

JUVENTUDES



+ direitos + saúde + conquistas



O SUS E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL



**O SUS E A SAÚDE SEXUAL
E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES
E JOVENS NO BRASIL**

Brasília, Brasil – Outubro de 2013

Dilma Rousseff
Presidenta da República Federativa do Brasil

Alexandre Padilha
Ministro da Saúde

Helvécio Miranda Magalhães Junior
Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Thereza de Lamare Franco Netto
Coordenadora de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS

Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS

Ana Luisa Lemos Serra
Ana Sudária Lemos
Gracielly Alves Delgado
Ivone de Almeida Peixoto
Josineide Nogueira
Juliana Rezende
Katia Galbinsky
Lilian Cherulli
Marcelo Galvão
Maria da Guia de Oliveira
Patrícia Castro

Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA

Harold Robinson
**Representante do UNFPA no Brasil
e Diretor de País para Argentina e Paraguai**

Florbela Fernandes
Representante-Adjunta do UNFPA Brasil

Fernanda Lopes
Representante Auxiliar do UNFPA Brasil

Anna Lucia Cunha
Cleiton Euzébio
Gabriela Borelli
Graziela Melo
Jenniffer Gonçalves
Luciano Carvalho
Maria Helena Mizuno
Midiã Santana
Ulisses Lacava

Elaboração do Conteúdo
Ana Flavia Magalhaes Pinto

Revisão
Anna Cunha
Cleiton Euzébio
Fernanda Lopes
Maria da Guia de Oliveira
Ulisses Lacava

Tradução
Ana Maria Mansilla (espanhol)
David Harrad (inglês)

Projeto Gráfico
Compasso Comunicação – www.artecompasso.com.br

1ª. Edição
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde
que citada a fonte.

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G
Brasília-DF, Brasil
CEP: 70058-900 – Fone: (61) 3315-2425

Website:
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>

SUMÁRIO SUMÁRIO TABLE OF CONTENTS

PORTUGUÊS

O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil..... 6

ESPAÑOL

El SUS y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes..... 38

ENGLISH

SUS and adolescent and youth sexual and reproductive health in Brazil..... 74

Antecedentes..... 8

Sistema Único de Saúde, uma conquista do nosso tempo..... 9

Os princípios do SUS..... 10

Equipamentos de saúde oferecidos pelo SUS..... 13

O SUS e a saúde integral de adolescentes e jovens..... 16

O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens..... 20

Referências bibliográficas..... 36





ANTECEDENTES

Em junho de 2012, o Ministro da Saúde do Brasil, Dr. Alexandre Padilha, e o Subsecretário-Geral das Nações Unidas e Diretor Executivo do Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA, Dr. Babatunde Osotimehin, reuniram-se para discutir a possibilidade de realizar iniciativas conjuntas para promover o direito à saúde sexual e reprodutiva e acelerar a redução da mortalidade materna.

Considerando que investir na atual geração de adolescentes e jovens é um ponto fundamental para avanços democráticos e para a realização de direitos, bem como uma estratégia de desenvolvimento (Sistema das Nações Unidas no Brasil, 2013), as autoridades chegaram a um consenso durante a audiência de que a iniciativa deveria priorizar estes sujeitos.

Com base nessa tratativa e nas orientações da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde, a Representação do UNFPA no Brasil, a Coordenação de Saúde do Adolescente e do Jovem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Juventude da Secretaria Geral da Presidência da República do Brasil (SNJJ), construíram uma agenda conjunta de trabalho cuja primeira atividade seria um seminário internacional, que ocorre em outubro de 2013 em Brasília.

Durante o Seminário “Saúde, Adolescência e Juventude: promovendo a equidade e construindo habilidades para a vida”, o Brasil destaca a importância dos investimentos em políticas, programas e ações que promovam a autonomia, escolhas e habilidades para a vida junto a adolescentes e jovens no que tange ao exercício de sua sexualidade e de sua vida reprodutiva.

Neste contexto, a atual publicação apresenta a política de saúde brasileira – Sistema Único de Saúde e compartilha algumas experiências e boas práticas para subsidiar adolescentes e jovens na tomada de decisões voluntárias no exercício de sua sexualidade, no planejamento de sua vida reprodutiva e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,

UMA CONQUISTA DO NOSSO TEMPO

O Brasil distingue-se positivamente de vários outros países por reconhecer a saúde como um direito constitucional. Isso significa que o Estado brasileiro assumiu o compromisso de prover a seus cidadãos e cidadãs as condições necessárias para o acesso pleno e gratuito a todos os serviços voltados à prevenção e ao tratamento de doenças ou agravos à saúde, como registrado no Artigo 196 da Constituição Federal. As ações previstas vão das medidas de atenção primária à oferta de medicamentos de alto custo e procedimentos de elevada complexidade. Passo essencial para a garantia disso foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, regulamentada pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, o que também marcou uma mudança no paradigma da gestão pública da área.

Passados 25 anos, o processo de implantação do SUS tem enfrentado uma série de desafios. Os esforços empreendidos pautam-se na defesa continuada de um sistema de saúde capaz de oferecer o acesso universal a bens e serviços que garantam a saúde e o bem-estar de toda a população, de forma equitativa e integral, cuja gestão leve em conta os princípios estratégicos da descentralização, da regionalização, da hierarquização e da participação social.

OS PRINCÍPIOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde é uma política de Estado composta pela reunião de todas as ações e serviços de saúde oferecidos por instituições e órgãos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Os serviços oferecidos por empresas privadas, mediante contrato de direito público ou convênio, também estão previstos; todavia, qualificam-se como saúde complementar. Tal articulação está organizada a partir de princípios finalísticos e princípios estratégicos.

Os três **princípios finalísticos** do SUS são:

Universalidade – Reconhece a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Figura como princípio constitucional, tal como recapitulado no Artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Integralidade – Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2009, p. 192).

Equidade – O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica na implementação de mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Os comitês e grupos de trabalho de promoção da equidade em saúde são coordenados pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que orienta o trabalho para as seguintes situações de exclusão social: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB) (Brasil, 2009, p. 138).

Muito importantes também são os **princípios estratégicos** do SUS:

Descentralização – É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios (Brasil, 2009, p. 115).

Regionalização – Este princípio evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional (Brasil, 2009, p. 314).

Hierarquização – Define que os serviços de saúde devem estar estruturados de forma hierarquizada, num arranjo crescente de níveis/tipos de complexidade, dispostos numa área geográfica delimitada, para atender uma determinada população e de modo a oferecer todo tipo de tecnologia disponível (Quinellato, 2009).

Participação social – Assegura a inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere à gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil (Brasil, 2009, p. 237-238).



EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

OFERECIDOS PELO SUS

Em um universo composto por mais de 190 milhões de indivíduos (IBGE, 2010), cerca de 80% da população utiliza prioritária ou exclusivamente a rede de serviços provida pelo SUS. Afora isso, dados do Ministério da Saúde para 2008 já registravam que o SUS realizava 11 milhões de internações, 2 milhões de partos e 19 mil transplantes de órgãos anualmente (CCMS, 2009).

As experiências das Equipes de Atenção Básica (EAB), por sua vez, ilustram como o SUS tem buscado difundir o conceito de saúde como qualidade de vida, em substituição ao conceito utilizado anteriormente – e atualmente questionado sobremaneira –, que pressupunha a saúde apenas como ausência de doenças. O trabalho das EAB é realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde também se concentra o Programa Saúde da Família (PSF). Ali são oferecidos atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Embora os investimentos em saúde sejam elevados, a capacidade de atendimento na atenção primária é cerca de 70% do total da população, com variações nas unidades da Federação, como descrito na Tabela 1.



EM UM UNIVERSO COMPOSTO POR MAIS DE 190 MILHÕES DE INDIVÍDUOS (IBGE, 2010), CERCA DE 80% DA POPULAÇÃO UTILIZA PRIORITÁRIA OU EXCLUSIVAMENTE A REDE DE SERVIÇOS PROVIDA PELO SUS

TABELA 1 Unidades Básicas de Saúde (UBS), por região, unidade da federação e capacidade de atendimento. Brasil, 2013

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	NÚMERO DE UBS EM 2013	POPULAÇÃO COBERTA (N.A)	POPULAÇÃO COBERTA (%)
Região Norte			
Acre	239	575.646	78,47
Amazonas	595	1.971.316	56,58
Amapá	188	459.065	68,56
Pará	1557	3.526.951	46,52
Rondônia	313	978.298	62,61
Roraima	192	299.672	66,52
Tocantins	364	1.101.539	79,62
Região Nordeste			
Alagoas	957	2.400.029	76,91
Bahia	4022	9.291.176	66,28
Ceará	2299	5.684.054	67,24
Maranhão	2100	5.006.733	76,15
Paraíba	1651	3.464.023	91,96
Pernambuco	2339	6.034.353	68,59
Piauí	1403	2.909.424	93,29
Rio Grande do Norte	1203	2.534.507	80
Sergipe	630	1.760.008	85,1
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	171	598.500	23,28
Goiás	1356	3.953.777	65,85
Mato Grosso	861	1.976.500	65,12
Mato Grosso do Sul	588	1.775.501	72,49
Região Sudeste			
Espírito Santo	879	2.520.216	71,69
Minas Gerais	5312	15.565.002	79,42
Rio de Janeiro	2149	8.943.663	55,93
São Paulo	4725	24.202.054	58,65
Região Sul			
Paraná	2695	7.503.412	71,84
Rio Grande do Sul	2510	7.172.703	67,07
Santa Catarina	1783	5.192.319	83,09
Brasil (Total)	43081	127.400.441	66,78

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).

Período de referência: julho de 2013.

Outra ação do SUS digna de destaque é o Programa Nacional de Urgência e Emergência, que visa articular e integrar a atenção às urgências, na medida em que estabelece uma dinâmica de trabalho em rede entre a atenção primária (constituída pelas UBS e as Equipes de Saúde da Família), o atendimento intermediário (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192, e Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h), e o atendimento de média e alta complexidades (realizado nos hospitais). O SAMU figura nesse contexto como um equipamento estratégico, pois pressupõe um diálogo direto entre o cidadão e o serviço de saúde, bem como evita as lamentáveis peregrinações em busca de leito, uma vez que os profissionais, ao atender um paciente na unidade móvel, já sabem para onde o levarão.

Quem nasceu a partir dos anos 1980 pode ter dificuldade em dimensionar o significado desses números, mas é preciso ter em mente que o SUS é uma conquista recente, que demandou a luta de vários segmentos da sociedade civil organizada em defesa da saúde pública. O SUS precisa ser cada vez mais incorporado ao cotidiano de seus usuários e usuárias para que funcione bem e melhor a cada dia.

Para saber mais sobre a história de criação do SUS, assista ao documentário **Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde**. Roteiro e direção de Renato Tapajós, 2006.

