

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES MULHERES: UMA VISÃO FEMINISTA

Vicente de Paula Faleiros

Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Professor Emérito da Universidade de Brasília.
vicentefaleiros@terra.com.br

Resumo

Este trabalho tem como questão a mudança de paradigma na consideração da saúde reprodutiva da adolescente nas políticas de saúde. Objetivo: articular políticas de saúde para as adolescentes com a questão de dominação de gênero, protagonismo e respeito à adolescência. Método: qualitativo com levantamento e análise de documentos de 2000 a 2010 pela internet. Análise: interpretativa, tendo como marcadores a consideração das políticas nos paradigmas de protagonismo, conforme os direitos assegurados e as estratégias desenvolvidas. Resultados: as políticas de saúde para adolescentes assumem, no discurso, a garantia de direitos reprodutivos articulados com as questões de gênero e protagonismo na perspectiva da intersectorialidade, embora não se mencionem recursos para sua implementação. Este trabalho resulta de uma pesquisa realizada no Cecria- Centro de Estudos Referências e Ações sobre Crianças e Adolescentes com apoio do UNICEF.¹

Palavras-chave: Mulheres adolescentes; Políticas de saúde; Gênero; Protagonismo.

Abstract

The objective is to articulate health politics for women adolescents with gender and protagonism. The method is a qualitative collect and analysis of official documents. The analytic categories suppose the relations among rights, politics and the context of the institutional and gender domination and adolescence. The study shows that health politics for women adolescents are supported by the reproductive rights, the protagonism in a perspective of the intersector relations, but without the necessary resources and personal formation. This article results from a research improved by Centro de Estudos, Referências e Ações sobre Crianças e Adolescentes supported by

¹ Uma versão preliminar desta pesquisa foi apresentada no Econtro Nacional de Serviço Social, em 2012.



UNICEF.

Keywords: Women adolescents; Health politics; Protagonism; Gender.

Introdução

O tema deste artigo refere-se à relação entre as políticas de saúde com a questão da adolescência em suas dimensões de gênero, protagonismo e do lugar das adolescentes mulheres na sociedade, tendo o Brasil como referência. Assim, articula-se o lugar da adolescente na sociedade com seu lugar na política de saúde.

Na perspectiva de dominação masculina tradicional, pressupunha-se a dicotomia relativa ao papel da mulher, por um lado como “mãe”, e por outro, como “prostituta”, o que se refletia na dicotomia da formulação de políticas tanto para a prevenção e atenção à gravidez precoce e proteção à maternidade, como de combate à exploração sexual de adolescentes, com ênfase na prostituição. A perspectiva feminista, de levar em conta o gênero e o protagonismo das adolescentes está mudando o paradigma de considerar a mulher nessa dicotomia maniqueísta.

É fundamental que haja relevância para a adolescência na esfera das políticas, pois tem sido categoria silenciada, bastando considerar o contingente populacional na faixa etária de 12 a 17 anos. O universo de adolescentes no Brasil tem número significativo de pessoas, dentro da faixa etária de 12 a 17 anos, estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como “adolescência”.

No Censo de 2010 (IBGE, 2010) figuram 20.666.575 de pessoas na faixa etária de 12 a 17 anos, sendo 10.446.452 de homens (50,55 %) e 10.220.123 (49,45 %) de mulheres. O total de adolescentes corresponde a 10,83% de uma população de 190.755.799.000 habitantes. Nota-se que há um equilíbrio numérico entre homens e mulheres, o que se modifica posteriormente, tendo em vista a violência que atinge os jovens de sexo masculino entre 18 e 28 anos. Por outro lado, há um declínio proporcional na população de crianças e adolescentes em relação às faixas etárias de mais idade, principalmente devido à queda da fecundidade. Como resultado da baixa fecundidade, verifica-se também um percentual cada vez menor de famílias com crianças no país. Em 2010 a taxa de fecundidade já era de 1,86 filhos por mulher em idade reprodutiva, semelhante à de países desenvolvidos.



