortalidade de adolescentes e jovens também está marcada por outras modalidades de violências como a violência autoinfligida e as violências física ou sexual, a negligência e a violência psicológica. Não esquecendo o "bullying", que atinge perversamente os escolares, incidindo negativamente na autoestima e na função protetora da escola.

Chama a atenção que no contexto de um mundo globalizado, com grandes avanços tecnológicos, de informação e das ciências, dentre outros, ainda se evidencie a necessidade de se promover relações humanas para uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite a moral social, a ética e os direitos humanos. Para tanto, é fundamental que o investimento no capital humano seja o mais precoce possível fortalecendo a prevenção a atos violentos e o desenvolvimento saudável do ser humano, porque *"... é na mente dos homens que nós temos de erguer as defesas da paz"* (CONASS, 2009, p.13).

É imprescindível, nesse contexto, que as políticas intersetoriais envolvam a sociedade, as famílias, as escolas, a mídia e os movimentos comunitários pautando-se, nas políticas direcionadas às pessoas jovens, por estas Diretrizes que nos seus temas estruturantes trazem a Cultura de Paz, a Ética e a Cidadania e a Igualdade Racial e Étnica, entre outros, como temas transversais que aprofundam e enriquecem as ações de saúde para esse segmento, favorecendo relações mais igualitárias e o desenvolvimento de uma cultura de paz.

8.1 A Violência Doméstica e a Violência Sexual

A morbimortalidade de adolescentes e jovens também é marcada por modalidades de violências como a violência física ou sexual, a negligência e a violência psicológica. Dentre estas, sendo que a maior parte das vítimas não-letais pertence ao sexo feminino, estão a violência sexual e a violência doméstica, que, em geral, não evoluem a óbito, mas podem causar severos danos à saúde física e mental.

A violência doméstica e/ou violência intrafamiliar é um fenômeno multifatorial que apresenta várias formas de violência interpessoal, cometidas por pessoas que têm laços familiares, conjugais ou de parentesco com as suas vítimas, vínculo afetivo e, ou relações de poder de ordens física, etária, social, psíquica, hierárquica ou de gênero.

A violência sexual é todo ato, com assimetria de poder, onde uma pessoa obriga a outra a realizar práticas sexuais contra a sua vontade, por meio de força física, influência psicológica ou ameaça e pelo uso de armas ou drogas.

Na caracterização de violências contra adolescentes de 10 a 19 anos, a violência sexual representa a maioria dos atendimentos em saúde; vindo em seguida as agressões psicológicas, as físicas, seguindo-se as negligências e abandono. Os atos violentos de repetição alcançaram um índice de 38%. A residência foi o local onde ocorreu metade das violências, seguida pela via pública. Desconhecidos tiveram a maior taxa como prováveis autores das agressões, seguido por amigos e conhecidos e por pais. As pessoas negras, nos dois sexos, foram as que sofreram maior vitimização.

Nesse contexto, o setor da saúde visa à promoção do direito à saúde de todas as pessoas, à garantia dos direitos de crianças e adolescentes preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente, apoiado no exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos livres de discriminação, coerção e violência; articulando ações intersetoriais para notificação de casos, atendimento integral, prevenção de agravos, promoção da saúde.

Na vertente da violência, outra cruel expressão de violação de direitos humanos é a exploração sexual de adolescentes e jovens no território brasileiro, que tem um impacto direto sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Recente estudo do governo federal (BRASIL, 2005e) mostrou que a exploração sexual de criança e adolescente é uma prática disseminada no Brasil, embora a situação seja mais grave em algumas regiões e cidades do país. A exploração sexual está presente em 937 municípios. Desses, a maioria está na Região Nordeste; seguida pelo Sudeste; Sul; Centro-oeste e Norte.

Outro problema, acrescido à questão, é a exploração e a violência sexual contra adolescentes e jovens de povos tradicionais que ficam vulneráveis quando seus territórios são invadidos e seus costumes e tradições perdem a força de proteção frente à violência e à assimetria de poder trazida por outras culturas.

Esse fenômeno ancora-se na comercialização do corpo como coerção ou escravidão para atender às necessidades básicas de sobrevivência (BRASIL, 2005, p. 125); sendo os homens os principais aliciadores para redes que traficam e exploram sexualmente mulheres, crianças e adolescentes, das quais pouco se conhece a dinâmica e o número de vítimas envolvidas. Essa violência de gênero, base da vitimização de mulheres, é uma violação dos direitos humanos, além de ser uma questão de saúde pública. Está construída sobre fortes modelos culturais que se reproduzem cotidianamente e são subjetivamente assumidos pelas mulheres, reproduzindo-se nas classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

Para a abordagem dessas graves questões, referentes à violência doméstica e sexual e à exploração sexual, de crianças e adolescentes, é necessário:

- apoiar as ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos nas regiões de saúde, organizando as redes temáticas para a questão;
- articular as linhas de cuidado integral que reorientem e qualifiquem os serviços de saúde para atenção integral a adolescentes e jovens, de ambos os sexos,

vítimas e autores de violência e a seus familiares, apoiando-se na rede social na qual se integram essas famílias;

