



POLÍTICA DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES E JOVENS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT: risco social ou garantia de direitos?

Viviane Silveira Ferreira de Lima¹

Ivone Maria Ferreira da Silva²

RESUMO: No ano de 2005 instituiu-se a Política Nacional de Juventude, com o objetivo de integrar todas as políticas públicas desse grupo populacional. Diante da relevância que esse aparato institucional traz para inserção da temática juvenil na agenda pública, o presente artigo objetiva investigar os desdobramentos dessa política na atenção à saúde dos jovens no município de Cuiabá-MT.

Palavras-chave: Política de Saúde. Juventude. Promoção à Saúde.

ABSTRACT: In 2005 instituted the National Youth Policy, with the aim of integrating all public policies of this population group. Given the importance of the institutional apparatus that brings youth to introduce the theme on the public agenda, this study aims to investigate the consequences of this policy in the health of young people in the city of Cuiabá-MT.

Key words: Health Policy. Youth. Health Promotion

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: vivianesflima@yahoo.com.br.

² Doutora. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: ivone.ferreira@terra.com.br



1 INTRODUÇÃO

Vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o estudo analisa a política de saúde destinada a juventude no período de 2005 a 2011, a fim de identificar os desdobramentos da Política Nacional de Juventude (PNJ) para a saúde dos jovens no município de Cuiabá-MT.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimitam o período entre 10 e 19 anos como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como 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.

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de pessoas entre 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. (BRASIL, 2010)

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 acordo com o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2010)

Em geral, os estudos sobre a juventude, associam-se à noção de risco, crise ou desordem. O risco generalizado parece, assim, definir negativamente esse período da vida.

No âmbito da saúde o enfoque de risco, em particular, aparece associado ao: HIV, gravidez precoce, uso abusivo de álcool e outras drogas e morte frente à violência.

Para entendermos as experiências dos jovens frente a esses riscos é necessário enxergá-los em sua totalidade, associando fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. E, a partir daí, identificar questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dessa população frente aos riscos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou em 2010 as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, demonstrando



sua preocupação com a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde desse grupo populacional.

Essas Diretrizes dão ênfase ao princípio da promoção, por entender que os riscos e agravos acometidos aos jovens podem diminuir significativamente através da promoção à saúde, especialmente na atenção básica.

Há alguns anos, o conceito de promoção à saúde vem crescendo no debate da chamada “nova saúde pública”, no qual a saúde é concebida também como um fenômeno social que diz respeito a qualidade de vida. (Souza e Grundy, 2004, p. 1354)

Associadas ao conceito ampliado de saúde - em consonância com os princípios do SUS como estado de completo bem-estar e não apenas ausência de doença - as ações de promoção à saúde tem o objetivo de prevenir fatores sociais determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

2 JUVENTUDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

No âmbito das políticas públicas, até os anos de 1990, Spósito e Carrano constatarem que no Brasil, nenhuma das políticas setoriais: educação, saúde e trabalho contemplaram ações especificamente voltadas para os jovens, mas eram abrangidos por políticas sociais destinadas a todas as demais faixas etárias.

Assim, no final dos anos 1990, este cenário começa a se alterar. Iniciativas públicas são observadas, algumas envolvendo parcerias com instituições da sociedade civil e as várias instâncias do poder executivo – federal, estadual e municipal – são mobilizadas.

Nesse período, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e a Lei Orgânica da Saúde, dentre outras legislações, consagram uma nova abordagem para políticas de proteção integral para infância e juventude. A criança e o adolescente deixam de ser vistos como portadores de necessidades e passam a serem considerados sujeitos de direitos.



Todo esse aporte jurídico inicia-se a partir da Constituição Federal de 1988, que procura assegurar não apenas às crianças, mas também aos adolescentes/jovens o acesso a políticas sociais básicas, como saúde e educação; à política de assistência social, em caso de risco e vulnerabilidade social; e às políticas de garantias de direitos, para as situações de ameaça ou violação de direitos.

No debate, o jovem começa a ser enfatizado como sujeito de direitos e não apenas numa condição de “risco social” ou simplesmente como uma fase de transição para a vida adulta.

Ações como esta, passaram a ocorrer em diversos países, desde 1985 por indicação da ONU no “Ano Internacional da Juventude”. Tardiamente, comparando-se a outros países da América Latina, essas idéias ganham maior densidade no Brasil a partir de 2004, quando se iniciou, em nível federal, amplo diálogo sobre a necessidade de se instaurar uma política nacional para juventude. No ano de 2005, foi criada a Secretaria Nacional da Juventude (SNJ) e o Conselho Nacional da Juventude (Conjuve) com o intuito de integrar todas as políticas públicas dirigidas ao jovem.

Desta maneira, seguindo as legislações nacionais, em agosto de 2007 é criado em âmbito estadual o Comitê Intersetorial de Políticas Públicas de Juventude do Estado de Mato Grosso, através do Decreto Nº 612, composta por representantes de todas as secretarias (saúde, educação, trabalho, esporte e lazer, turismo, etc.) com o objetivo de proporcionar a intersetorialidade das políticas públicas para juventude do estado.