Ao considerar as políticas para esse grupo significativo de adolescentes com enfoque de gênero e protagonismo, leva-se em conta também que há uma contradição entre o projeto de ampliação dos direitos humanos e o contexto neoliberal de redução do Estado (Faleiros, 2010), questão de fundo de qualquer análise de políticas a partir de 1980.

Esse universo de adolescentes, entretanto, não é homogêneo. A desigualdade social se expressa no fato de que 88,2% das crianças e adolescentes vivem em famílias com rendimento mensal per capita de menos de 2 salários mínimos, e 18,9 % em famílias com rendimento mensal em até ¼ do salário mínimo.

Lembra o Ministério da Saúde (Brasil, M.S. 2006, p.14) que “enquanto aproximadamente 40% dos adolescentes brancos estão em família cuja renda mensal é superior a cinco salários mínimos, apenas 18% dos adolescentes não brancos vivem em família com essa situação de rendimento. Assim, as desigualdades de renda raça e etnia deveriam ser consideradas na implementação das políticas, que se relacionam com a vulnerabilidade social, o que apenas vem sendo esboçado.

Com o objetivo de analisar a relação entre a perspectiva de gênero e protagonismo nas políticas de saúde para mulheres adolescentes, essa pesquisa tem um caráter qualitativo, com levantamento de propostas, deliberações e ações referentes à saúde para adolescentes mulheres em documentos oficiais e na legislação para a infância e adolescência.

A partir desses documentos foi feita uma análise de conteúdo dos mesmos com as temáticas de gênero, protagonismo, especificidade da adolescência e saúde, na perspectiva aqui exposta. Apesar de um levantamento bastante volumoso de dados, para efeito de análise, foram considerados os documentos mais recentes da área da saúde do período selecionado de 2000 a 2010, no sentido de mostrar o paradigma em vigência com maior evidência. Este trabalho resulta de uma pesquisa realizada no Cecria - Centro de Estudos Referências e Ações sobre Crianças e Adolescentes, com suporte do Unicef, sobre políticas públicas para adolescentes e crianças do sexo feminino realizada no ano de 2010.

A Construção Social de Políticas Públicas e Adolescência

As políticas públicas são formas de relação do Estado com a sociedade em que se busca estabelecer não somente ações e programas públicos ou estatais, mas uma articulação entre as diferentes instâncias estruturais da economia e da política, como



também respostas pactuadas entre as forças sociais em presença nas conjunturas. (Faleiros, 2010). A política pública deve ser vista, ao mesmo tempo, numa perspectiva estrutural e conjuntural em que seu processo e seu resultado estejam articulados por determinantes complexos que interatuam nas relações condicionadas pelo capital e pelas disputas de poder, assim como pela política e força dominante no Estado.

Nessa perspectiva histórico-estrutural é que são consideradas as políticas para as adolescentes como um segmento que tem forte expressão, tanto como fase de vida, como categoria construída social, cultural e politicamente. A adolescência não pode ser vista com o um segmento “à parte”, mas como um agrupamento social no contexto socioeconômico e intergeracional. A adolescência é uma construção social, ao mesmo tempo que uma condição de vida e uma experiência pessoal. Bourdieu (2002) publicou texto denominado “a juventude não é mais que uma palavra” em que afirma que as divisões entre as idades são arbitrárias, não só porque não sabemos exatamente quando uma começa e outra termina, mas também em razão das representações e dos estereótipos sobre as idades.

Na sociedade contemporânea a adolescência passou a ter um lugar na família e também na escola, bem como no consumo, na moda, nos shows, nos programas culturais, no lazer com seus campings, constituindo muitas vezes tribos nômades que se agregam por momentos, com chamados pela internet. As redes sociais da internet são instrumentos de identidade e de um jogo simbólico para se fazer identificar. No entanto, é um segmento que precisa ser considerado na sua multidimensionalidade, mudando a configuração que se tinha dele como uma fase transitória, rápida, caracterizada pela puberdade ou mudanças no corpo. Essa multidimensionalidade se configura hoje como uma diversidade de adolescências, não só como um momento da existência, mas como expressão de conquista da identidade, de rebeldia, de modificações corporais (Ozella, 2003), de preparação para a universidade, de “ficar”, de consumo.