- fazer com que as ações dialoguem com a política de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde do Homem; DST/Aids, Promoção de Saúde, Redução de Acidentes e de Violências, Política de Atenção Básica, Saúde Bucal, com a Alta e a Média Complexidade, com o VIVA/SINAN, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e de Promoção da Saúde, com a Funasa, com o processo de Regulação e de Controle e com a Política de Saúde Mental.
- a integração das ações com outros setores, colaborando na organização das redes intersetoriais de proteção e de garantia de direitos para adolescentes, com parceiros de interface como a Política Nacional para Mulheres, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e da Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes; a Política Nacional de Tráfico de Pessoas, a Agenda Social, o Pronasci, o ProJovem Adolescente, a Secretaria de Direitos Humanos, com o Ministério da Justiça, com o ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome.

Para que a resposta social seja fortalecida e contribua para a resolutividade e a eficácia da promoção da saúde e da prevenção de agravos é fundamental que haja estreita articulação com os grupos organizados de adolescentes e de jovens e outras ONG.

8.2 Mortalidade por causas externas

Na análise de situação, as causas externas, principalmente as causas violentas, mudaram a configuração da mortalidade juvenil substituindo progressivamente as causas endógenas. Ressalta-se a vulnerabilidade desse grupo populacional às causas externas, em proporções mais significativas do que no restante da população, uma vez que estas ocupam o primeiro lugar na mortalidade, corroborada pela alta taxa de mortalidade por causas por causas definidas e ciclos de vida, em 2006.

a) Agressões

As agressões, entre estas os homicídios, são o principal fator de mortalidade entre jovens, principalmente do sexo masculino. De 1996 a 2006, o processo dos homicídios juvenis na população de 15 a 24, foi mais intenso com um incremento superior aos homicídios na população total. É preciso enfatizar, que todas as taxas de agressões na faixa etária de 15 – 19 anos foram maiores, em todas as regiões brasileiras, do que aquelas da faixa etária de 10 a 14, evidenciando a vulnerabilidade daquele grupo etário.

Por outro lado, na série histórica de 2000 a 2006, a taxa de homicídios por sexo e raça/cor da vítima evidenciou-se que essa taxa aumentou em homens negros, comparada a de homens brancos. Nas mulheres negras, comparadas com as mulheres brancas, o risco de morte repete o padrão masculino.

Essas constatações conferem à população jovem masculina, notadamente aos jovens negros, um grave fator demográfico de risco que deve ser levado em conta no planejamento das ações de atuação frente à problemática da violência. Esse fator demográfico de risco aponta para a construção cultural dos papéis de gênero que levam adolescentes e jovens a terem comportamentos e atitudes de maior exposição e de vulnerabilidade (MINAYO, 2003).

Os homicídios caracterizam-se como um grave problema social e de Saúde Pública, pela sua magnitude e abrangência, com impactos na área social, econômica e de saúde, afetando indivíduos, famílias e a coletividade. Também devem ser levados em consideração os anos de vida perdidos e o aumento da carga de morbidade – incapacidades, lesões, problemas crônicos, dentre outros – decorrentes das agressões não-fatais.

Para enfrentar esse problema, fruto de circunstâncias com forte interação de elementos estruturais, conjunturais, sociais, microsociais e subjetivos, há necessidade de formulação de ações integradas que articulem as políticas macro-estruturais e as políticas públicas que promovem a inclusão social e asseguram os direitos de cidadania.

O setor saúde é responsável:

- pela organização das redes de atenção integral à saúde, pela qualidade e integralidade destas ações e pela resolutividade da atenção às vítimas de violência, integrando as diversas interfaces das três esferas de gestão do SUS;

- para que essas ações de atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens estejam fortemente articuladas com a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, com o Programa Saúde na Escola, com a Política de Atenção Básica, Com DST/Aids, com a Saúde da Mulher, Saúde da Criança, com a Alta e a Média Complexidade e com o processo de Regulação e de Controle;
- pela articulação com as políticas governamentais de Segurança Pública e de Justiça para organização de estratégias que incidam sobre o uso de armas de fogo, uma vez que a inflexão, de 2003 a 2005, das taxas de agressões forma influenciadas pelas estratégias de desarmamento;
- pelo planejamento de políticas públicas articuladas entre os poderes e estruturas municipais, estaduais e federais para enfrentar esse flagelo moderno que, mata muito mais do que a maior parte das endemias e pandemias tradicionais (WAISELFSZ, 2008, p. 2), principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco, que se destacam no Mapa de Violência de 2008, pelo alto número de municípios que o integram.

Uma análise de estudos inovadores sobre a violência relacionada à adolescência e à juventude nas Américas, concluiu que a abordagem da Saúde Pública para a prevenção da violência enfatiza a combinação de múltiplas estratégias em populações inteiras e que os maiores resultados podem ser esperados quando diversas causas são trabalhadas simultaneamente com outros setores de governo e com os movimentos sociais (MCALLISTER, 1998).

b) Acidentes de Transporte Terrestres (ATT)

Segunda causa de mortalidade juvenil, ressaltada no grande número de mortes, incapacidades físicas e seqüelas psicológicas que evidenciam a urgência de desenvolver políticas intersetoriais com a preocupação preventiva.