DISPONÍVEL EM: <http://youtu.be/SP8FJc7YTao>



O SUS E A SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS

De acordo com os dados do Censo 2010 a população jovem, que engloba adolescentes e jovens na faixa dos 10 aos 24 anos, é de mais de 50 milhões de pessoas hoje no Brasil, representando cerca de 26,9% do total da população e conformando, portanto, um dos maiores segmentos populacionais. Essa proporção de jovens propicia o chamado “bônus demográfico¹”, que cria uma oportunidade histórica para o investimento na geração de jovens como estratégia não apenas de avanço democrático, mas também de desenvolvimento.

Ainda que persistam algumas discrepâncias sobre os limites de idade que definem a juventude – enquanto as Nações Unidas consideram jovens os indivíduos de 10 a 24 anos, o Brasil, no Artigo 1º do *Estatuto da Juventude* (Lei n. 12.852), promulgado em 5 de agosto de 2013, define que são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos –, é certo que essa agenda tem conquistado uma visibilidade cada vez maior tanto nos diversos espaços de debate da sociedade brasileira quanto entre as políticas públicas implementadas pelos governos Federal, estaduais e municipais. A recente aprovação do Estatuto serve como um bom exemplo disso.

1 O *bônus demográfico* é um processo rápido e transitório e que deve se estender até a década de 2020, representando uma possibilidade histórica de impulsionar o crescimento social e econômico inclusivo. Assiste-se a uma redução na razão de dependência, com aumento da população em idade ativa (PIA) e redução do número de pessoas potencialmente dependentes desse grupo, incluindo crianças e idosos. Embora transitório, os impactos desse processo demográfico podem trazer benefícios decisivos e duradouros, desde que o país adote estratégias para transformar a vantagem quantitativa da população em idade ativa em uma vantagem qualitativa, principalmente por meio de investimentos na formação qualificada de capital humano (Sistema das Nações Unidas no Brasil, 2013).

A participação desse segmento no conjunto da população brasileira e a atuação de organizações e grupos de protagonismo juvenil contribuem decisivamente para que essas pessoas possam defender modos específicos de vivenciar os espaços públicos e privados nos mais diversos âmbitos, como na educação, no trabalho, na cultura, no lazer e também na saúde e na sexualidade. O papel estratégico assumido por estes sujeitos de direitos que se fortalecem como sujeitos políticos implica em uma progressiva reformulação do conceito de juventude, por meio da qual se reconhece que essa fase da vida não é meramente um momento de transição entre duas realidades tidas como opostas: ser criança e ser adulto.

Passo importante nessa direção foi o lançamento da Política Nacional de Juventude, em 2004, seguido da criação da Secretaria Nacional de Juventude (órgão executivo ligado à Secretaria Geral da Presidência da República, sem status de ministério) e do Conselho Nacional de Juventude (órgão de articulação entre o governo e a sociedade civil, consultivo e propositivo), em 2005; da reformulação da política nacional por meio do ProJovem Integrado, em 2007; e das Conferências Nacionais de Juventude, em 2008 e 2011, para além da aprovação, em agosto de 2013, do Estatuto da Juventude, conforme previamente citado.

Isso, entretanto, não é o mesmo que dizer que as e os jovens no Brasil tenham conquistado a realização de seus anseios e que o respeito aos direitos humanos desses indivíduos seja uma realidade. Estatísticas oficiais evidenciam que a população jovem enfrenta um quadro de iniquidades em termos educacionais, de acesso ao mercado de trabalho, aos bens culturais, aos serviços de saúde, e, especialmente, no que toca à proteção contra a violência. Não é demais registrar que tudo isso mantém estreito vínculo com a reprodução de desigualdades de renda, raça/etnia, gênero, orientação sexual, territorialidade, etc. (Silva e Andrade, 2009).

No que diz respeito aos cuidados com a saúde integral de adolescentes e jovens, especificamente, o Ministério da Saúde tem buscado estabelecer programas, projetos e políticas específicas. Essas ações político-programáticas, necessariamente, apontam para a necessidade de um diálogo e uma interface com outras áreas da gestão pública, a exemplo da educação, da cultura e do trabalho, na medida em que remetem à construção de seus projetos de vida.

Em 2005, o MS lançou o *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*, tendo como primeiro instrumento legal de referência o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Lei n. 8.069/1990), que reconhecia os adolescentes como sujeitos de direito e não mais como objeto de intervenção do Estado, da família ou da sociedade; ou seja, em fina sintonia com os princípios definidos em 1989 pela *Convenção sobre os Direitos da Criança, da Organização das Nações Unidas*.

Recentemente, assistimos a uma atualização do modo de tratar a questão em decorrência da aprovação do *Estatuto da Juventude*, como mencionado acima. Nesse novo dispositivo jurídico, o Direito à Saúde novamente é ressaltado por meio dos Artigos 19 e 20, que compõem a Seção V:

Art. 19. O jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral.

Art. 20. A política pública de atenção à saúde do jovem será desenvolvida em consonância com as seguintes diretrizes:

I – acesso universal e gratuito ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a serviços de saúde humanizados e de qualidade, que respeitem as especificidades do jovem;

II – atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens;

III – desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e os estabelecimentos de ensino, a sociedade e a família, com vistas à prevenção de agravos;

IV – garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino;



O PAPEL ESTRATÉGICO ASSUMIDO POR ESTES SUJEITOS DE DIREITOS QUE SE FORTALECEM COMO SUJEITOS POLÍTICOS IMPLICA EM UMA PROGRESSIVA REFORMULAÇÃO DO CONCEITO DE JUVENTUDE.

V – reconhecimento do impacto da gravidez planejada ou não, sob os aspectos médico, psicológico, social e econômico;

VI – capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, inclusive com deficiência, e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens;

VII – habilitação dos professores e profissionais de saúde e de assistência social para a identificação dos problemas relacionados ao uso abusivo e à dependência de álcool, tabaco e outras drogas e o devido encaminhamento aos serviços assistenciais e de saúde;

VIII – valorização das parcerias com instituições da sociedade civil na abordagem das questões de prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool, tabaco e outras drogas;

IX – proibição de propagandas de bebidas contendo qualquer teor alcoólico com a participação de pessoa com menos de 18 (dezoito) anos de idade;

X – veiculação de campanhas educativas relativas ao álcool, ao tabaco e a outras drogas como causadores de dependência; e

XI – articulação das instâncias de saúde e justiça na prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas, inclusive esteróides anabolizantes e, especialmente, crack.

O SUS E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS



OS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES E JOVENS DEVEM RECEBER UMA ATENÇÃO ESPECIAL, HAJA VISTA QUE NO CENTRO DA AFIRMAÇÃO DESSES DIREITOS ESTÁ O FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA E O EMPODERAMENTO DOS INDIVÍDUOS

O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos entre os direitos fundamentais da população jovem está alinhado aos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro durante a *Conferência Mundial de Direitos Humanos*, Viena 1993; na *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (CIPD), Cairo 1994; bem como aos princípios da *Convenção para Erradicar, Sancionar e Punir a Violência contra as Mulheres* (CEDAW), também de 1994. Esses eventos e os documentos dele derivados, em especial o Programa de Ação da CIPD, foram essenciais para a inserção das e dos adolescentes como sujeitos do direito à saúde sexual e reprodutiva a ser alcançado por normas, programas e políticas públicas.

No contexto mais amplo do debate sobre Saúde e Juventude no SUS, os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens devem receber uma atenção especial, haja vista que no centro da afirmação desses direitos está o fortalecimento da autonomia e o empoderamento dos indivíduos.

Esse bloco de direitos fundamentais implica que as e os jovens também têm:

- ▶ Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças;
- ▶ Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física;
- ▶ Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual;
- ▶ Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual;
- ▶ Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a);
- ▶ Direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução;
- ▶ Direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- ▶ Direito ao acesso à informação, a meios e técnicas para ter ou não ter filhos;
- ▶ Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;
- ▶ Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids;
- ▶ Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação;
- ▶ Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (Brasil, 2010, p. 15-16).

Em novembro de 2004, o Ministério da Saúde promoveu, em Brasília, a Oficina Nacional de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Naquele momento, havia também um consenso de que um dos grandes desafios postos era implementar ações de saúde que atendessem às especificidades da população jovem, “de modo integral, e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País”. Reconhecia-se, ademais, que essas ações deveriam “considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça/cor, na orientação sexual e na classe social, e contribuir para a sua superação”, bem como “as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do País e seu impacto na situação de saúde e na organização das ações”. Para tanto, seria indispensável promover uma reorganização dos serviços, fundamentada em um processo de reavaliação do papel dos diversos atores envolvidos no atendimento à população jovem nos serviços de saúde e nos demais setores que desenvolvem políticas de atenção à juventude (Brasil, 2006, p. 9-10).

Sendo signatário desses acordos internacionais, o governo brasileiro tem fomentado uma série de ações voltadas para a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

A mais conhecida é o Programa Saúde na Escola, uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (MEC), voltado para a avaliação das condições de saúde; ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e de atividade física; educação em sexualidade; saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais; ações de prevenção de gravidez não planejada na adolescência; prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz; educação de jovens para a promoção da saúde. Tem como público prioritário estudantes da rede pública de ensino (Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e EJA).

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos e das estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Implementado em parceria com UNESCO, UNICEF e UNFPA, o SPE está alicerçado em uma demanda da população; foi implantado nos 26 estados do Brasil, no Distrito Federal e em aproximadamente 600 municípios.

A proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Com isso, espera-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez não planejada na adolescência.

O evento da gravidez é uma situação exemplar a ser considerada na política de juventude no Brasil. Ela (a gravidez) pode ser vivida de diversas maneiras, a depender do momento da vida em que acontece, das relações familiares, da relação entre o casal, das condições econômicas das famílias, da filiação religiosa, enfim, de um infinito número de fatores, cuja relevância só poderá ser percebida e entendida se os principais sujeitos deste processo – as (os) jovens – forem, de fato, escutados e considerados como sujeitos de direitos, capazes de tomar decisões a respeito de suas próprias vidas.

Na faixa etária de 10 a 14 anos, a gravidez está relacionada, em sua maioria, à ocorrência de violência sexual. Nas idades mais avançadas da adolescência, de 15 a 19 anos, a gravidez tende a estar relacionada à falta de informação, orientação/educação em sexualidade integral; às restrições de acesso aos serviços de saúde e aos insumos para o planejamento reprodutivo; bem como ao baixo status de adolescentes mulheres em nossa sociedade. Para muitas adolescentes, o advento da gravidez pode ser compreendido como a tentativa de encontrar e sustentar um lugar social, sobretudo em contextos marcados por desigualdades de gênero, raça e classe social.

Embora sejam vários os desafios, os investimentos dedicados à ampliação do acesso a informações corretas e em linguagem adequada, aos serviços, às ações de promoção e atenção à saúde, bem como aos insumos de saúde reprodutiva, têm surtido efeitos positivos, tanto que atualmente se observa uma tendência de diminuição dos partos de mulheres na faixa de 10 a 19 anos de idade. Segundos dados do Ministério da Saúde, foram registrados 486.292 partos em 2009; seguidos por 469.742 partos em 2010; e 467.702 em 2011.