Ainda Ozella (2003, p.19) lembra que no início do século XX identificou-se esse momento da vida como marcado por “tormentos e conturbações vinculadas à sexualidade”. A adolescência passou também a sofrer discriminações, como na expressão “aborrecente”, enfatizando sua fase de instabilidade e indecisão. Passou também a ser estigmatizado como fase perturbada, ou medicalizada como transtorno. Dolto (1988) a situa numa zona de turbulências, devendo ser vista enquanto passagem social e mudança corporal. Diferentes culturas têm ritos de passagem para



marcar essa mudança para a fase reprodutiva.

Para analisar uma política elaborada para este segmento vamos considerá-la na perspectiva de um Estado contraditório, de correlação de forças. Pressupõe-se também ao mesmo tempo, que a adolescência é multidimensional, implicando que a análise considere a complexidade do fenômeno.

Para levar em conta essa complexidade considera-se a adolescência numa sociedade estruturada por relações de produção/consumo e de gênero dominadas pelo machismo. A sociedade está estruturada pelo patriarcalismo, e as políticas para as mulheres refletem essa dominação masculina. Em geral o olhar predominante sobre as políticas não traz um enfoque de gênero e nem a relação entre gênero e direitos (Pautassi, 2008). No entanto, essa discussão vem sendo desenvolvida e pautada pela pressão do movimento de mulheres, não só em relação à titularidade de direitos, mas também em relação à equidade, no sentido de buscá-la entre homens e mulheres, como uma proposta de aprofundamento da democracia.

Pautassi, (2008) salienta o *gender mainstreaming* no marco dos direitos, que tende a incidir nos processos políticos, não só na maior participação das mulheres, mas também nas suas implicações de gênero, tratando-se tanto de políticas genéricas como de específicas. Gama (2008), ao trabalhar os dilemas da crítica feminista para a análise do Estado de Bem – Estar Social, levanta a questão da equidade de gênero nas políticas sociais e salienta que a construção da igualdade de gênero nessas políticas tem caminhos e propostas diversas. Dentre os dilemas está a relação trabalho/família/filhos/paternidade/maternidade e cuidados/papeis sociais. O movimento feminista faz a crítica às propostas de reforço dos papéis tradicionais da mulher na política, como o de cuidadora, apontando para a necessidade da busca de uma neutralidade de gênero na alocação de oportunidades, chances de vida e resultados do bem-estar.

Nessa perspectiva, as políticas deveriam articular tanto o âmbito da produção como o da reprodução para não se atribuir ao homem políticas produtivas e às mulheres políticas reprodutivas. Louro (1997) destaca que também na educação existem construções escolares das diferenças, distinções e desigualdades, e é necessário, segundo a autora, esquadrihar essa questão que está incorporada nos hábitos de meninos e meninas, pois na escola “aprende-se a olhar e a se olhar, a ouvir, a falar e a calar e se aprende a *preferir*” (Louro, 1997, p. 91). Estas são as questões centrais apontadas pela discussão de gênero e poder. A



multidimensionalidade da adolescência implica, ao mesmo tempo, uma intersectorialidade das políticas que muitas vezes estão explicitadas no papel mas não operacionalizadas no cotidiano e na sua diversidade. Neste texto vamos nos referir somente às políticas de saúde, onde identificamos textos mais elaborados no que concerne às adolescentes mulheres, embora outras áreas se refiram a esse segmento de forma esparsa.

Políticas de Saúde para Adolescentes Mulheres

É na área da saúde que pudemos relevar contribuições importantes no processo de mudança de paradigma para a saúde da menina e da adolescente, numa perspectiva de integralidade e de intersectorialidade, de gênero e protagonismo, considerando que a questão reprodutiva é fundamental nessa área.