Na população geral, as taxas de óbito por acidentes de transporte caíram (1997 a 2006). Essa forte inflexão na evolução dos óbitos por acidentes de transporte que caracteriza três grandes períodos relacionados com o Código de Trânsito Brasileiro.

A mortalidade proporcional por acidentes de transporte terrestre, segundo faixa etária e sexo, em 2006, mostra que nas faixas etárias de adolescentes e jovens, de ambos os sexos, o número de óbitos aumenta com a idade. Os homens são as maiores vítimas dessas ocorrências notadamente a partir dos vinte anos de idade; duplicando as taxas de mortalidade em relação à faixa etária de 15 a

19 anos (SIM/MS/Datasus, 2000). Continuam sendo, também, as maiores vítimas de acidentes não fatais, respondendo, em 2000, pela maioria das internações por essa causa.

Dentre as causas que têm maior peso na mortalidade por acidentes de transporte, no quinquênio de 2.000 a 2.005, observa-se que houve uma queda significativa na vitimização de pedestres e aumento paralelo de motociclistas como vítimas, principalmente em adolescentes e jovens que tiveram um incremento notável começando entre 1999 e 2000.

O aumento de motocicletas como meio de transporte, de trabalho e também como expressão de liberdade para os jovens, o que influiu na sua forma de uso e aumentou os riscos, principalmente nas zonas urbanas, para graves acidentes. Em São Paulo, as maiores vítimas de acidentes com motos, confirmando o dado nacional, são homens jovens de 20 a 30 anos de idade que estavam trabalhando (BRASIL, 2005c). Seu potencial de mortalidade, em dados brasileiros, é 10 vezes maior do que os automóveis (BRASIL, 2005c, p. 292). É importante ressaltar que na região Norte o acidente com motos foi a terceira causa de mortalidade em 2004, superando os acidentes com automóveis (SIM/SVS/MS).

Para prevenção de acidentes de transportes terrestres evidencia-se a necessidade de se considerar:

- o fator humano com treinamento direcionado para a direção defensiva, o fator veicular no cuidado com a construção e a manutenção de motos e veículos e o fator via, com a implantação de faixas seletivas e o uso de equipamentos de segurança para o condutor;
- o desenvolvimento de ações que passam, necessariamente, pela articulação intersetorial com o Ministério das Cidades, com o DPVAT, com o Ministério do Trabalho e do Emprego, com o ProJovem Adolescente e ProJovem Trabalhador, com a Segurança Pública, e com as escolas de preparação para condutores de veículos, dentre outros que possam complementar as ações de prevenção e de tratamento aos agravos decorrentes dos acidentes, realizadas pelo Ministério da Saúde.

O contexto apresentado indica que os homens jovens e adolescentes correm grandes riscos para os acidentes de transporte que se constroem com a complexidade da interação de fenômenos sociais, psicológicos, físicos e tecnológicos e ainda como um problema de cidadania, sendo reconhecidos como uma forma de violência. Nesse sentido, é necessário que na organização das linhas de cuidado se reconheçam as características diferenciadas entre as faixas etárias. Na população adolescente e jovem os acidentes estão intimamente relacionados ao uso de álcool, nos finais de semana e durante a madrugada, são colisões frontais que por excesso de velocidade e por isso mesmo costumam ser fatais (BRASIL, 2005c).

As linhas de cuidado no SUS contemplariam as seguintes vertentes:

- a de assistência rápida e eficaz às vítimas, por meio do SAMU, da Média e da Alta Complexidade, com a Política de Humanização do SUS e com outras interfaces que fossem necessárias para a recuperação da saúde e reabilitação das vítimas;
- a outra vertente estaria na detecção e na prevenção de fatores de risco na população adolescente e jovem para acidentes de transporte, articulando ações que dialoguem com Política Nacional de Promoção da Saúde, com a Política de Prevenção e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e por Violências, com a Rede Nacional de Prevenção de Violências e de Promoção da Saúde, Com a Vigilância em Saúde, com a Saúde Mental, Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas;
- para os acidentes relacionados à condução de veículos como instrumento de trabalho, implica na articulação com a Atenção Básica e a Saúde do Trabalhador, para identificar nos territórios, os grupos de adolescentes e os jovens, mais vulneráveis à mortalidade por acidentes de trânsito, demandando intervenções que podem ser mais efetivas se orientadas para as prioridades e para ações de saúde que buscam diminuir as desigualdades na redução dessa mortalidade.

c) Suicídios

As violências autoinfligidas podem esconder nas mensagens dos atos autodirecionados o sofrimento vivido, o sentido dos "não-ditos", as subnotificações dos casos e no medo, os preconceitos sobre esse problema criados pelas interferências culturais, de ordem religiosa e moral e a poucas informações nos serviços que trabalham com os registros de casos.