Como observa Luseni Aquino, é preciso reconhecer que, na contemporaneidade:

a iniciação precoce da sexualidade não representa, em si, uma forma de passagem para a vida adulta; talvez possa ser mais bem entendida como outra forma de “experimentar” vivências do mundo adulto, sem assumi-lo completamente. Assim, jovens casais vivendo juntos sem casamento, jovens que criam seus filhos na casa dos pais ou mesmo jovens que moram com os pais depois de já serem financeiramente independentes são fenômenos cada vez mais comuns, que desorganizam a compreensão tradicional de transição para a vida adulta, evidenciando o exercício de vários “papéis adultos” por indivíduos que ainda se identificam como jovens (Aquino, 2009, p. 28).

De tal sorte, esse ambiente carregado de novas possibilidades convida para o desenvolvimento de abordagens que contribuam, decisivamente, para que adolescentes e jovens sejam capazes de tomar decisões voluntárias, sem coerção e sem discriminação, para o exercício de sua sexualidade e de sua vida reprodutiva e, por consequência, alcancem seu pleno potencial.

Nesse sentido, destacamos algumas experiências exitosas que vêm sendo implementadas em diferentes locais do país, tal qual foram descritas pelas equipes responsáveis.

Espera-se que as boas práticas apresentadas nesta publicação motivem o setor saúde e os demais setores, em conjunto, a investir no aprimoramento das capacidades institucionais para reconhecer e incluir as necessidades e expectativas de adolescentes e jovens em saúde nas políticas, ações e programas; produzir e fazer gestão do conhecimento sobre a importância da saúde, em especial saúde sexual e reprodutiva, para o desenvolvimento do pleno potencial de adolescentes e jovens; comunicar e advogar pelo direito à saúde e à saúde sexual e reprodutiva no âmbito dos direitos da população jovem, do direito ao desenvolvimento e às gerações futuras; aprimorar capacidades institucionais para monitorar e avaliar as políticas para adolescentes e jovens, em especial ações e programas em saúde sexual e reprodutiva.

Laboratório de Inovação sobre Boas Práticas na Atenção de Adolescentes e Jovens

O Laboratório de Inovação sobre Boas Práticas na Atenção de Adolescentes e Jovens foi concebido e desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-Brasil). O objetivo do Laboratório de Inovação é reunir, identificar e valorizar as práticas inovadoras na atenção à saúde de adolescentes e jovens.

Laboratório de Inovações - Boas Práticas - <http://apsredes.org/site2013/laboratorio-de-inovacao/>

Adolec Brasil

Em operação desde 1999, a Adolec Brasil tem por objetivo promover acesso online eficiente e equitativo à informação científica e técnica relevante para saúde de adolescentes e jovens no Brasil. O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, incentiva a disseminação da informação com o intuito de contribuir na qualificação da prática de atenção à saúde de adolescentes e jovens.

Biblioteca Virtual de Saúde - Adolec /BIREME -<http://www.adolec.br/php/index.php>

Implantação do Pré-Natal Psicológico: como construir essa cultura na Atenção Primária à Saúde **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

Objetivos

Implantar e acompanhar o pré-natal de adolescentes, a partir de uma visão psicossocial. Reconhecer e identificar necessidades psicossociais do período gravídico, sistematizando propostas que visem à construção paulatina das habilidades de maternagem, bem como o sentido subjetivo de maternidade, dirigidos às especificidades deste público. Tais objetivos são baseados na prioridade ao cuidado gestacional preconizada pela Rede Cegonha, bem como das políticas de saúde da Mulher e de Adolescentes.

Contexto e Justificativa

A implantação do pré-natal de adolescentes grávidas se originou em decorrência da demanda atendida pelo Programa de Saúde de Adolescentes (PRAIA), presente nas 15 regionais de saúde do Distrito Federal. As adolescentes gestantes apresentavam um discurso de intenso sofrimento psíquico, decorrente de sua condição, que além de trazer transformações físicas e emocionais intensas, as tornava alvo de discriminação e estereótipos em todos os ambientes que frequentavam. Como o PRAIA, mesmo em sua forma mais descentralizada, atuando por meio da Estratégia Saúde da Família, pode captar essas gestantes, formamos um grupo de adolescentes grávidas para propor um pré-natal que traga como especificidade a escuta de demandas psicossociais e que favoreça o diálogo e trocas de experiências entre as gestantes.

Estratégias adotadas

Inicialmente são convidadas as adolescentes grávidas pelo agente comunitário de saúde, médico de família e médicos e enfermeiros envolvidos no pré-natal tradicional, nas Unidades Básicas de Saúde.

Encontros estabelecidos com convite extensivo aos parceiros e avós dos bebês (mães das gestantes).

Sistemática dos encontros:

- ▶ Dinâmicas de integração/Levantamento das expectativas/Relatos de cada adolescente sobre como foi a reação à notícia de que estavam grávidas e as repercussões familiares/Discussão sobre visão de maternidade que possuem no momento.
- ▶ Discussão e apresentação de filme sobre o desenvolvimento intrauterino, sendo debatidas questões sobre mitos e verdades da gestação, a partir dos conhecimentos das próprias adolescentes.
- ▶ Enfoque sobre os aspectos psicossociais presentes na experiência do parto. As gestantes apontam grande demanda de preocupação com dores e com ansiedade no parto. A sessão destina-se a fazer metáforas das dores já vividas e suas estratégias de superação. Revisa-se aqui o mito da maternidade, com as dimensões subjetivas que representa, mas trabalhando a ideia de que a maternidade é construída e não instintiva. Inclui-se aqui a participação dos avós, orientando-se para as vantagens e também os limites dessa atuação.
- ▶ Debate sobre o bebê imaginário e o bebê real e a comunicação mãe-bebê. Como as gestantes adolescentes referem-se aos seus bebês passa a ser tema de colagem e produções escritas sobre suas projeções maternas, que posteriormente são discutidas no grupo. Formas diferenciadas de comunicação intrauterina são sugeridas como forma de estabelecimento de vínculo.
- ▶ Conteúdos sobre um projeto de criação de filhos é o tema do último encontro. Os pais traçam o que é fundamental na educação e abre-se uma discussão sobre os aspectos transgeracionais presentes, observando-se o que se quer manter e mudar da criação que receberam. Há análise de filme, debatendo-se questões que serão necessárias a um desenvolvimento emocionalmente saudável do bebê e de sua família. Conclui-se o trabalho com uma avaliação escrita sobre a experiência de grupo.

continua ↓

Principais desafios enfrentados

Rotatividade nos grupos, por parte das adolescentes.

Dificuldades da gestão dos Centros de Saúde e UBS apoiarem, pois não se mostra algo tão relevante perto das demais necessidades.

Ausência de cultura de cuidado, o que faz com que as gestantes não sintam necessidades de serem cuidadas psicologicamente.

Falta de recursos humanos no PRAIA para conduzir os grupos.

Resultados alcançados ou progressos em curso

- ▶ Condição psicológica favorável para lidar com a gravidez.
- ▶ Prevenção à depressão pós-parto.
- ▶ Construção de referência de cuidado na própria UBS para Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.
- ▶ Construção de rede de apoio representada pelas adolescentes membros do grupo que perpetuam seus vínculos na comunidade.
- ▶ Construção de habilidades de vida, com enfoque em aspectos práticos da maternagem e do sentido subjetivo de maternidade ampliado, com a participação do companheiro, na parentalidade saudável.
- ▶ Ação prevista dentro da Educação Permanente por incorporar a intersetorialidade e o atendimento conduzido de forma multiprofissional.
- ▶ Divulgação de toda a rede de apoio e fluxos que beneficiam a adolescente na fase posterior ao grupo: maternidades, bancos de leite, creches e outros.

Lições aprendidas

Adolescentes potencialmente têm habilidades para a maternidade, porém são desqualificadas em suas experiências.

Há grande estereotipia e preconceito em torno da adolescente grávida. Embora queiramos atuar preventivamente no projeto de vida, não se pode deixar de acolhê-la nesse período.

Os desafios da adolescente, com a construção de um “eu” próprio, soma-se ao desafio de ser mãe e compreender que a maternidade é um processo no qual há investimentos recíprocos.

Conclusões

É necessário que as adolescentes grávidas sejam visibilizadas pelas políticas públicas, no que tange o seu acompanhamento psicossocial, cujas demandas psicológicas possam ser tratadas dentro de grupos já previstos na ação de programas já existentes, como o PRAIA e outros.

Parceiros

Médicos ginecologistas, enfermeiros, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos que sejam membros da Estratégia Saúde da Família, NASF, UBS ou Centro de Saúde tradicional.

Atenção Integral à Saúde do Adolescente **Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG****Objetivos**

- ▶ Contribuir para a elaboração de política municipal de atenção à Saúde do Adolescente.
- ▶ Atender os adolescentes com equipe multiprofissional e interdisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e dentistas, entre outros.
- ▶ Realizar atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, com redução dos riscos e vulnerabilidades.
- ▶ Articular com as escolas para evitar a evasão escolar, em especial de adolescentes grávidas e mães adolescentes.
- ▶ Redução da morbimortalidade e diminuição da evasão escolar.

Contexto e Justificativa

A Unidade Básica de Saúde do Imbiruçu (UBS Imbiruçu) localiza-se em Betim, uma cidade altamente industrializada, que apresentou um crescimento muito rápido a partir da década de 1960, com a implantação da Refinaria Gabriel Passos e da Fiat Automóveis. Esse crescimento foi desordenado, sem planejamento e apoio do poder público, resultando numa ocupação desordenada do solo e na falta de equipamentos sociais básicos. Trata-se de uma cidade com boa renda per capita, mas com muita desigualdade social e violência. Os jovens são as principais vítimas. A situação de saúde da região do Imbiruçu apresentava altos índices de mortalidade dos jovens entre 15 e 19 anos, em especial do sexo masculino, alto percentual de adolescentes grávidas (índices maiores que os nacionais) e evasão escolar das grávidas e mães adolescentes. Diante desse quadro e da não existência de qualquer atividade na UBS voltada para essa população, os trabalhadores da saúde resolveram construir esse projeto em 2009.

Estratégias adotadas

Mobilização de atores institucionais e lideranças, como: Conselho Local e Municipal de Saúde, Administração Regional, escolas, creches, Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescentes, lideranças e trabalhadores da saúde, educação e assistência social.

Construção do Projeto com os trabalhadores e capacitação em saúde dos adolescentes.

Realização de um Seminário Regional com a participação das escolas, assistência social, administração regional e saúde para discutir o tema adolescência e apresentar o projeto.

Divulgação permanente e intensiva do projeto nos eventos de saúde, congressos, cursos, etc.

Atendimento individual aos adolescentes por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais.

Estruturação de grupos de Mães Adolescentes, Adolescentes Gestantes e outros.

Ações nas escolas.

Implantação do Projeto PET Vidas em Redes – com uma pesquisa sobre a percepção dos adolescentes sobre a gravidez e para buscar apoiar a permanência da adolescente grávida e mães adolescentes na escola.