Diante da relevância que este aparato institucional traz para inserção da temática juvenil na agenda pública, torna-se necessário conhecer o desdobramento destas ações na esfera municipal.

3 JUVENTUDE E SAÚDE: a promoção à saúde dos jovens no município de Cuiabá-MT

Por serem consideradas pessoas saudáveis, os jovens nem sempre receberam a necessária atenção à saúde. As iniciativas remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde voltou-se para a saúde do adolescente através do PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente.



Em 1999, o Ministério da Saúde ampliou o programa para indivíduos até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde. Essa nova área, então, tornou-se responsável pela articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões relativas à adolescência e à juventude, em decorrência da percepção da necessidade de uma política nacional integrada de atenção específica aos indivíduos de 10 a 24 anos.

Neste sentido, a missão do PROSAD era a promoção de Saúde, a identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação para adolescentes, (10 – 19 anos) e jovens (20 - 24 anos) de ambos os sexos, tendo por eixo central às ações com caráter de integralidade, enfoque preventivo e educativo, ou seja, estratégias preventivas e curativas de forma articulada: multiprofissional; intersetorial; interinstitucional, através de sistema de referência e contra-referência nas várias instâncias operacionais do SUS.

Para efetivação do PROSAD, em Cuiabá-MT, a Secretaria Municipal de Saúde, estabelece o programa “AdoleSer”, que através da cartilha “AdoleSer Cuiabá Atenção Integral a Saúde de Adolescentes” enfatiza que no município:

[...] as ações de prevenção e promoção de saúde têm por objetivo estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. (p.137)

No município, verifica-se que as ações de saúde, a priori, estão voltadas ao adolescente, caracterizado pelo ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, não contemplando os jovens entre 20 a 24 anos.

Assim, pode-se perceber que as primeiras ações de programas específicos aos jovens no âmbito da saúde, já aparecem com enfoque na prevenção.

Considerando o contexto internacional e esta necessidade de integrar as políticas públicas destinadas aos jovens, a Política Nacional da Juventude traz nove eixos prioritários de atuação. No âmbito da saúde, o eixo especificado é de “promover ao jovem vida saudável”.



No mesmo sentido, as Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (publicada em 2010) traz como eixo principal, o fortalecimento da promoção à saúde nas ações para o cuidado integral desse grupo populacional, que segundo o Ministério da Saúde pode diminuir em 80% dos agravos na atenção básica.

Nota-se que desde a criação do PROSAD, o conceito de prevenção e de promoção é enfatizado como prioridade para o atendimento do público juvenil. Além disso, tem-se percebido que não apenas aos jovens, mas, de um modo geral, na chamada “nova” saúde pública - como tem sido utilizada por alguns autores – as ações de promoção à saúde ganha visibilidade. Ganha visibilidade por diversos motivos. Primeiro que reitera o conceito ampliado de saúde, de completo bem-estar e não apenas ausência de doença. Segundo, por que considera fatores sociais como determinantes e/ou condicionantes para risco e agravos a saúde e, terceiro, por que considera a participação dos usuários neste processo. Exemplo dessa “tendência” é a criação da Política Nacional de Promoção à saúde pelo Ministério da Saúde também no ano de 2010.

No que se refere à promoção à saúde para população jovem, Macêdo (2010) considera que as análises a partir dos referenciais da Promoção da Saúde permitem apontar os adolescentes como sujeitos sociais, valorizando as demandas e necessidades expressadas por eles mesmos. As práticas de promoção da saúde incluem ainda a valorização da sociabilidade local, o diálogo interdisciplinar, articulação intersetorial, a mobilização e participação social.

Assim, diversas estratégias de prevenção podem ser desenvolvidas de maneira integrada. A prevenção não se limita ao fornecimento de informações sobre o uso de drogas, a anatomia e funcionamento dos órgãos reprodutivos, os métodos contraceptivos, DST/AIDS, ou ao acesso à camisinha, mas envolve uma participação ativa do adolescente no sentido dele refletir sobre os caminhos que pode tomar em sua vida, desenvolvendo assim sua autonomia e responsabilidade. (BRASIL, 2005)

Para alguns autores, como Souza e Grundy (2004) a distinção entre prevenção, educação para saúde e promoção da saúde ainda não é muito clara, mesmo para os profissionais da área.

Embora os limites para tais definições não sejam rígidos, a prevenção baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente.



A educação para saúde envolve a transmissão de informações relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa a ser o principal responsável pelo seu estado de saúde. A promoção de saúde implica um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde. Dessa forma, “a promoção transcende as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva”. (Souza e Grundy, 2004, p.1355)

Segundo Oliveira (2005) a expressão “promoção à saúde” foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da Saúde e Bem-Estar Nacional (National Health and Welfare) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado Novas perspectivas sobre a Saúde dos Canadenses (The New Perspectives on the Health of Canadians).