Esses eventos se referem ao comportamento suicida e às diversas formas de automutilação. Sua descrição leva em conta desde pensamentos autodestruidores, planos para se ferir ou se matar até a realização do ato de dar cabo da vida (BRASIL, 2005c, p. 207). São eventos devastadores do ponto de vista emocional, onde a perda precoce de uma vida impõe aos familiares não apenas um legado de promessas não cumpridas e, também, sentimentos de perda, culpa, luto e desespero. A violência autoinfligida do ponto de vista explicativo é vista hoje, dentro de três modelos principais: o sociológico que trata o fenômeno no contexto histórico e cultural; o psicológico que o trata como resultado de conflitos internos das pessoas; e o nosológico que o vê do ponto de vista da enfermidade. Autores (CASSORLA; SMECK, 1994) apontam para uma confluência dos três tipos de circunstâncias em quase todos os episódios que estudaram.

Essa violência auto-infligida que, embora não tenham taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões, preocupa porque vêm aumentando na população jovem provocando impacto na saúde pública.

Os estudos de Durkheim (1982) e Sampaio (1991) mostram que o incremento na taxa de suicídios entre os jovens costuma relacionar-se a situações bruscas de mudanças sociais com falta de perspectivas quanto ao futuro. Já, nas mulheres adolescentes e jovens, um estudo de Minayo (2003) e estudos de outros autores, evidenciam que há maior frequência de tentativas de suicídio e menor frequência de suicídios consumados, relacionando-se fortemente com a vitimização por violência conjugal e intrafamiliar, com ênfase para a violência sexual. A característica mais fortemente marcada nas mortes por suicídio, segundo a análise da desigualdade em saúde do Saúde Brasil de 2006, foi ser indígena, mesmo após o ajuste pelas variáveis socioeconômicas. Residir em municípios médios ou pequenos, especialmente das Regiões Sul e Centro-Oeste, foi outro fator associado à morte por suicídio (p. 369).

Os dados apontados nos remetem à necessidade de se pensar em linhas de cuidado que levem em consideração:

- sua complexidade, devida à confluência de circunstâncias apontadas pelos três modelos explicativos que são propostos, que necessita de diferentes abordagens sobre os fatores que influem no comportamento autodestrutivo, de forma interdisciplinar, não o reduzindo ao comportamento individual ou à doença mental;
- os fatores de vulnerabilidade relacionados à característica mais forte no suicídio: ser indígena, residir em municípios médios ou pequenos, principalmente no Sul e Centro-Oeste;
- a prevenção ao suicídio e às tentativas de suicídio, onde é necessário enfatizar diferentes níveis de prevenção:
- o atendimento nos serviços de atenção primária que aborde os fatores socioculturais para compreensão do fenômeno, os fatores predisponentes na adolescência que podem estar ligados a crises de identidade, problemas socioafetivos e dificuldades de administrar os desafios do crescimento e da competição social;
- a identificação da vulnerabilidade de grupos jovens e de suas famílias, os fatores de risco e o modo como estes interagem a fim de poder dar mais resolutividade às ações preventivas;
- que se dê voz às pessoas e às famílias para que possam trazer seus sofrimentos e serem acolhidos em suas demandas e necessidades.

A ação preventiva deve:

- reconhecer as ideações suicidas e mesmo as tentativas de suicídio como um pedido de socorro buscando o encaminhamento desses usuários a serviços que garantam o acolhimento destas pessoas e a continuidade de um tratamento;
- organizar ações preventivas para qualificar profissionais de saúde para entenderem o suicídio e as tentativas como um pedido de ajuda e não como ameaças que não se concretizarão (BRASIL, 2006c);
- apontar a necessidade de se trabalhar articuladamente ao NASF, à Promoção da Saúde, à Política de Saúde Mental, à Rede Nacional de Prevenção da Violência e à Política de Educação Permanente.

Continuar a linha de cuidado com a organização da rede de saúde que inclua:

- os CAPS e os outros níveis de complexidade da atenção necessários para o diagnóstico médico e psicossocial e para a continuidade do atendimento das

pessoas que tentam o suicídio e às suas famílias, incluindo no atendimento aquelas que tiveram uma perda por suicídio;

- a assistência médica que deve propiciar cuidados clínicos efetivos e apropriados às pessoas jovens que apresentam sinais de transtornos mentais, físicos e de abuso de substâncias;
- a facilidade ao acesso à variedade de intervenções clínicas e de suporte prestado pelos serviços de auto-ajuda, e que haja restrição de acesso aos métodos de suicídio mais letais;
- o tratamento que utilize o desenvolvimento de habilidades na solução de problemas, resolução de conflitos e de disputas de forma não violenta, e deve ser propiciado suporte às famílias e à comunidade para que se tornem parte do apoio para as pessoas jovens que mantenham ideias ou tentam suicídio (BRASIL, 2006c);
- orientações para que onde todas as ações das linhas de cuidado dialoguem com as outras políticas sanitárias do SUS buscando nas interfaces a resolutividade e a qualidade do atendimento e a integralidade da atenção, principalmente com: a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas, a Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência, a Política Nacional sobre o Álcool, o VIVA/SINAN, Média e Alta Complexidades e a Política de Saúde Mental, de Promoção da Saúde, o Programa Saúde nas Escolas e a, Funasa.