Participação na elaboração do Protocolo do Adolescente e discussão com as Secretarias de Saúde e Educação acerca de medidas para evitar a evasão escolar das adolescentes grávidas e mães.

continua ↓

Principais desafios enfrentados

Mobilizar os adolescentes.

Garantir infraestrutura para o trabalho.

Garantir apoio da Secretaria de Saúde para que os trabalhadores da equipe pudessem desenvolver o projeto.

Resultados alcançados ou progressos em curso

Colocou na agenda da Secretaria de Saúde e da Educação a questão da Atenção ao Adolescente.

Contribuiu para a construção do Protocolo do Adolescente no município.

Articulação com a Escola Conceição Brito consolidada, que hoje permite a construção de proposta de apoio a adolescentes individualmente ou em grupo.

Articulação com a PUC de Betim no Projeto PET tem contribuído para pautar o tema na Universidade.

Em 2013 iniciou-se o monitoramento com instrumentos de acompanhamento e registros dos dados.

Lições aprendidas

Necessidade de incluir os adolescentes no processo de planejamento, implantação e monitoramento.

O projeto precisa articular com as diversas organizações governamentais e não governamentais numa perspectiva de rede.

Trabalhar a desconstrução de mitos e preconceitos em relação aos adolescentes.

Conclusões

Após quatro anos de trabalho, fica evidente que esse tipo de projeto exige longo tempo de amadurecimento e investimento.

É preciso garantir uma construção de rede de proteção e solidariedade para cumprir seus objetivos. Esse tipo de ação extrapola o tempo político dos gestores e, por isso, precisa de estratégias de manutenção independentemente das mudanças que acontecem em nossas instituições públicas.

Parceiros

Secretaria Municipal de Educação, Assistência Social, Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos de Saúde e de Defesa da Criança e Adolescentes, universidades, lideranças comunitárias.

Atuação com grupos: momentos de reflexão e troca de saberes com um grupo de adolescentes vinculados a um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social – Balneário Piçarras-SC

Objetivos

Geral

Colaborar na promoção e no favorecimento do desenvolvimento de ações do CRAS voltadas para o empoderamento e a autonomia de adolescentes moradores da área de abrangência.

Específicos

Fomentar momentos e espaços de discussão entre adolescentes moradores das áreas de abrangência do CRAS que integrem vivências pessoais e de reflexão.

Possibilitar estratégias de criação e fortalecimento de vínculos comunitários entre adolescentes das áreas da abrangência do CRAS.

Promover a saúde por meio de reflexões e metodologias participativas acerca de temas da vida, como relações, escola, projeto de vida, etc.

Contexto e Justificativa

As conquistas brasileiras na consolidação de políticas como direito do cidadão e dever do Estado se caracterizaram por uma busca incessante por desenvolvimento humano e social com autonomia e acesso a recursos. O CRAS surge como a porta de entrada da Política de Assistência Social, atuando na prevenção de riscos de vulnerabilidade e na potencialização da família como unidade de referência, fortalecendo vínculos e articulando-os com o contexto comunitário (Andrade e Romagnolis, 2010). A potencialização tem como foco o combate ao sofrimento ético-político, que Sawaia (2003) define como sendo uma dor físico-emocional causada pela determinação, estabelecida pela sociedade, de posições sociais e que impactam no sujeito sentimentos de injustiça, preconceito e falta de dignidade, afunilando experiências, bloqueando a reflexão e reforçando o sentimento de impotência em relação à própria vida. A população-alvo do CRAS se caracteriza pela vulnerabilidade no que diz respeito ao acesso a direitos, serviços públicos e capacidade de enfrentamento e autonomia (Fundação de Ação Social, 2009). Tendo essa população como foco, não basta apenas a geração de renda ou auxílio assistencialista, há a necessidade de possibilitar o desenvolvimento do potencial cidadão dessa população (FAS, 2009), gerando bem-estar e saúde. O trabalho social com famílias e grupos vinculados a vulnerabilidades deve ter a preocupação constante com o estímulo à reflexão e à discussão a respeito do pleno exercício do Direito e da Cidadania (Guimarães e Almeida, 2003), colaborando no processo de melhoria da qualidade de vida e autonomia para viver. Tem-se o desafio, para a Psicologia, de identificar processos de sofrimento nas famílias e nas comunidades onde as pessoas em situação de vulnerabilidade social possuem seus laços mais significativos. Essa atenção demanda cuidados, aproximação, compreensão e um olhar voltado para a produção de autonomia e de ressignificação de processos de exclusão (CFESS, 2007). O presente trabalho tem como objetivo atentar-se aos usuários ou não usuários adolescentes do CRAS que se encontram em situações conflitantes e não promotoras de saúde, dando ênfase no trabalho com grupos e colaborando na construção da consciência crítica, seja ela coletiva ou individual, permitindo a expansão e percepção de identidades sociais (Freitas, 1996). As ações foram realizadas primando a possibilitar uma intervenção orientada por preceitos éticos humanos, que criem situações desafiadoras de estímulo e orientação na reconstrução de histórias vividas até, então, sob a ótica da opressão, pautando o trabalho na defesa e na afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades em direção à saúde, bem-estar e enfrentamento das situações de vida.

continua ↓

Estratégias adotadas

Para a definição e alcance dos objetivos, foram realizadas reuniões com a coordenadora e com a psicóloga do CRAS, buscando informações sobre necessidades do contexto e da população atendida. Foram também analisados documentos, relatórios e protocolos utilizados pelo CRAS. Com base nas informações obtidas, observou-se a necessidade de um atendimento voltado aos jovens e adolescentes do município. Diante desta necessidade foi elaborado um planejamento que buscasse o levantamento de jovens estudantes do Ensino Médio interessados em participar de um grupo de convivência e fortalecimento de vínculos, dos quais 88 (oitenta e oito) jovens com interesse eram pertencentes às áreas de abrangência do CRAS. Feito o levantamento, foram enviados convites nominais para esses, colocando à disposição uma ficha de inscrição para o grupo. Os encontros foram desenvolvidos com base na metodologia participativa, mediante vivências, dinâmicas, debates e oficinas, entre outros. Conforme Silva (2002), metodologias participativas permitem visualizar, vivenciar e se aproximar de um discurso que não limite as ações do outro, ou seja, que possibilite uma escuta respeitosa e uma participação dos envolvidos de forma autêntica.

Resultados alcançados ou progressos em curso

As atividades propostas foram realizadas levando em conta, além da sugestão de temas feita pelos próprios adolescentes, a utilização do ambiente escolar como forma de favorecer a ambientação dos participantes adolescentes, para que pudessem sentir segurança na interação com o grupo. O trabalho pôde favorecer a manutenção e a criação de vínculos entre os adolescentes, visto que, em alguns casos, o contato entre eles na escola era distante. O trabalho acerca do tema “projeto de vida” proporcionou a participação dos adolescentes de forma consistente, havendo a exposição angustiante de muitos participantes, pois, até então, não haviam parado para pensar em seu futuro, conforme um participante afirmou: “Este tema fez nós pensarmos em nós mesmos”. Segundo Pereira e col. (2009), pensar no próprio projeto de vida diz respeito a autoconhecimento e projeção futura, sendo extremamente importante tanto para a modificação de si mesmo e do meio quanto para a escolha profissional, fator que surgiu com frequência no debate e em algumas vezes foi associado com futuro e emprego. O preconceito, tema em alta simbolizado pela questão do bullying nas escolas, foi sugerido pelos adolescentes e tem relação direta com a criação de grupos nas escolas, propiciando aos participantes um momento de reflexão que, até então, não havia acontecido por parte deles, possibilitando a percepção da vivência daquele que sofre o preconceito, o impacto que pode causar e o quanto a inversão de papéis pode favorecer a cultura de paz. O fato de a maioria nunca ter parado para refletir sobre o impacto que um preconceito pode ter se mostrou negativo, porém a apresentação de uma posição crítica frente a isso pode ser considerada uma potencialidade, como ficou evidente na fala de um participante: “A gente nunca se coloca no lugar do outro, aí quando se coloca percebe o que pode causar”. Esse processo de autoavaliação é importante para que o adolescente conheça seus valores e sinta-se responsável e comprometido com as atitudes que toma a partir desses valores, sendo indissociável a consciência de valores da consciência de atitudes e escolhas (Silva, 2002). Com as atividades realizadas, ficou nitido que há uma tendência à criação de estereótipos em nossas relações cotidianas e que isso pode causar um impacto negativo na vida de adolescentes, conforme comprova Santos (2003), que levantou, em pesquisa com adolescentes negros, que só o fato de serem negros já fazia com que vivenciassem um cotidiano peculiar em que a cobrança por responsabilidade era maior, as experiências de marginalização estavam no dia-a-dia e a presença da baixa autoestima com relação a relações afetivas e autoimagem se faziam constantes.

continua→

As relações vivenciadas por adolescentes podem ser muito complexas, principalmente no contexto escolar. Um dos temas sugeridos pelos próprios adolescentes se ateve à relação aluno X professor, o que caracteriza uma necessidade de conviver em paz nas escolas, mas que ainda deve ser trabalhado em razão das dúvidas permanentes que acometem essa fase da vida. Ficou evidente que, quando os adolescentes se deparam com um conflito, a primeira alternativa é se omitir, o que leva a entender que no cotidiano os adolescentes preferem evitar e adiar, em vez de resolver e negociar os conflitos, acarretando em prejuízo nas relações e também no aprendizado dos alunos (Leite, 2008). Corroborando com as outras temáticas, os adolescentes possuem uma dificuldade inerente de refletir acerca da vida e colocar-se no papel do outro. Quando isso ocorre, os resultados são positivos e impactantes porque permitem a crítica acerca de si e a percepção de que em muitos casos é necessário ter flexibilidade nas relações, sendo a boa convivência um fator determinante e fundamental para o cumprimento da função escolar e do exercício da cidadania (Leite, 2008). Notou-se que na posição de alunos fica difícil enxergar a posição do outro, porém, quando é feito esse exercício, os jovens percebem que os conflitos podem ser resolvidos com maior facilidade e menor desgaste, dando lugar à boa relação entre alunos e professores.

Lições aprendidas

O presente trabalho evidenciou a necessidade de voz de adolescentes e que devemos possibilitar momentos como esse, porém, mediando de forma educativa e limitando excessos para que não haja a perda do foco e dos objetivos de momentos como este.

Fica, então, um trecho da música “Comida”, do conjunto musical Titãs, para reflexão acerca do trabalho com adolescentes para visualização do aprendizado com o presente trabalho: “A gente não quer só dinheiro, a gente quer dinheiro e felicidade. A gente não quer só dinheiro, a gente quer inteiro e não pela metade”.