O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida). Isso reduziria a morbidade e as mortes prematuras.

Ao invés da antiga saúde pública, que focalizava as causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências socioambientais nos padrões de saúde. Idéias como essas acabaram sendo aprofundadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em 1986, na Conferência da OMS em Ottawa, foi finalmente formulada uma base ideológica para a promoção da saúde através do documento chamado Carta de Ottawa.

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo através do qual os indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde. O documento propõe também uma concepção positiva de saúde, ressaltando a sua importância para uma vida social e economicamente produtiva. (Oliveira, 2005, p.424)

Czeresnia (2003, p.45) enfatiza que a Conferencia Internacional sobre promoção à saúde que ocorreu em Ottawa postula a saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. Para a autora, as



estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

Contudo, cabe dizer que há vários questionamentos quanto a efetividade da promoção à saúde. Críticos como Oliveira (2005) apontam para a responsabilização individual ou coletiva da população pelo seu modo de vida “não saudável”, bem como, para as reais possibilidades de mudança dos determinantes e condicionantes de agravos à saúde pelos usuários.

Neste sentido, Carvalho afirma que:

[...] há necessidade de cautela na incorporação dos princípios e estratégias de promoção à saúde ao SUS uma vez que eles podem significar “tudo para todos” e, exatamente por isso, podem servir a proposições comprometidas com o status quo e, paradoxalmente, a projetos socialmente transformadores (2004, p. 669)

Para o autor, existem dois posicionamentos centrais. O primeiro tende a afirmar o caráter progressista da Nova Promoção à Saúde, considerando que esse projeto representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da “tradição” da Saúde Pública. O segundo grupo de opiniões é representado por autores que, sem deixar de reconhecer contribuições pontuais deste projeto, consideram que os discursos da promoção da saúde e da eliminação de riscos parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, “que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais” (CARVALHO, 2004, p. 671)

Nesta perspectiva, a ênfase que se dá às intervenções comportamentais e o descaso para com as questões estruturais, expressam a tendência do neoliberalismo, à medida que o indivíduo torna-se o principal responsável pela mudança das suas condições de saúde.

4 CONCLUSÃO

Apesar da criação da Secretaria Nacional da Juventude (2005), pode-se dizer que as ações para este público ainda não se estruturam em uma “política de juventude”.



Aquino (2009) analisa que ainda são estratégias de atuação da sociedade para orientar a formação dos jovens e minimizar seu envolvimento em situações de “risco”.

Tradicionalmente, estas ações se concentram nas áreas de educação e emprego – sob a perspectiva da juventude como fase preparatória da vida – e nas áreas de saúde e segurança pública – com o viés da juventude como etapa crítica. (Aquino, 2009, p.36).

Assim, embora extremamente necessária, as ações pautam-se especialmente na correção de desvios e sequelas ocorridas na carreira do jovem, quando a força maior deveria ser canalizada para a efetivação de direitos.

Até o momento, os estudos nos permitem identificar que no município de Cuiabá-MT, as políticas públicas destinadas à juventude ainda não se articulam totalmente e, no âmbito da saúde, o período compreendido pela adolescência têm recebido maior atenção com ações específicas a essa faixa etária.

Por tudo isso, identifica-se a necessidade de programas e/ou ações específicas também ao jovem usuário do SUS na faixa etária compreendida entre os 19 e 29 anos, articulada às outras políticas públicas.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco Legal: um direito de adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRAVO, Maria Inês. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

CARRANO, Paulo César Rodrigues & SPOSITO, Marília Pontes. **Os Jovens na Relação Sociedade Estado: entre “problemas sociais” e concepções ampliadas de direitos**. Disponível em: <<http://www.uff.br/obsjovem>>. Acessado em: 2004.

CARVALHO, Sergio Resende. **As Contradições da Promoção à Saúde em Relação à Produção de Sujeitos e a Mudança Social**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 18/03/2012.



CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Adolescentes: Adole Ser em Cuiabá**. Cuiabá, MT: Dois Pontos, 2008.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf>. Acesso em 18/03/2012.

CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni Maria C. de; ANDRADE, Carla Coelho de. (Orgs). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília-DF: Ipea, 2009.

MACÊDO, Maria Rita de Cássia. **Políticas Públicas e Promoção da Saúde dos Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências**. 2010. 100p. Dissertação, (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A Nova Saúde Pública e a Promoção da Saúde via Educação: entre a tradição e a inovação. In: **Revista Latino-am Enfermagem**. Mai-Jun/2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 18/03/2012.

PAIVA, Andrea Barreto; et. al. Jovens: morbimortalidade, fatores de risco e políticas de saúde. In: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni Maria C. de; ANDRADE, Carla Coelho de. (Orgs). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília-DF: Ipea, 2009.

SOUZA, Elza Maria de Souza e GRUNDY, Emily. Promoção da Saúde, Epidemiologia Social e Capital Social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Set-Out/2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/30.pdf>>. Acesso em 18/03/2012.