O cuidado não acaba com a alta, é necessário que se fortaleça a rede social para proteção da família e da pessoa que tentou suicídio e a de garantia de direitos aos adolescentes buscando soluções para os fatores que geram o fenômeno da tentativa e do suicídio.





9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Na gestão dos serviços de saúde, o acompanhamento e a avaliação são processos sistemáticos que contribuem para identificar as atividades planejadas que tiveram êxito, corrigir e reordenar ações e medir a eficácia e a eficiência dos resultados da ação ou da organização que são avaliadas. Esses processos são fundamentais como base para a gestão dos serviços, permitindo reelaborar e melhorar as atividades ou programas que estão em desenvolvimento.

Por que avaliar? A resposta é uma etapa fundamental do processo avaliativo ao qual dará um sentido, uma intencionalidade, que vai além de dizer o que vai ser avaliado – o foco. Ou esclarecer a finalidade da avaliação – a utilização. O sentido da avaliação é um processo reflexivo e político onde cada pessoa nele envolvido procurará reconhecer e explicitar o contexto em que acontece o programa ou a organização avaliados. Deve-se pensar sobre que papel a avaliação cumprirá neste cenário, que decisões podem surgir a partir dos resultados da avaliação e, principalmente, qual seria a intenção de aprendizagem que está associada ao processo avaliativo. Em suma, o sentido orientará constantemente os passos da avaliação.

Na etapa seguinte, aplicam-se os métodos disponíveis para investigar a realidade dando concretude à avaliação por meio de ações concretas e resultados palpáveis. A metodologia orienta uma lógica que amplia a qualidade da avaliação que, nesta etapa, compreende: a elaboração das perguntas avaliativas; a elaboração de indicadores; a escolha das fontes de informação; a escolha das formas de coleta de informações; o trabalho de campo; a análise das informações coletadas e a comunicação dos resultados. Todos esses itens são importantes, no entanto, é fundamental refletir sobre a pergunta avaliativa e os indicadores que darão o recorte para a avaliação pela função que desempenham.

O SUS, dentro do Pacto pela Saúde (Portaria GM nº 91 de 01/2007), produziu um conjunto de indicadores unificados para o monitoramento da situação de saúde da população e do desempenho dos serviços. Esses indicadores organizam-se em dois grupos: indicadores principais e indicadores complementares. Os principais dizem respeito a pactuações unificadas nacionalmente e prestam-se a avaliação do Pacto pela Saúde. Já os complementares são pactuações opcionais por parte dos gestores estaduais e municipais, de acordo com a realidade local, e que são monitoradas pelo gestor federal por meio dos sistemas de informação.

No que diz respeito a estas Diretrizes, os indicadores de monitoramento do **Pacto pela Saúde** são:

Indicadores Principais

- Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
- Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física
- Proporção de municípios prioritários do Estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantada.

Outro conjunto de indicadores faz parte da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica que propõe uma **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ)**, a ser desenvolvida no âmbito municipal, como parte de um processo amplo de fortalecimento da institucionalização da avaliação nas três esferas de gestão do SUS.

Duas dimensões constituem a avaliação das Equipes de Saúde da Família (ESF): 1) a consolidação do modelo de atenção, nas subdimensões relacionadas à organização do trabalho em saúde da família: acolhimento, humanização, responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária, controle social, vigilância da saúde I – ações gerais da ESF; 2) a Atenção à Saúde com as subdimensões de saúde da criança, saúde de adolescentes, saúde de mulheres e de homens adultos, saúde de idosos, vigilância à saúde II – agravos com prevalência regionalizada. Nessa subdimensão, de avaliação da Atenção à Saúde, está contemplada a saúde de adolescentes, podendo a AMQ ser utilizada no acompanhamento das ações da ESF para esse segmento populacional, uma vez que os resultados trazem as dificuldades das equipes de saúde no trabalho com adolescentes, conforme descrito a seguir.

INSTRUMENTO 4

Organização do Trabalho em Saúde da Família

- | | | |
|----|--|------------|
| 1. | A Equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes | Sim
Não |
| 2. | A ESF utiliza as informações do SIAB ¹⁴ para o planejamento do trabalho. | Sim
Não |

¹⁴ Sistema de Informações da Atenção Básica

Acolhimento, Humanização e responsabilização		
1.	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social.	Sim Não
2.	A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.	Sim Não
Promoção da Saúde		
1.	São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando a cultura local.	Sim Não
2.	São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a população de adolescentes e jovens.	Sim Não
3.	A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/Aids.	Sim Não
4.	A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	Sim Não
5.	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério.	Sim Não

INSTRUMENTO 5		
Atenção à Saúde – Saúde de Adolescentes		
	A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área.	Sim Não
	50% ou mais dos adolescentes cadastrados estão com a vacinação em dia.	Sim Não
	50% ou mais dos adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	Sim Não
	A ESF desenvolve atividade coletiva voltada para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	Sim Não
	Houve redução nos casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF	Sim Não
	Houve aumento do número absoluto de crianças livres da cárie até 12 anos	Sim Não