A formulação de um paradigma feminista, pelo Ministério da Saúde está presente no documento “Marco Teórico” (Brasil, M.S. 2006) onde se salienta que existe uma responsabilização da mulher na esfera da reprodução: “As questões de gênero permeiam as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Os principais problemas registrados quanto à saúde sexual e saúde reprodutiva relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isto se deve ao fato da responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família, muitas vezes reproduzidas pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS, inclusive no segmento juvenil. Esta situação reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero: o menor poder de mulheres termina por expô-las à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde.” (Brasil, M.S. 2006 p. 15).

Nessa ótica as políticas para meninas e adolescentes também retomam a adolescência em sua diversidade e nas suas múltiplas expressões e manifestações. Assim, pode-se observar mais claramente esse processo de mudança de paradigma na consideração da menina e da mulher adolescente na questão de políticas para adolescentes mulheres e ainda com ênfase de raça, cor e etnia, bem como na busca de Intersectorialidade.

Nesse paradigma, a questão da saúde da adolescente e da menina não se restringe à consideração da gravidez, da maternidade e da atenção a doenças sexualmente transmissíveis, rompendo com a dicotomia “mãe/puta”. Esse paradigma



da multidimensionalidade articula três vertentes complexas fundamentais: a adolescente como sujeito de direitos e cidadã; a adolescente como protagonista numa rede de proteção; a adolescente como elo de estratégias e programas de ação. Essas três dimensões já estão presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, de 1990.

A Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990 - que regulamenta o Sistema Único de Saúde assegura o acesso universal à saúde, mas pela Lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005, que altera o artigo 11 o Estatuto da Criança e do Adolescente reforça-se que o atendimento integral à criança e ao adolescente deve ser garantido, afirmando: “é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”

Segundo o Ministério da Saúde “a adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, como são também as demais fases da vida. Trata-se de uma etapa de descobertas e desafios, de vivências e expectativas sociais diversas, presentes e concretas.” (Brasil, M.S. 2006, p.09). O discurso legal salienta um paradigma consoante ao movimento social.

Pode-se constatar que está havendo uma redução significativa da gravidez na adolescência. Segundo o Censo de 2010, na faixa etária de 15 a 19 anos as taxas de fecundidade caíram de 18,8 em 2000 para 17,7 em 2010 e aumentaram na faixa etária de 30 a 34 anos de 15,8 para 18,0. A idade média da fecundidade passou de 26,3 anos em 2000 para 26,8 em 2010, segundo o Censo de 2010. No entanto, no Norte e no Nordeste as taxas de fecundidade entre adolescentes permaneceram as mesmas (respectivamente 21,6 e 19,1) mas caíram no Sudeste de 17,3 para 15,5, evidenciando-se significativas diferenças regionais entre as regiões mais pobres e as mais ricas do país (Brasil, IBGE, 2010).

Salienta-se, no entanto, que a sexualidade do adolescente vem sendo pouco debatida. O programa específico para o adolescente foi o PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente – criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989. Em 1996 foi reformulado, destacando: “A questão da sexualidade do adolescente continua pouco debatida imparcial e abertamente pela sociedade, levando a situações de impasse, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (DST)” (Brasil, M.S. 1996, p.10).

A questão da discussão da sexualidade precisa considerar o desenvolvimento



humano diferenciado entre criança e adolescente, a autonomia dos adolescentes e seu protagonismo, na área da saúde, o que é salientado no documento de Relatório da Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde (Brasil. M.S. 2002), considerando desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção entre iguais. No documento “Adolescentes Promotores de Saúde” é fomentada a discussão sobre participação juvenil, o “Protagonismo Juvenil”, em oficinas de capacitação de equipes multiprofissionais. Vários protocolos também foram publicados, entre eles: “Organização de Serviços para Adolescentes”, “Ações Básicas para Adolescentes”, “Pré-Natal de baixo risco” e “Violência Intrafamiliar”, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher. Além disso, foi produzido ainda o “Kit Adolescente”, um material educativo para adolescentes da rede SUS.