Conclusões

As atividades permitiram vivenciar de forma autêntica as dúvidas a que os adolescentes estão submetidos em virtude da falta de diálogo e reflexão, além das potencialidades que estes possuem em seu repertório de enfrentamento. A articulação de momentos com adolescentes permitiu visualizar os discursos cristalizados dos adolescentes e o quanto esses discursos podem se tornar manifestações cidadãs e de bem-estar por meio da reflexão, da participação, da construção e do embate de idéias. As atividades realizadas em conjunto com o CRAS permitiram, então, uma interação com diferentes subjetividades na busca pela emancipação, resgate de direitos e cidadania, orientadas por uma prática técnico-científica e, acima de tudo, ética profissional. Pode-se perceber com esse trabalho que as principais dificuldades dos adolescentes estão centradas na não possibilidade de serem cidadãos ativos e participativos e o quanto espaços para reflexão e discussão acerca da vida podem possibilitar o empoderamento e o fortalecimento de vínculos comunitários e consequentemente impactar na saúde e no bem-estar. É necessário pensar em articulações entre os diferentes níveis gestores e a comunidade para favorecer esses espaços e suprir uma demanda que não precisa de práticas assistencialistas, mas de movimentos em prol de uma cidadania participativa nas decisões de suas vidas subjetivas e sociais, individuais e coletivas.

Parceiros

Escola de Educação Básica Alexandre Guilherme Figueiredo – Balneário Piçarras -SC.

Fontes de informação

ANDRADE, L. F. de e ROMAGNOLIS, R. C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos1. *Psicol. cienc. prof.*, v. 30, n. 3, set. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI414-98932010000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 de outubro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social*. Brasília: CFP/CEFESS, 2007.

FREITAS, M. de F. Q. de. Psicologia na comunidade, Psicologia da comunidade e Psicologia (social) comunitária: algumas diferenças. in: CAMPOS, R. H. de F. (org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, p. 72-73.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. *Protocolo de Gestão dos Centros de Referência da Assistência Social de Curitiba*. Prefeitura Municipal de Curitiba: Curitiba, 2009.

GUIMARÃES, R. F. e ALMEIDA, S. C. G. *Reflexões sobre o trabalho social com famílias*. in: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 127-135.

LEITE, C. R. Convivência escolar: a questão dos conflitos entre alunos e professores e alunos. in: *VIII Congresso nacional da Educação – Educere*, 10, 2008, Curitiba, PR. Anais (online). Curitiba: Champagnat, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/127_136.pdf. Acesso em: 17 de abril de 2012.

PEREIRA, Fabiola Cristiane; SANTOS, Fernanda Oliveira; SANTOS Luana Carola dos. *Prosas e reflexões sobre orientação profissional, projeto de vida e extensão universitária: relato de experiência com jovens do ProJovem do município de Ponto dos Volantes, nordeste de Minas*. in: *IV Seminário de Extensão Universitária – Formação Acadêmica e Compromisso Social*, 2009, Belo Horizonte. Artigos Apresentados, 2009.

SAWAIA, B. B. Família e Afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. in: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 39-50.

SILVA, R. C. da. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor, 2002

Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde/RAP da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS)

Objetivos

O Projeto RAP da Saúde tem como objetivo ampliar as ações de promoção de saúde, especialmente junto às comunidades populares, por meio do protagonismo juvenil, da articulação intersetorial e da participação comunitária. Resultados esperados: desenvolvimento de habilidades nos adolescentes e jovens promotores da saúde; qualificação dos serviços de saúde; promoção da saúde nas comunidades; integração entre os jovens das comunidades populares e as políticas públicas; visibilidade positiva para os jovens das comunidades populares, especialmente os jovens negros.

Contexto e Justificativa

O Rio de Janeiro é uma cidade que oferece muitas oportunidades e, ao mesmo tempo, revela grandes disparidades. As comunidades populares são territórios onde convergem fatores negativos que concorrem para maior vulnerabilidade dos seus residentes frente a diferentes agravos à saúde. Essas iniquidades se expressam de forma mais contundente nas taxas de homicídio de adolescentes e jovens, sobretudo entre os rapazes negros. Violência, preconceitos, machismo, imediatismo e falta de perspectivas são fatores que contribuem para a manutenção deste quadro. O investimento em adolescentes e jovens e a valorização das suas potencialidades, criatividade e dinamismo são elementos-chave para a promoção da saúde e do desenvolvimento econômico, social e político.

Estratégias adotadas

O projeto, iniciado em 2007, está na sua terceira etapa e vem sendo desenvolvido por meio de convênio com a ONG CEDAPS.

Histórico: O protagonismo juvenil vem sendo apontado como estratégia privilegiada para promover a saúde e o desenvolvimento do adolescente/jovem e da comunidade na qual está inserido. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possuía uma experiência bem-sucedida de participação juvenil no Adolescentro Maré (2000 a 2004) e Paulo Freire (inaugurado em 2004), que haviam mostrado impacto positivo nos jovens, nos serviços e nas comunidades. Para ampliar essa iniciativa junto a outras comunidades populares, foi criado em 2007 o projeto Rede de Adolescentes Promotores da Saúde, RAP da Saúde, por meio de convênio com a ONG CEDAPS. Inicialmente, cinco comunidades receberam o projeto, integrado a unidades de saúde e equipes da Estratégia de Saúde da Família. Com o apoio do RAP, foi inaugurado o Adolescentro Augusto Boal no CMS Américo Veloso.

continua ↓

INICIATIVAS COM ÊNFASE NA PARCERIA ENTRE ADOLESCENTES, JOVENS E PROFISSIONAIS, DE FORMA CRIATIVA E ENGAJADA, AMPLIAM E FORTALECEM AS CAPACIDADES DE PROMOÇÃO E EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.



Estratégias adotadas

Em 2009, ocasião em que foi feito novo convênio para dar continuidade ao RAP, foi estabelecida uma parceria com a Plataforma dos Centros Urbanos (PCU) do UNICEF, iniciativa baseada no protagonismo juvenil, na participação social e na articulação política, que buscava a melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes a partir a convergência de políticas e programas sociais em territórios vulneráveis (favelas e periferias). Em 50 comunidades, foram constituídos Grupos Articuladores Locais (GAL), com representantes do poder público, organizações comunitárias e dois adolescentes comunicadores. Com a parceria com o RAP da Saúde, esses 100 adolescentes se tornaram também promotores de saúde.

O RAP da saúde hoje: Nesta terceira etapa do RAP da Saúde, o projeto passou a se organizar em equipes regionais, vinculadas a unidades de saúde e/ou iniciativas comunitárias. Além de atuar em seu próprio território, o grupo tem como responsabilidade a sensibilização de outras unidades de saúde e escolas para o desenvolvimento de ações pautadas no protagonismo juvenil. Como o principal desafio é a institucionalização e a continuidade do RAP, a atuação junto às equipes de saúde da família é a ênfase desta etapa. Equipes regionais e sua vinculação institucional:

- 1) Rocinha: Espaço Jovem Paulo Freire (ex. Adolescentro)\Clínica da Família Dr. Rinaldo de Lamare;
- 2) Tijuca: CMS Heitor Beltrão;
- 3) Alemão\Penha: Educap e CF Dra. Zilda Arns;
- 4) Maré e Ramos: Adolescentro Augusto Boal/CMS Dr. Américo Veloso;
- 5) Jacarezinho: CF Dr. Anthidio Dias da Silveira;
- 6) Acari: CF Marcos Valadão;
- 7) Sulacap/Bangu: CMS Dr. Masao Goto;
- 8) Campo Grande: CMS Dr. Mário Rodrigues Cid.

Cada equipe regional é composta por adolescentes multiplicadores, jovens dinamizadores, voluntários e um facilitador regional. Este grupo é apoiado por uma equipe de estagiários e assessores (gestão; apoio às equipes; arte e cultura; comunicação; articulação comunitária). Ao todo, o projeto envolve entre 150 e 200 jovens. Os recursos do RAP são oriundos da SMS, fonte 100; há uma meta no orçamento municipal especificamente para este projeto.

Os dinamizadores e facilitadores regionais recebem formação continuada em temas de saúde, cidadania e técnicas participativas. Repassam estes conteúdos para suas equipes e, a partir de necessidades identificadas localmente ou da demanda da SMS, desenvolvem diferentes atividades. Os jovens se envolvem diretamente no planejamento, execução e avaliação das ações em parceria com profissionais de saúde e outros atores sociais. As atividades envolvem oficinas, feiras de saúde, esquetes teatrais, contação de histórias, "Adolescine", produção de vídeos, etc. Cada equipe tem especificidades, dependendo da sua composição e das parceiras estabelecidas. A equipe de Sulacap, por exemplo, trabalha com foco na acessibilidade, uma vez que conta com jovens surdos e ouvintes. O grupo do Jacarezinho, por sua vez, tem como ênfase o trabalho com teatro, a redução de danos e a integração com o consultório de rua.

continua→

Resultados alcançados ou progressos em curso

Fortalecimento da autoestima dos jovens promotores e desenvolvimento de habilidades e competências; qualificação das atividades educativas nas unidades de saúde; abordagem inovadora de temas complexos como sexualidade, homofobia, violência e racismo; produção de materiais educativos, como os vídeos que são usados por jovens e profissionais nos mais diferentes espaços; parceria com as coordenações/gerências da SMS, possibilitando a maior adequação dos materiais produzidos às necessidades de adolescentes e jovens; disseminação da metodologia de educação entre pares; maior integração das comunidades com as políticas públicas, fortalecendo o controle social; visibilidade positiva para os adolescentes e jovens das comunidades populares; ampliação de parcerias e ações intersetoriais.

Lições aprendidas

O RAP é um produto da inteligência coletiva. É a força do trabalho conjunto entre adolescentes, jovens, profissionais, instituições e pessoas interessadas que gera a criatividade e a riqueza de possibilidades que o projeto traz para as comunidades e os serviços de saúde. Essa integração entre os diferentes atores e o compromisso com a causa da juventude também ajudam a superar as inúmeras barreiras que o RAP da Saúde enfrenta, sobretudo em função dos momentos de renovação do projeto, que são extremamente difíceis e desgastantes para toda a equipe.

Conclusões

Um projeto dessa natureza demanda recursos “flexíveis”, que possam concretizar as propostas trazidas pelos jovens e suas comunidades. Um convênio permite esta flexibilidade, mas, por outro lado, gera descontinuidades que fragilizam muito o projeto. Seria interessante se o Ministério da Saúde pudesse pensar em mecanismos gerenciais que potencializassem iniciativas como o RAP.

Parceiros

No nível central: CEDAPS; UNICEF/ Plataforma dos Centros Urbanos; demais coordenações da Secretaria Municipal de Saúde; Comitê de Saúde da População Negra; Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências; Comitê Vida (GT Intersetorial de Masculinidades e Cuidado); Secretaria Municipal de Educação; Multirio; Secretaria de Ciência e Tecnologia; Rede de Comunidades Saudáveis.

Nos territórios: unidades de atenção primária da SMS; consultório de rua; escolas municipais e estaduais; ONGs; grupos comunitários, universidades, Grupos Articuladores Locais da Plataforma dos Centros Urbanos/UNICEF; Naves do Conhecimento, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Luseni. Introdução – A juventude como foco das políticas públicas. in: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: setembro 2013.