Saúde de Mulheres e Homens Adultos ¹⁵		
1.	São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos a gravidez, parto e puerpério.	Sim Não
2.	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	Sim Não
3.	A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtorno mentais atendidos pela referência.	Sim Não
4.	A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de drogas.	Sim Não
5.	A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com a Saúde Mental.	Sim Não
6.	É realizado acompanhamento dos usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.	Sim Não
7.	O exame HbsAg é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas.	Sim Não
8.	O exame anti-HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas.	Sim Não

Por outro lado, o quadro de indicadores da Programação das Ações Prioritárias na Vigilância em Saúde (PAP-VS), desde 2006 são monitorados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL – compreendendo Fatores Comportamentais de Risco para o tabagismo, alimentação, atividade física e consumo de álcool, em pessoas acima de 18 anos, o que abarca a faixa etária e o sexo de jovens de 20 a 24 anos de idade (BRASIL, 2008e).

Fatores	Indicadores
Tabagismo	Percentual de fumantes, por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos) Percentual de ex-fumantes, por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos)
Alimentação	Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças 5 ou mais dias, por semana, por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos)
Atividade física	Percentual de indivíduos fisicamente inativos, por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos)
Consumo de álcool	Percentual de homens que nos últimos 30 dias consumiram mais do que 5 doses de bebida alcoólica, em único dia, por faixa etária (maiores de 18 anos) Percentual de mulheres que nos últimos 30 dias consumiram mais do que 5 doses de bebida alcoólica, em único dia, por faixa etária (maiores de 18 anos)

¹⁵ Recorte faixa etária: considerar nestes indicadores, as faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24

Ainda, incluindo essa faixa etária, e por sexo, encontram-se os indicadores de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e os de mortalidade por acidentes e violências que também monitoram, por sexo, a faixa etária da adolescência de 10 a 19 anos.

Fatores	Indicadores
Mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis	<p>Doenças cérebro-vasculares (I60 a I69), por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Doenças isquêmicas do coração (I20 a I25), por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Diabetes (E10 a E14), por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Câncer de traquéia, brônquios e pulmão (C33 a C34), por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Câncer de mama (C50), por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Câncer de cólon e reto (C18 a C20), por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Câncer do colo do útero (C53), por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Câncer do colo do útero de porção não especificada (C55), por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos)</p>
Mortalidade por Acidentes e Violências	<p>Acidentes de transporte (V01 a V99), por sexo e faixa etária (< 5, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Suicídio (X60-X84), por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Agressão (X85-Y09), por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Eventos de internação indeterminada (Y10-Y34), por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos)</p> <p>Quedas (W00-W19), por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos)</p>



10. PROPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Intersetorialidade

10.1 Intersetorialidade

No processo de saúde-doença interagem múltiplos determinantes sociais e modos de vida envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas, que incidem fortemente na qualidade de vida das pessoas. Essa constatação ampliou o conceito de saúde e evidenciou a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes do processo de saúde-adoecimento na produção de saúde e busca de qualidade de vida.

Assim, buscar a qualidade de vida, considerando a promoção da saúde, "amplia o universo das ações possíveis, recompõe a característica multifatorial e multidisciplinar nos fenômenos da saúde e ressalta a importância da ação intersetorial, da participação ativa dos indivíduos e da comunidade ao nível local" (Terris, 1996).

A intersetorialidade passa a ser uma ferramenta básica no esforço de convergir as políticas setoriais de Governo e a participação dos setores organizados da sociedade, principalmente do grupo juvenil, para a atenção integral à saúde, tendo o SUS como protagonista incansável nesse processo. Essa é uma das proposições destas Diretrizes na abordagem da atenção integral à saúde de pessoas jovens.

A promoção da saúde de adolescentes e jovens precisa de iniciativas locais que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social. Atividades culturais e esportivas devem

ser apoiadas e valorizadas. Os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos de referência e contra-referência, com outros serviços que atendem adolescentes e jovens, sejam de iniciativa governamental ou não.

As escolas, por excelência, concentram grandes números de grupos jovens, associações de bairro, equipes desportivas, projetos socioeducativos e movimentos juvenis, mas o setor saúde não deve limitar-se apenas a essa parceria. Movimentos sociais ou artísticos podem se constituir excelentes parceiros das equipes de saúde que atuam no território. A equipe de saúde pode capacitar adolescentes e jovens integrantes desses grupos, assim como estudantes com características de liderança, como promotores de saúde junto a seus pares (BRASIL, 2005d).