Essas iniciativas mostram que a saúde dos adolescentes passou a fazer parte da agenda do Ministério da Saúde a partir de experiências diversas, com a ótica do protagonismo e também já considerando a saúde da mulher adolescente voltadas para a gravidez. Predomina o incentivo à discussão da reprodução na questão de gênero, não se descartando que se deva distinguir protagonismo da responsabilização da adolescente pela sua própria gravidez.

Aliás, a gravidez na adolescência é uma questão vinculada às relações sociais, econômicas e culturais. Por exemplo, como processo de fuga da violência doméstica, de afirmação de si, de busca de afirmação social.

A consideração da especificidade da mulher adolescente enquanto sujeito de direitos, é destacada em 2004 na Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (Brasil, M.S. 2007). Nesta área da saúde se descortina um paradigma que enfoca a complexidade dos direitos reprodutivos e dos direitos sociais da mulher adolescente de forma articulada por influência da discussão feminista, em oposição a uma visão higienista e de repressão ou controle de comportamento (Ouvry, 2010).

O enfrentamento à exploração sexual passa a se articular a política de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, vinculando-se à política de proteção. Está enfatizado pelo Ministério da Saúde desde 2001 pela Portaria nº 1968/MS/GM – 25/10/2001–Ministério da Saúde que determina a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Pela Lei nº 10.778, de 24/11/03 (notificação compulsória pelos serviços de saúde) estabelece-se a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for



atendida em serviços de saúde, públicos ou privados, em todo o território nacional. Já o Decreto nº 5.099, de 03/06/04 regulamenta a Lei nº 10.778, de 24/11/03 e institui os serviços de referência sentinela, para recepção das notificações. A mulher grávida é objeto de proteção contra a violência (Lei nº 9.318, de 06.12.1999). No documento de regulamentação do SUS de 2009, Portaria nº 2.048, de 3 de Setembro de 2009 enfatiza-se a notificação obrigatória de todo caso de maus tratos (Art.333 e 334) e revitaliza-se o PROSAD, conforme o Art.335.

A saúde da mulher adolescente é vista em rede de proteção. A Política Nacional de Atenção Básica é a reordenadora da rede de atenção, a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) 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.

Por sua vez, não há protagonismo sem informação. O Ministério da Saúde elaborou, em 2008, a Caderneta de Saúde da Adolescente e outra para o Adolescente, disponíveis no site www.adolesc.br onde fala não só sobre a saúde sexual, bucal, alimentação, mas sobre os direitos, a identidade, o ciclo menstrual, o namoro, o sexo seguro, constituindo-se num documento de suma importância, informando sobre o disque saúde mulher-08006440803 o disque denúncia do trabalho infantil 08006475566 e o disque denúncia 100 sobre violência sexual.

A intersetorialidade da atenção à saúde da adolescente vem configurada desde a 13ª Conferência Nacional de Saúde. A proteção não deve ser somente integral, mas integrada, o que vem explicitado no Programa Saúde na Escola- PSE pelo Decreto nº 6286 de 05/12/2007 – institui o Programa de Saúde na Escola – PSE. Em setembro de 2008 foi lançado o Programa Saúde na Escola (PSE), articulado com o MEC, que disponibiliza recursos financeiros para os municípios de menor Índice de Educação Básica. Estes recursos serão utilizados na atenção primária na promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência em saúde de escolas adstritas aos territórios de saúde da família. 608 municípios aderiram ao PSE, segundo a Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde.

Para se implementar a intersetorialidade é necessário a construção de um eixo articulador das ações. A intersetorialidade teve como eixo, já a partir de 2008 (Brasil,



M.S. 2008), a implantação da política de direitos sexuais e direitos reprodutivos como uma prioridade de governo de cunho intersectorial, envolvendo vários Ministérios: Saúde, Secretaria de Políticas para Mulheres, Desenvolvimento Social, Educação, Justiça, Desenvolvimento Agrário e Secretaria de Promoção da Igualdade Racial.