BRASIL. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)* – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude)* – Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Disponível em: http://issuu.com/secretariageralpr/docs/estatuto_de_bolso_web. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990* – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/05_Lei_8142.pdf. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf. Acesso em: setembro de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 26 (Saúde sexual e saúde reprodutiva). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Acesso em: setembro de 2013.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. *A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista*. Dissertação (Mestrado em International Management), FGV, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Enid Rocha Andrade da e ANDRADE, Carla Coelho de Andrade. A Política Nacional de Juventude: avanços e dificuldades. . in: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

UNFPA. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>. Acesso em: setembro de 2013.

UNICEF. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*, ONU, 1989. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acesso em: setembro de 2013.





SUMÁRIO

Antecedentes.....	44
El Sistema Único de Salud, una conquista de nuestro tiempo.....	45
Los principios del SUS.....	46
Equipamientos de salud ofrecidos por el SUS.....	49
El SUS y la salud integral de los adolescentes y los jóvenes.....	52
El SUS y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes.....	56
Referencias bibliográficas.....	74

ANTECEDENTES

En junio de 2012, el Ministro de la Salud de Brasil, Dr. Alexandre Padilha, y el Subsecretario General de las Naciones Unidas y Director Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA –, Dr. Babatunde Osotimehin, se reunieron para discutir la posibilidad de llevar a cabo iniciativas conjuntas para promover el derecho a la salud sexual y reproductiva y acelerar la reducción de la mortalidad materna.

Teniendo en cuenta que invertir en la generación actual de adolescentes y jóvenes es un punto fundamental para los avances democráticos y para el logro de los derechos, así como una estrategia de desarrollo (Sistema de Naciones Unidas en Brasil, 2013), durante la audiencia las autoridades llegaron al acuerdo de que la iniciativa debería priorizar a estos sujetos.

Basándose en esta negociación y en las orientaciones de la Asesoría de Asuntos Internacionales del Ministerio de la Salud, la Representación del UNFPA en Brasil, la Coordinación de Salud del Adolescente y del Joven del Departamento de Acciones Programáticas y Estratégicas de la Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de la Salud, en asociación con la Secretaría Nacional de Juventud de la Secretaría General de la Presidencia de la República de Brasil (SNJ), elaboraron una agenda de trabajo conjunta cuya primera actividad sería un seminario internacional que se celebra en Brasilia en octubre de 2013.

Durante el Seminario “Salud, Adolescencia y Juventud: promoviendo la equidad y construyendo habilidades para la vida”, Brasil destaca la importancia de las inversiones en políticas, programas y acciones que promuevan la autonomía, las decisiones y las habilidades para la vida de los jóvenes y los adolescentes en lo que respecta al ejercicio de su sexualidad y de su vida¹ reproductiva.

En dicho contexto, la presente publicación quiere presentar la política de salud brasileña – Sistema Único de Salud – y compartir algunas experiencias y buenas prácticas para apoyar a los adolescentes y los jóvenes en la toma de decisiones voluntarias en el ejercicio de su sexualidad, en la planificación de su vida reproductiva y en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

1 Habilidades para la vida pueden entenderse en este contexto como la construcción de conocimientos y habilidades que contribuyen para que el adolescente o joven pueda llevar a cabo decisiones que contribuyan a su desarrollo saludable, para su autocuidado y cuidado con el otro, y que abarca habilidades individuales, afectivo-relacionales, familiares, comunitarias y organizacionales.

EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD,

UNA CONQUISTA DE NUESTRO TEMPO

Brasil se diferencia en positivo de otros países al reconocer la salud como un derecho constitucional. Esto significa que el Estado brasileño asumió el compromiso de proporcionar a sus ciudadanos y ciudadanas las condiciones necesarias para el acceso pleno y gratuito a todos los servicios orientados a la prevención y al tratamiento de las enfermedades y a los agravamientos de la salud, como se establece en el Artículo 196 de la Constitución Federal. Las acciones previstas incluyen desde la atención primaria a la oferta de medicamentos de alto coste y procedimientos de gran complejidad. Un paso fundamental para garantizar esto fue la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, reglamentado por las Leyes n. 8.080/1990 y n. 8.142/1990, lo que significó también un cambio en el paradigma de la gestión pública de esta área.

Pasados 25 años, el proceso de implantación del SUS ha enfrentado numerosos retos. Los esfuerzos realizados están basados en la continua defensa de un sistema de salud capaz de ofrecer el acceso universal a bienes y servicios que garanticen la salud y el bienestar de toda la población, de forma equitativa e integral, y cuya gestión tenga en cuenta los principios estratégicos de la descentralización, la regionalización, la jerarquización y la participación social.

LOS PRINCIPIOS DEL SUS

El Sistema Único de Salud es una política de Estado formada por la unión de todas las acciones y servicios de salud ofrecidos por las instituciones y los órganos federales, estatales y municipales de la administración directa e indirecta y de las fundaciones promovidas por el poder público. Los servicios que ofrecen las empresas privadas, mediante contrato de derecho público o convenio, también están previstos, no obstante, se tipifican como salud complementaria. Esta articulación se establece a partir de principios finalísticos y principios estratégicos.

Los tres **principios finalísticos** del SUS son:

Universalidad – Reconoce la salud como un “derecho de todos y deber del Estado”. Figura como principio constitucional, tal como se reseña en el Artículo 196 de la Constitución Federal (Brasil, 1988).

Integralidad – Garantiza al usuario una atención que comprende las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con garantía de acceso a todos los niveles de complejidad del Sistema de Salud. La integralidad supone también la atención centrada en el individuo, la familia y la comunidad (inserción social) y no por acciones o enfermedades (Brasil, 2009, p.192).

Equidad – El SUS debe proporcionar los recursos y los servicios de forma justa, de acuerdo con las necesidades de cada uno. Lo que determina el tipo de atención es la complejidad del problema de cada usuario. Esto supone la implementación de mecanismos de estímulo de políticas públicas o programas para poblaciones en condiciones de desigualdad en salud, a través del diálogo entre el gobierno y la sociedad civil, implicando a los miembros de los diferentes órganos y sectores del Ministerio de la Salud (MS), investigadores y líderes de movimientos sociales. Se pretende lograr la oferta de acciones diferenciadas para los grupos con necesidades especiales. Los comités y los grupos de trabajo de promoción de la equidad en salud son coordinados por la Secretaría de Gestión Participativa (SGP), que orienta el trabajo en las siguientes situaciones de exclusión social: la población rural, la gitana y los grupos con demandas específicas para el SUS por orientación sexual (gais, lesbianas, transgéneros y bisexuales – GLTB – (Brasil, 2009, p. 138).

Son también muy importantes los **principios estratégicos** del SUS:

Descentralización – Es el proceso de transferencia de responsabilidades de gestión a los municipios, atendiendo a las provisiones constitucionales y legales que fundamentan el SUS y que definen sus atribuciones comunes y las competencias específicas de la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios (Brasil, 2009, p. 115)..

Regionalización – Este principio pone de manifiesto la importancia de la articulación entre los gestores estatales y municipales en la implementación de políticas, acciones y servicios tipificados y descentralizados, que posibiliten el acceso, la integralidad y la resolutiveidad en la atención a la salud de la población. La regionalización debe orientarse hacia la descentralización de las acciones y servicios de salud. En este proceso se identifican y constituyen las regiones de salud – espacios territoriales en los que se desarrollarán las acciones de atención a la salud –, con el objetivo de lograr la mayor resolutiveidad y calidad en los resultados, así como mayor capacidad de cogestión regional (Brasil, 2009, p. 314).

Jerarquización– Define que los servicios de salud deben estructurarse de forma jerarquizada, en un orden creciente de niveles/tipos de complejidad, dispuestos en un área geográfica delimitada, para atender a una determinada población y de manera que se ofrezca todo tipo de tecnología disponible (Quinellato, 2009).

Participación social – Garantiza la inclusión de nuevos sujetos sociales en los procesos de gestión del SUS como participantes activos en los debates, las formulaciones y la fiscalización de las políticas desarrolladas por la Salud Pública brasileña, confiriéndole legitimidad y transparencia. De acuerdo con las provisiones constitucionales y legales, la participación popular confiere a la gestión del SUS realismo, transparencia, compromiso colectivo y efectividad en los resultados. Está directamente relacionada con el grado de conciencia política y de organización de la propia sociedad civil (Brasil, 2009, p. 237-238).



EQUIPAMIENTOS DE SALUD

OFERECIDOS POR EL SUS

En un universo formado por más de 190 millones de individuos (IBGE, 2010), cerca del 80% de la población utiliza prioritaria o exclusivamente la red de servicios proporcionada por el SUS. Aparte de esto, los datos del Ministerio de la Salud de 2008 registraban ya que el SUS realizaba 11 millones de internamientos, 2 millones de partos y 19.000 transplantes de órganos anualmente (CCMS, 2009).

Las experiencias de los Equipos de Atención Básica (EAB), por su parte, muestran como el SUS ha procurado difundir el concepto de salud como calidad de vida, en substitución del concepto utilizado con anterioridad – y actualmente muy cuestionado – que entendía la salud únicamente como ausencia de enfermedades. El trabajo de las EAB se realiza principalmente en las Unidades Básicas de Salud (UBS), donde se concentra también el Programa de Salud de la Familia (PSF). En ellas se ofrece atención básica en Pediatría, Ginecología, Medicina General, Enfermería y Odontología. Aunque las inversiones en salud sean elevadas, la capacidad de asistencia en atención primaria es de cerca del 70% del total de la población, con variaciones en las unidades de la Federación, como se muestra en la Tabla 1.



EN UN UNIVERSO FORMADO POR MÁS DE 190 MILLONES DE INDIVIDUOS (IBGE, 2010), CERCA DEL 80% DE LA POBLACIÓN UTILIZA PRIORITARIA O EXCLUSIVAMENTE LA RED DE SERVICIOS PROPORCIONADA POR EL SUS

TABELA 1 Unidades Básicas de Salud (UBS), por región, unidad de la federación y capacidad de atención. Brasil 2013

UNIDAD DE LA FEDERACIÓN	NÚMERO DE UBS EN 2013	COBERTURA DE POBLACIÓN (N.A)	COBERTURA DE POBLACIÓN (%)
Región Norte			
Acre	239	575.646	78,47
Amazonas	595	1.971.316	56,58
Amapá	188	459.065	68,56
Pará	1557	3.526.951	46,52
Rondonia	313	978.298	62,61
Roraima	192	299.672	66,52
Tocantins	364	1.101.539	79,62
Región Nordeste			
Alagoas	957	2.400.029	76,91
Bahía	4022	9.291.176	66,28
Ceará	2299	5.684.054	67,24
Marañón	2100	5.006.733	76,15
Paraíba	1651	3.464.023	91,96
Pernambuco	2339	6.034.353	68,59
Piauí	1403	2.909.424	93,29
Rio Grande del Norte	1203	2.534.507	80
Sergipe	630	1.760.008	85,1
Región Centro-Oeste			
Distrito Federal	171	598.500	23,28
Goiás	1356	3.953.777	65,85
Mato Grosso	861	1.976.500	65,12
Mato Grosso del Sur	588	1.775.501	72,49
Región Sudeste			
Espíritu Santo	879	2.520.216	71,69
Minas Gerais	5312	15.565.002	79,42
Rio de Janeiro	2149	8.943.663	55,93
São Paulo	4725	24.202.054	58,65
Región Sur			
Paraná	2695	7.503.412	71,84
Rio Grande del Sur	2510	7.172.703	67,07
Santa Catarina	1783	5.192.319	83,09
Brasil (Total)	43081	127.400.441	66,78

Fuente: Ministerio de la Salud (MS) / Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica (SAGE).