O exercício da cidadania, por parte da população jovem, bem como a sua participação nas questões que afetam o seu bem-estar, é alcançado mais efetivamente por meio de estratégias capazes de contextualizar a sua atuação na comunidade e de envolver seus familiares e pares. A participação juvenil também deve ser efetivada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, assim como nas instâncias de controle social do SUS.

a) Com os setores da Educação, Cultura, Esportes, Lazer e Meio Ambiente:

- fomento a implementação do Programa Saúde nas Escolas, em articulação com o MEC, na atenção integral à saúde de escolares, desenvolvendo ações educativas preventivas e de atendimento às suas necessidades de saúde visual e bucal e das doenças imunopreveníveis, dentre outras consideradas fundamentais localmente;
- fortalecimento as ações preventivas do projeto Saúde e Prevenção na Escola, como integrante do PSE ou em outras escolas, para adolescentes de 13 a 19 anos, em saúde sexual e saúde reprodutiva incluindo a formação de escolares como promotores de saúde entre seus pares;
- estímulo à reflexão, nas ações de promoção da saúde com as escolas, dos temas estruturantes preconizados nestas diretrizes, sobre os padrões de conduta e de valores, sociais e historicamente construídos, as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos, dentre outras questões, que influenciam nas diferenças de expectativas e de papéis sociais que repercutem no crescimento e no desenvolvimento saudáveis desse grupo populacional;

- promoção da participação juvenil nas ações de promoção da saúde, fortalecendo grêmios escolares, lideranças e outros grupos juvenis organizados nas escolas, incorporando novos subsídios de ação e de reflexão voltados para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeitos plenos de direitos, socialmente mais responsáveis e mais cooperativos, com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde;
- estímulo à participação juvenil, facilitando e organizando oportunidades para o desenvolvimento de potencialidades individuais e habilidades sociais, necessárias ao desempenho de papéis protagônicos na promoção de uma cultura de paz;
- estímulo, junto ao Plano Nacional de Educação, ao fortalecimento das ações de investimentos na diminuição do analfabetismo, das distorções idade-série e na abertura de possibilidades de melhoria da escolaridade e do acesso ao ensino superior, com vistas a aumentar o grau de utilização de alguma forma de proteção durante a primeira relação sexual por pessoas jovens de ambos os sexos (cuja tendência mostra-se relacionada ao nível do grau individual de escolaridade);
- fomento à promoção da saúde de adolescentes e jovens, por meio de ações culturais e artísticas realizadas pelos Pontos de Cultura e outras políticas, programas e estratégias governamentais e da sociedade civil que privilegiem a formação e educação integrais para a cidadania;
- fortalecimento de ações vinculadas ao Pronasci Jovem, tais como o Protejo – Projeto de Proteção de Jovens em Território Vulnerável – que visa oferecer atividades culturais, esportivas e educacionais; Projeto Esporte e Lazer na Cidade, com núcleos recreativos de dança, teatro, música e outras atividades e Projeto Praça da Juventude, com a criação de espaços para práticas esportivas, desenvolvidos em parceria com o Ministério do Esporte.

b) Com os setores de Justiça, Direitos Humanos, Igualdade Racial e Étnica, Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

- inclusão nas ações de promoção da saúde, das pessoas jovens, os projetos de vida e a cultura de paz, promovidas em trabalhos articulados a escolas ou junto às comunidades e famílias. Além disso, é fundamental a abordagem da ética e da cidadania na promoção da saúde, o que significa criar oportunidades para que os adolescentes e jovens possam discutir, reconhecer, refletir, vivenciar e praticar princípios éticos, de bases universais, plurais, trans-religiosas e transculturais, sem qualquer fundamentalismo, dogmatismo ou proselitismo, favorecendo sua incorporação nas ações de saúde;

- articulação com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (SEDH/MJ), com a Política Nacional para Mulheres (SEPM), com a Política Nacional de Igualdade Racial e Étnica (SEPPIR), com a Política Nacional de Tráfico de Pessoas, com a Agenda Social, Políticas de Trabalho e Emprego, o Pronasci, com o ProJovem Adolescente e ProJovem Trabalhador, e com a Política Nacional de Juventude (Secretaria Nacional de Juventude/ Presidência da República);
- articulação contínua com os programas e projetos estaduais e municipais voltados para as questões de adolescentes e jovens, com Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, além dos movimentos sociais, notadamente aqueles realizados por grupos organizados de jovens;
- articulação do setor saúde com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e da Exploração Sexual de Crianças e Adolescente, com a Política Nacional de Tráfico de Pessoas, o Pronasci, dentre outras, com vistas ao enfrentamento da exploração sexual de adolescentes e jovens;
- articulação com os programas sociais, voltados para a inclusão social de pessoas jovens (ProJovem Adolescente, ProJovem Trabalhador). Com o Pronasci, articula-se para levar o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens em situação de forte vulnerabilidade social e pessoal;
- integração em estratégias como a Agenda Social – que busca a atenção integral a crianças e adolescentes de 0 a 15 anos, em situação de vulnerabilidade para violências, em quarenta e cinco municípios considerados os mais violentos no Brasil;
- participação efetiva do setor saúde como conselheiro no Conselho Nacional de Juventude que, junto aos demais conselheiros de governo e os da sociedade civil aliados à Secretaria Nacional de Juventude, envidam esforços em favor da melhoria da qualidade de vida das pessoas jovens;
- promover a integração com os Conselhos Tutelares e com outras instituições da rede de proteção social e de garantia de direitos, para a proteção, assistência e a garantia do direito à saúde de adolescentes.