A proteção pressupõe também a prevenção. Sob o ângulo preventivo o Ministério da Saúde se propôs uma política em relação ao planeamento familiar incluindo adolescentes e jovens, campanhas nacionais sobre o planeamento familiar, inclusive com disponibilização de métodos contraceptivos, com a contracepção de emergência na atenção primária. Envolveu, por exemplo, aquisição de 1 bilhão de preservativos no ano de 2008, sendo 100 milhões, de 49mm, para adolescentes.

Em relação à saúde do escolar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-2009) elaborada pelo IBGE e financiada pelo Ministério da Saúde foram norteadores dos Programas: Programa DST-Aids do MS na educação – Preventivo sobre saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a PeNSE, 76% dos escolares que iniciaram a vida sexual utilizaram o preservativo na última relação. Os jovens têm acesso gratuito às camisinhas (preservativos) nos postos de saúde da rede pública, mas nem sempre procuram esses centros para isso. Nas famílias não há, na maioria das vezes, disponibilização de dinheiro, informação e aceitação para o uso de preservativos, principalmente para mulheres, considerando-se a instituição do casamento e o imaginário da submissão das mulheres. No entanto, mais de 700 milhões de unidades foram distribuídos para toda a população em 2008 e 2009.

O Programa Saúde na Escola em parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação permite que, em sala de aula, sejam abordados conteúdos como sexo seguro, álcool e drogas. A PeNSE revelou que 87,5% dos escolares da rede pública tiveram informações sobre como prevenir Aids e outras DSTs. Sobre prevenção de gravidez, mais de 80% tiveram lições em sala de aula.

Por sua vez, a PeNSE destacou que mais de 30% dos escolares são inativos ou insuficientemente ativos. Preocupado com o sedentarismo da população, o Ministério da Saúde lançou em 2009 o Plano Nacional de Atividade Física. Até o fim de 2010, a meta é reduzir a população sedentária de 29% para 24% (Brasil, M.S. 2009 a).

A atividade sexual de adolescentes tem início cedo, mas embora informados sobre a necessidade da prevenção, os programas educativos precisam estar mais



próximos das perguntas dessa faixa etária relacionadas mais à vida sexual que às funções sexuais, como mostra o site www.adolesc.br.

Dificuldades e Estratégias

A intersectorialidade das políticas envolve também a atenção aos adolescentes privados de liberdade ou com liberdade restrita. Na Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH/ PR – Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e Adolescente destaca-se o Programa de implementação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo Pró-Sinase. Construído a partir da elaboração de parâmetros e diretrizes para a execução das medidas socioeducativas os quais foram discutidos pelos diversos setores da sociedade, sistematizados em um documento e aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em 2006, conhecido como Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Ele constitui-se de guia para a implementação dos sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal, como uma política de Direitos Humanos e intersectorial.

Uma situação que frequentemente traz dificuldade para o profissional de saúde é ter que lidar com o início da vida sexual do adolescente. Para que o/a adolescente receba informações e não se exponha a problemas relativos a atividade sexual desprotegida, os profissionais precisam demonstrar tranquilidade e segurança ao prestar o atendimento.

Neste âmbito, a mulher adolescente fica mais vulnerável, pois muitos profissionais evitam assumir a responsabilidade de informar e de prescrever contraceptivos, fundamentais para sua proteção. A atenção as considerações ética e legais da atenção ao adolescentes podem ser consultadas em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_03.html)

No documento da Coordenadoria Nacional de Combate à Exploração do Trabalho da Criança e do Adolescente, disponível em: <http://www.prt13.mpt.gov.br/coortrabalho infantil.html>, com enfoque em atividades consideradas piores formas de trabalho infantil ou em situações de risco para a criança e para o adolescente, a Coordenadoria adotou algumas áreas como prioritárias: trabalho infantil doméstico; trabalho infanto-juvenil em atividades ilícitas (especialmente prostituição e tráfico de drogas); trabalho infanto-juvenil em lixões; trabalho de crianças e adolescentes no



regime de economia familiar; regularização do trabalho do adolescente.