Periodo de referencia: julio de 2013.

Otra acción del SUS digna de mención es el Programa Nacional de Urgencias y Emergencias, que pretende articular e integrar la atención de las urgencias, en la medida en que se establece una dinámica de trabajo en red entre la atención primaria (formada por la UBS y los Equipos de Salud de la Familia), la atención intermedia (Servicio de Atención Móvil de Urgencias – SAMU 192, – y Unidades de Pronta Asistencia – UPA 24 h), – y la atención de media y alta complejidad (realizada en los hospitales). El SAMU representa en este contexto un equipamiento estratégico, pues supone un diálogo directo entre el ciudadano y el servicio de salud, que evita también las lamentables peregrinaciones en busca de cama, dado que los profesionales, al atender al paciente en la unidad móvil, ya saben a dónde le llevarán.

Quien nació a partir de los años 80 puede tener dificultades para dimensionar el significado de estas cifras, sin embargo, hay que tener presente que el SUS es una conquista reciente, que requirió la lucha de diferentes segmentos de la sociedad civil organizada en defensa de la salud pública. El SUS necesita incorporarse cada vez más a la vida cotidiana de sus usuarios y usuarias para que funcione bien o mejor.

Para conocer más sobre la historia de la creación del SUS, vea el documental **Políticas de Salud en Brasil: un siglo de lucha por el derecho a la salud**, Guión y dirección de Renato Tapajós, 2006.

DISPONIBLE EN: [HTTP://YOUTU.BE/SP8FJc7YTa0](http://youtu.be/SP8FJc7YTa0)



EL SUS Y LA SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

De acuerdo con los datos del Censo 2010 la población joven, que incluye a los adolescentes y a los jóvenes en la franja de edad de 10 a 24 años, es de más de 50 millones de personas en Brasil hoy, lo que representa cerca del 26,9% del total de la población y constituye, por tanto, uno de los mayores segmentos de población. Este tamaño de población joven favorece el llamado “bono demográfico”² que ofrece una oportunidad histórica para invertir en la generación de los jóvenes, no sólo como estrategia de avance democrático, sino también de desarrollo.

Si bien persisten algunas discrepancias en cuanto a los límites de edad que definen a la juventud – mientras las Naciones Unidas consideran jóvenes a los individuos de 10 a 24 años, Brasil en el Artículo 1º del Estatuto de la Juventud (Ley n. 12.852), promulgado el 5 de agosto de 2013, define que se consideran jóvenes las personas con edades entre los 15 y los 29 años – es cierto que esta agenda ha ganado una visibilidad cada vez mayor tanto en los diferentes espacios de debate de la sociedad brasileña como en las políticas por los gobiernos Federal, estatales y municipales. Un buen ejemplo de esto es la reciente aprobación del Estatuto de la Juventud.

2 El bono demográfico es un proceso rápido y transitorio y que debiendo extenderse hasta la década de 2020; representando una posibilidad histórica de impulsar el crecimiento social y económico inclusivo. Asistimos a una reducción en la tasa de dependencia, con un aumento de la población en edad activa (PEA) y una reducción del número de personas potencialmente dependientes de este grupo, incluyendo a los niños y a los ancianos. Aunque transitorio, las consecuencias de este proceso demográfico pueden suponer beneficios decisivos y duraderos, siempre que el país adopte estrategias para transformar la ventaja cuantitativa de la población en edad activa en una ventaja cualitativa, principalmente a través de inversiones en formación cualificada de capital humano (Sistema de Naciones Unidas en Brasil, 2013).

La participación de este segmento en el conjunto de la población brasileña y la actuación de las asociaciones y los grupos de protagonismo juvenil contribuyen de manera decisiva a que estas personas puedan defender formas específicas de vivir los espacios públicos y privados en los más diversos ámbitos, como en la educación, en el trabajo, en la cultura, en el ocio y también en la salud y en la sexualidad. El papel estratégico asumido por estos sujetos de derechos que se fortalecen como sujetos políticos implica una progresiva reformulación del concepto de juventud, mediante la cual se reconoce que esta fase de la vida no es simplemente un momento de transición entre dos realidades consideradas opuestas, ser niño y ser adulto.

Un paso importante en esa dirección fue el comienzo de la Política Nacional de Juventud en 2004, seguido de la creación de la Secretaría Nacional de Juventud (órgano ejecutivo vinculado a la Secretaría General de la Presidencia de la República, sin estatus de ministerio) y del Consejo Nacional de Juventud (órgano de articulación entre el gobierno y la sociedad civil, consultivo y propositivo), en 2005, y de la reformulación de la política nacional a través del ProJoven Integrado, en 2007, y de las Conferencias Nacionales de Juventud, en 2008 y 2011, además de la aprobación, en agosto de 2013, del Estatuto de la Juventud, como se ha señalado anteriormente.

Esto, sin embargo, no quiere decir que las y los jóvenes en Brasil hayan logrado la realización de sus anhelos, ni que el respeto por los derechos humanos de estos individuos sea una realidad. Las estadísticas oficiales ponen de manifiesto que la población joven enfrenta un panorama de injusticias, en términos de educación, de acceso al mercado de trabajo, a los bienes culturales, a los servicios de salud, y especialmente en lo que respecta a la protección contra la violencia. No está demás indicar que todo esto guarda una estrecha relación con la reproducción de las desigualdades de renta, raza/etnia, género, orientación social, territorialidad etc. (Silva y Andrade, 2009).

Por lo que respecta a la asistencia a la salud integral de los adolescentes y los jóvenes específicamente, el Ministerio de la Salud ha procurado establecer programas, proyectos y políticas específicas. Estas acciones político-programáticas, señalan, imprescindiblemente, la necesidad de un diálogo y una interacción con otras áreas de la gestión pública, por ejemplo, la educación, la cultura, el trabajo, en la medida en que remiten a la construcción de sus proyectos de vida.

En 2005, el Ministerio de la Salud puso en marcha el Marco legal: salud, un derecho de los adolescentes, contando como primer instrumento legal de referencia con el Estatuto del Niño y del Adolescente (Ley n.8.069/1990), que reconocía a los adolescentes como sujetos de derecho y no ya como objeto de intervención del Estado, de la familia o de la sociedad; o sea, en clara sintonía con los principios defendidos en 1989 por la Convención sobre los Derechos del Niño, de la Organización de las Naciones Unidas.

Últimamente, observamos una actualización en la forma de tratar la cuestión, consecuencia de la aprobación del Estatuto de la Juventud, como se ha señalado anteriormente. En este nuevo dispositivo jurídico, el Derecho a la Salud se destaca nuevamente en los Artículos 19 y 20 que integran la Sección V:

Art. 19. El joven tiene derecho a la salud y a la calidad de vida, teniendo en cuenta sus especificidades en los ámbitos de la prevención, la promoción, la protección y la recuperación de la salud de forma integral.

Art. 20. La política pública de atención a la salud del joven se desarrollará de acuerdo con las siguientes directrices:

I – acceso universal y gratuito al Sistema Único de Salud (SUS) y a servicios de salud humanizados y de calidad, que respeten las especificidades del joven;

II – atención integral a la salud, con especial énfasis en la atención y la prevención de los agravamientos que predominan más entre los jóvenes;

III – desarrollo de acciones articuladas entre los servicios de salud y los centros de enseñanza, la sociedad y la familia, de cara a la prevención de agravamientos;

IV – garantía de inclusión de temas relativos al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, a la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, y a los derechos sexuales y reproductivos en los proyectos pedagógicos de los diferentes niveles de enseñanza;



EL PAPEL ESTRATÉGICO ASUMIDO POR ESTOS SUJETOS DE DERECHOS QUE SE FORTALECEN COMO SUJETOS POLÍTICOS IMPLICA UNA PROGRESIVA REFORMULACIÓN DEL CONCEPTO DE JUVENTUD.

V – reconocimiento del impacto del embarazo deseado o no, sobre los aspectos médico, psicológico, social y económico;

VI – capacitación de los profesionales de salud, con una perspectiva multiprofesional, para enfrentar temas relativos a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, incluso con deficiencia, y al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas por parte de los jóvenes;

VII – habilitación de los profesores y de los profesionales de la salud y de la asistencia social para la identificación de los problemas relacionados con el abuso y la dependencia del alcohol, el tabaco y otras drogas y para la adecuada derivación a los servicios asistenciales y de salud;

VIII – valoración de las asociaciones con instituciones de la sociedad civil en el tratamiento de las cuestiones de prevención, tratamiento y reinserción social de los usuarios y dependientes del alcohol, del tabaco y de otras drogas;

IX – prohibición de propaganda de bebidas con contenido alcohólico de cualquier graduación por personas menores de 18 (dieciocho) años de edad;

X – difusión de campañas educativas relativas al alcohol, al tabaco y a otras drogas causantes de dependencia; y

XI – articulación de las instancias de salud y justicia en la prevención del uso y abuso del alcohol, el tabaco y otras drogas, incluidos los esteroides anabolizantes y, principalmente, el crack.

EL SUS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES



LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS
ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES DEBEN RECIBIR ESPECIAL
ATENCIÓN, PUESTO QUE EN LA AFIRMACIÓN DE ESTOS
DERECHOS RADICA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA Y EL
EMPODERAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos entre los derechos fundamentales de la población joven se alinea con los compromisos asumidos por el Estado brasileño durante la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, Viena 1993; en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), Cairo 1994; así como con los principios de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CEDAW) también de 1994. Estos eventos y los documentos derivados de ellos, especialmente el Programa de Acción de la CIPD, fueron fundamentales para la inclusión de los adolescentes y los jóvenes como sujetos de derecho a la salud sexual y reproductiva a los que llegar mediante normas, programas y políticas públicas.

En el contexto más amplio del debate sobre Salud y Juventud en el SUS, los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y los jóvenes deben recibir especial atención, puesto que en la afirmación de estos derechos radica el fortalecimiento de la autonomía y el empoderamiento de los individuos.