Referências

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; LEON, A. P. de. *Juventude: tempo presente ou tempo futuro? Dilemas em propostas de políticas de juventude*. São Paulo: GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresas, 2007.

AYRES, J. R. C. M. (Coord.). *Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional*. São Paulo: USP, 2004.

BELIK, W.; SILVA, J. G.; TAKAGI, M. *Combate à Fome e à Pobreza Rural*. São Paulo: Instituto Cidadania, 2002.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Increasing Adolescent and Youth Fertility in Brazil: A New Trend or a One-Time Event? In: *Annals Population Association of America: 2005 Annual Meeting*, session 151. Pennsylvania, Philadelphia, 18 p, March 2005. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/BerquoElzaeCavenaghiSuzana.pdf>>

BEUST, L. H. Ética, valores humanos e proteção à infância e juventude. In: KONZEN, A. A. *Pela Justiça na Educação*. Brasília: MEC / FUNDESCOLA, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa de conhecimento atitudes e práticas na população brasileira, 2004*. Brasília, 2006a. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. *Balanço da Saúde: janeiro de 2003 a junho de 2005*. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids/DST ano IV, nº 01; julho a dezembro de 2006 e janeiro a junho de 2007*. Brasília, 2007. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 08)

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Um olhar sobre o jovem no Brasil*. Brasília, 2008b.

- _____. Ministério da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS nº 5*. Brasília, 2008c.
- _____. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Básica*. Brasília, 2006c. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens*. No prelo.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 2005c. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. *Mais Saúde – Direito de Todos: 2008 – 2011*. 2. ed. 1. reimp. Brasília, 2008d. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
- _____. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Família. Painel de indicadores do SUS nº 4. Brasília, 2008e.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública – Vigitel, 2006. *Pesquisa sobre Consumo de Tabaco no Brasil*. Brasília; São Paulo, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. *Marco Referencial em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens*. Brasília, 2006d. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil*. Brasília, 2006e. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde*. Brasília, 2005d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, 2007.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo*. Brasília, DF: CONANDA, 2006f.
- _____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Estudo Analítico do Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil*

(1996-2004). Brasil: Grupo Violes, Universidade de Brasília, 2005e.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Oficina "O Estatuto da Criança e do Adolescente e as Populações Infanto-Juvenis Indígenas"*: Relatório. Brasília, 2004.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. *Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas*. Brasília, 1998.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Auto-destruição Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, 1994. Suplemento 1.

CASTRO, J. A.; AQUINO, L. (org.). *Texto para Discussão nº 1335: Juventude e Políticas Sociais no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008.

CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. São Paulo: CPDD, 2006.

CAVASIN, S. (Org.). *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras de vulnerabilidade social*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CAVENAGHI, S. Taxa de Fecundidade entre os jovens cai ao nível dos anos 80: Entrevista. *Folha de S. Paulo*, São Paulo 05 dez. 2008". Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0512200822.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. *Anais...* [S.I.]: ONU, [1995]. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>>

CONFERÊNCIA MUNDIAL CONTRA O RACISMO, DISCRIMINAÇÃO RACIAL, XENOFÓBIA E INTOLERÂNCIA CORRELATA, 2001, Durban, África do Sul. *Relatório...* Disponível em: <http://www.comitepaz.org.br/Durban_1.htm>. Acesso em 16 jul. 2008.

DONAS, S. *Marco Epidemiológico-Conceptual da Saúde Integral do Adolescente*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1992. (mimeo)

DURKHEIM, E. *O suicídio*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

GALDURÓZ, F. J. C. et al. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID, 2005.

_____. *II Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID 2002.

GRAVAD: Estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde/ ISC / UFBA; pelo Instituto de Medicina Social / UERJ; e pelo Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde / UFRS, 2002.

HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/GARAMOND, 2006.

LEAL, M. Mãe antes da hora: entrevista. In: *Monte de Vênus*, 08 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.belezapura.org.br>>.

McALLISTER, A. *Juvenile violence in the Americas: Innovative studies in research, diagnosis and prevention*. Washington: Pan American Health Organization, 1998.

MILANI, F. M. Cultura de paz x violências: papel e desafios da escola. In: MILANI, F. M.; JESUS, R.C.D.P. (Org.). *Cultura de Paz: estratégias, mapas e bússolas*. Salvador: INPAZ, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciência Et Saúde Coletiva*. n. 4, n. 1, pp. 7-32, 1999.

_____. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência Et Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, pp. 33-52, 1999.

OLIVEIRA, G. N. *O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

PORTELA, V.; PORTELA, A. V. *Gravidez na Adolescência*. Brasília. No prelo.

SAMPAIO, D. *Ninguém Morre Sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. São Paulo: [s.n.], 2002.

WASELFISZ, J. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros: Sumário Executivo*. Brasília: UNESCO, 2008.

WASELFISZ, J. *Relatório de Desenvolvimento Juvenil*. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.



SIG Qd. 6 nº 2340/70 Brasília DF
Tel.: (61) 3038.1012 / Fax.: (61) 3038.1050
www.coronario.com.br