Em junho de 2000 foi realizado o encontro de articulação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil com presença de representantes do Estado e da Sociedade que se mobilizaram em todas as unidades da Federação. A sociedade vem se mobilizando na luta contra a violência sexual, sobretudo no 18 de maio (Faleiros 2010), além de ações de formação para atenção integral (Taquette, 2007).

Considerações Finais

Pode-se constatar que a construção das políticas de saúde para as adolescentes é um processo em curso, com múltiplas expressões e propostas que vão emergindo em documentos diferentes, mas que tem um eixo já evidente: a defesa dos direitos sexuais reprodutivos expressa na especificidade de gênero e idade com a expressão da autonomia e do protagonismo em uma ação intersetorial. Esse eixo paradigmático, no entanto, encontra obstáculos para ser implementado. Faltam profissionais formados, condições objetivas de atendimento às adolescentes, discussão da sexualidade na família e na escolas.

Há, por outro lado profundos desafios a superar, principalmente o machismo e patriarcalismo e a consideração de a adolescência seja uma etapa da vida infantilizada e ainda que deva ser medicalizada ou mesmo sem importância.

O sistema público de saúde já dispõe de um paradigma para atender adolescentes e dar orientações sobre a saúde sexual deles. No entanto, o planejamento familiar nessa faixa etária ainda enfrenta resistência por causa de preconceito. A política de saúde para o adolescente e especificamente para a adolescente esta contemplada nas Diretrizes elaboradas em 2010 de forma bastante explícita e na Caderneta de Saúde da Adolescente, considerando a ênfase na questão de gênero e na necessidade de planos operacionais integrados.

A formação de pessoal poderá ser mais direcionada para a questão da adolescente, levando em conta sua trajetória, sua cultura e seu protagonismo, devendo a formação das adolescentes incluir seu empoderamento para negociação na família e com os parceiros, em função do conservadorismo e das dominações masculinas. No programa de Saúde da Família é preciso incluir orientação para as adolescentes no contexto familiar.



Vários documentos fazem menção à adolescente como o “*Mais Saúde – Direito de Todos - 2008-2011 - 3ª Edição*” (Brasil, M.S. 2011) onde há diretrizes que contemplam o adolescente na perspectiva de consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, mediante um conjunto de ações concretas organizadas em eixos que permitem associar o desenvolvimento econômico e o social, envolvendo tanto o investimento em capital físico quanto nos trabalhadores e profissionais de saúde e com intersetorialidade, dentro do pacto pela saúde. Buscam-se ações intersetoriais, que possuem alta complementaridade e sinergia, será focada principalmente nos municípios (municípios saudáveis), nas escolas e nos ambientes de trabalho.

É preciso também mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.

Pudemos observar que na área de saúde da criança e da adolescente há uma complexidade de ações tanto na prevenção da saúde como no atendimento, com propostas consistentes, mas que dependem dos estados e municípios. A questão da gravidez na adolescência está mudando de paradigma na agenda pública, articulada aos direitos reprodutivos com responsabilidade e com educação sexual na perspectiva dos direitos humanos. Conta-se com o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH) que envolve vários ministérios e órgãos, colocando-se como horizonte dessa educação a consolidação do Estado de direito com sujeitos de direitos na vida cotidiana.

A criança e a adolescente, segundo o ECA, têm direitos à dignidade, ao respeito e à integridade física e psíquica e à sexualidade como direitos humanos, devendo ser afirmados na diversidade e enquanto gênero.

Finalmente, e não menos importante, a sociedade capitalista está desenvolvendo uma produção e um consumo da adolescência enquanto mundo da individualização e da inserção na escala competitiva do acesso ao mercado do ensino, e por isso mesmo existem as adolescências desiguais nessa competição pela exploração do trabalho. Embora o Estado tenha formulado políticas de direitos e de protagonismo, esses mesmos direitos e esse protagonismo estão desigualmente exercidos.



Referências Bibliográficas

- Bourdieu, P. (2002). *Questions de sociologie*. Paris: Minuit.
- Brasil. IBGE. (2010). *Censo populacional*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Brasil. IBGE. (2008). *PNAD 2008*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1
- Brasil. IBGE. (2010). *Jovens, Estudos e Trabalho*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/frameset.php?link=/ibgeteen/noticias/jovens_estudo_trabalho
- Brasil. IBGE. (2002). *Síntese de Indicadores Sociais Confirmam as Desigualdades da Sociedade Brasileira 2002*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população_jovem_brasil/comentarios2pdf
- Brasil. M.S. (1996). Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Brasil. M.S. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. *O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002* / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. M.S. (2004). *2004 ano da Mulher*. Brasília: MS. p.13-17.
- Brasil. M.S. (2005). *Atenção à Saúde das Mulheres Negras - Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/atencao_a_saude_das_mulheres_negras.pdf
- Brasil. M.S. (2005). *Marco Legal. Saúde um direito de adolescente*. Brasília. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf
- Brasil. M.S. (2006). *Marco Teórico e Referencial. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. Brasília. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0611_M.pdf
- Brasil. M.S. (2006). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Brasil. M.S. (2007). Secretaria-Executiva. *Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 494 p. - (Série E. Legislação de Saúde).
- Brasil. M.S. (2008). Notícias de saúde. Disponível em: (<http://portal.saude.gov.br>)

portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137)

- Brasil, M.S. (2009) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-2009). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp
- Brasil, M.S. (2010). *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil, M.S. (2011). *Mais saúde direitos de todos 2008-2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade>
- Brasil. SAS/DAPE/MS. (2010). *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. 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
- Brasil. P.S. (2010). *Conselho Nacional dos Direitos da Mulher*. Brasília. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/conselho
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris: Laffont.
- Faleiros, V. P. (2008). Juventude: trabalho, escola e desigualdade. *Educação e realidade*, 33(2), 63-82.
- Faleiros, V. P. (2010). *Estado e Sociedade: parcerias e práticas contra a violência sexual*. Brasília: Universa.
- Gama, A.S. (2008). As contribuições e os dilemas da crítica feminista para a análise do Estado de Bem-Estar Social. *Ser Social*, Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social, 10(22), 41-68.
- Heilborn. M.L. et al. (2006). *Gravíd, Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Louro, G. L. (2007). *Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Louro, G. L. (2008). *Um corpo estranho: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Mandu, E. N. T. (2001) *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Projeto Acolher. Brasília: Ministério da Saúde / ABEn.
- Oliveira, G.C; Campos, H.C. (2009). *Saúde Reprodutiva das Mulheres: Direitos*,



Desafios e Políticas Públicas. Brasília. Centro Feminista de Estudos e Assessoria.

- Ozella, S. (2003). Adolescência e os psicólogos: a concepção e a prática dos profissionais. In: S. Ozella, (org.) *Adolescências construídas: a visão da psicologia social histórica* (pp. 17-40). São Paulo: Cortez,.
- Ouvry, O. (2010). Adolescência e violência. In: D.M. Amparo, et al. (orgs). *Adolescência e violência - teorias e práticas nos campos clínico, educacional e jurídico* (pp.19-44). Brasília: Liber Livro/Editora da UnB,.
- Pautassi, L.C. (2008). Transversalidad de género em um marco de derechos: El desafio actual 2008. *Ser Social*, Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social, 10(22), 11-40.
- Rizzini, I. (1994). *A menina e a adolescente no Brasil – uma análise da bibliografia*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Ursula: Amais Livraria e Editora.
- Taquette, S.R. (org.) (2007). *Mulher adolescente/ jovem em situação de violência. Propostas de intervenção para o setor da saúde*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.