Este bloque de derechos fundamentales implica que las y los jóvenes también tienen:

- ▶ Derecho a vivir plenamente la sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa y falsas creencias;
- ▶ Derecho a vivir la sexualidad independientemente del estado civil, edad o condición física;
- ▶ Derecho a elegir el(la) compañero(a) sexual;
- ▶ Derecho a elegir si quieren o no quieren tener relaciones sexuales;
- ▶ Derecho a vivir y expresar libremente la sexualidad sin violencia, discriminaciones e imposiciones, y con total respeto por el cuerpo del(la) compañero(a);
- ▶ Derecho a tener relaciones sexuales, independientemente de la reproducción;
- ▶ Derecho a decidir de forma libre y responsable, si quieren o no tener hijos, cuántos hijos desean tener y en qué momento de sus vidas;
- ▶ Derecho al acceso a la información y a los medios y las técnicas para tener o no tener hijos;
- ▶ Derecho a ejercer la sexualidad y la reproducción libres de discriminación, imposición y violencia;
- ▶ Derecho al sexo seguro para la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual (ES) y Sida;
- ▶ Derecho a servicios de salud que garanticen la privacidad, la confidencialidad y una atención de calidad sin discriminación;
- ▶ Derecho a la información y a la educación sexual y reproductiva (Brasil, 2010, p. 15-16).

En noviembre de 2004, el Ministerio de la Salud promovió, en Brasilia, el Taller de Elaboración del Marco Teórico-Referencial de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes. En aquel momento, había también un consenso en cuanto a que uno de los grandes retos planteados era implementar acciones de salud que atendiesen a las especificidades de la población joven, “de forma integral, y en respuesta a las demandas impuestas por las condiciones resultado de las diferentes situaciones vitales de los adolescentes y los jóvenes del País”. Se reconocía también, que dichas acciones deberían “considerar las desigualdades de género basadas en la raza/color, la orientación sexual y la clase social y contribuir a su superación”, así como “las diferencias culturales y las desigualdades socioeconómicas entre las diferentes regiones del País y su impacto en la situación de la salud y en la organización de las acciones”. Para ello, sería indispensable promover una reorganización de los servicios, basada en un proceso de re-evaluación del papel de los diferentes actores implicados en la atención a la población joven en los servicios de salud y en los demás sectores que desarrollan políticas de atención a la juventud (Brasil, 2006, p.9-10).

Habiendo firmado los mencionados acuerdos internacionales, el gobierno brasileño ha fomentado una serie de acciones orientadas a la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva de los adolescentes y los jóvenes.

La acción más conocida es el Programa Salud en la Escuela, una política intersectorial del Ministerio de la Salud y del Ministerio de Educación (MEC), orientado a la evaluación de las condiciones de salud, las acciones de seguridad alimentaria y promoción de una alimentación saludable, la promoción de las prácticas corporales y de actividad física; la educación en sexualidad; la salud reproductiva y la prevención de las ETS/Sida y las Hepatitis Virales; las acciones de prevención del embarazo no deseado en la adolescencia, la prevención del uso de alcohol, el tabaco y otras drogas; la promoción de la cultura de paz y la educación de los jóvenes para la promoción de la salud. Tiene como público prioritario los estudiantes de la red pública de enseñanza (Enseñanza Básica, Enseñanza Media, Red Federal de Educación Profesional y Tecnológica y Enseñanza para Jóvenes y Adultos).

El Proyecto Salud y Prevención en las Escuelas (SPE) es una de las acciones del Programa Salud en la Escuela (PSE), que tiene como finalidad contribuir a la formación integral de los y las estudiantes de la red pública de educación básica, mediante acciones de prevención, promoción y atención a la Salud. Implementado en asociación con la UNESCO, la UNICEF y el UNFPA, el SPE

se basa en una demanda de la población, y ha sido implantado en los 26 estados de Brasil, en el Distrito Federal y en aproximadamente 600 municipios.

La propuesta del proyecto es llevar a cabo acciones de promoción de la salud sexual y la salud reproductiva de los adolescentes y los jóvenes, articulando los sectores de salud y educación. Con esto, se espera contribuir a la reducción de la infección por HIV y también a la de los índices de evasión escolar debida al embarazo no deseado en la adolescencia.

La situación de embarazo es un hecho paradigmático a tener en cuenta en la política de juventud en Brasil. El embarazo puede vivirse de diferentes maneras, dependiendo del momento de la vida en el que se produce, de las relaciones familiares, de la relación entre la pareja, de las condiciones económicas de las familias, de la filiación religiosa, en definitiva, de un gran número de factores, cuya importancia solamente podrá percibirse y entenderse si los principales sujetos de este proceso – las (los) jóvenes – son, de hecho, escuchados y considerados como sujetos de derechos, capaces de tomar decisiones respecto a sus propias vidas.

En la franja de edad de 10 a 14 años, el embarazo está relacionado, mayoritariamente, con casos de violencia sexual. En edades más avanzadas de la adolescencia, de 15 a 19 años, el embarazo tiende a estar relacionado con la falta de información, orientación/educación integral en sexualidad; las restricciones en el acceso a los servicios de salud y a los insumos para la planificación reproductiva; así como con el bajo estatus de las mujeres adolescentes en nuestra sociedad. Para muchas adolescentes, la llegada del embarazo pueden entenderla como una posibilidad de encontrar y sustentar una posición social, sobre todo en contextos marcados por las desigualdades de género, raza y clase social.

Aunque sean numerosos los retos, las inversiones dedicadas a la ampliación del acceso a las informaciones adecuadas, y en un lenguaje apropiado, a los servicios, a las acciones de promoción y atención a la salud, así como a los insumos de la salud reproductiva, han tenido efectos positivos; tanto es así que se aprecia una tendencia a la disminución en los partos de mujeres en la franja de edad de 10 a 19 años de edad. Según los datos del Ministerio de la Salud, se registraron 486.292 partos en 2009, seguidos de 469.742 partos en 2010 y de 467.702 en 2011.

Como advierte Lusení Aquino, hay que reconocer que en la actualidad:

el inicio precoz de la sexualidad no representa, en sí, una forma de paso a la vida adulta; tal vez pueda entenderse mejor como otra forma de “probar” experiencias del mundo adulto, sin asumirlo completamente. Así, parejas de jóvenes viviendo juntos sin matrimonio, jóvenes que educan a sus hijos en casa de sus padres o incluso jóvenes que viven con sus padres incluso después de ser independientes económicamente son fenómenos cada vez más comunes, que desorganizan la interpretación tradicional de la transición a la vida adulta, poniendo de manifiesto el desempeño de varios “papeles adultos” por parte de individuos que aún se identifican como jóvenes (Aquino, 2009, p.28).

Así, este ambiente lleno de nuevas posibilidades invita al desarrollo de planteamientos que contribuyan, decisivamente, a que los adolescentes y los jóvenes sean capaces de tomar decisiones voluntarias, sin coerción y sin discriminación, en el ejercicio de su sexualidad y de su vida reproductiva y, en consecuencia, logren su pleno potencial.

En este sentido, destacamos algunas experiencias exitosas que han venido implementándose en diferentes lugares del país, tal y como han sido descritas por los equipos responsables.

Se pretende que las buenas prácticas que se presentan en esta publicación motiven al sector de la salud y a los demás sectores, en conjunto, a invertir en la mejora de las capacidades institucionales para reconocer e incluir las necesidades y las expectativas de los adolescentes y los jóvenes en materia de salud en las políticas, las acciones y los programas; a producir y llevar a cabo la gestión del conocimiento sobre la importancia de la salud, en especial la salud sexual y reproductiva, para el desarrollo del potencial pleno de los adolescentes y los jóvenes; a comunicar y a promover el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva en el ámbito de los derechos de la población joven, del derecho al desarrollo y a las generaciones futuras; a mejorar las capacidades institucionales para monitorear y evaluar las políticas para los adolescentes y los jóvenes, en especial las acciones y los programas en salud sexual y reproductiva.

Laboratorio de Innovación para las Buenas Prácticas en Atención a Adolescentes y Jóvenes

El Laboratorio de Innovación para las Buenas Prácticas en la Atención de Adolescentes y Jóvenes fue diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud (MS), a través de la Coordinación General de Salud de Adolescentes y Jóvenes / Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas / Departamento de Cuidado de la Salud en colaboración con la Organización Panamericana de Salud (OPS - Brasil). El objetivo del Laboratorio de Innovación es recopilar, identificar y mejorar las prácticas innovadoras en la atención de salud para adolescentes y jóvenes.

Laboratorio de Innovación - Buenas Prácticas - <http://apsredes.org/site2013/laboratorio-de-inovacao/>

Adolec Brasil

En funcionamiento desde 1999, Adolec Brasil tiene como objetivo promover el acceso en línea eficiente y equitativo a la información científica y técnica pertinente a la salud de adolescentes y jóvenes en Brasil. El Ministerio de Salud, a través de la Coordinación General de Salud de Adolescentes y Jóvenes, alienta la difusión de información con el fin de contribuir a la calificación de la práctica de la atención de salud para adolescentes y jóvenes.

Biblioteca Virtual en Salud - Adolec/BIREME- <http://www.adolec.br/php/index.php>

Implantación del Prenatal Psicológico: cómo construir esta cultura en la Atención Primaria en Salud. Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal

Objetivos

Implantar y acompañar el prenatal de las adolescentes a partir de una visión psicosocial. Reconocer e identificar las necesidades psicosociales del periodo de embarazo, sistematizando propuestas que fomenten la construcción paulatina de las habilidades del maternaje, así como el sentido subjetivo de la maternidad, dirigidas a las especificidades de este público. Estos objetivos se basan en la prioridad del cuidado gestacional promovido por la Red Cigüeña, así como en las políticas de salud de la Mujer y de los Adolescentes.

Contexto y Justificación

La implantación de la atención prenatal de las adolescentes embarazadas surgió como consecuencia de la demanda atendida por el Programa de Salud de los Adolescentes (PRAIA), presente en las 15 áreas regionales de salud del Distrito Federal. Los discursos de las adolescentes embarazadas hacían referencia a un intenso sufrimiento psíquico, originado por su condición, que además de conllevar cambios físicos y emocionales intensos, les convertía en objetivo de discriminación y de estereotipos en todos los ambientes que frecuentaban. Como el PRAIA, incluso en su forma más descentralizada, al actuar a través de la Estrategia de Salud de la Familia puede captar a estas gestantes, formamos un grupo de adolescentes embarazadas para proponer una atención prenatal que tuviera como especificidad la atención a las demandas psicosociales y que favoreciera el diálogo y los intercambios de experiencias entre las gestantes.

Estrategias adoptadas

En un primer momento las adolescentes embarazadas son invitadas por el agente comunitario de salud, el médico de familia y los médicos y los enfermeros implicados en el prenatal tradicional, en las Unidades Básicas de Salud.

Las reuniones se organizan invitando, también, con carácter extensivo a los compañeros y abuelas de los bebés (madres de las gestantes).

Organización de las reuniones:

- Dinámicas de integración/ Registro de las expectativas/ Relatos de cada adolescente sobre cómo fue su reacción ante la noticia de que estaban embarazadas y las repercusiones familiares/ Discusión sobre la visión de la maternidad que tienen en ese momento.
- Discusión y presentación de una película sobre el desarrollo intrauterino, debatiéndose cuestiones sobre mitos y verdades en torno a la gestación, a partir de los conocimientos de las propias adolescentes.
- Las gestantes muestran gran preocupación con los dolores y con la ansiedad en el parto. Se revisa aquí el mito de la maternidad, con las dimensiones subjetivas que presenta, pero trabajando la idea de que la maternidad es algo construido y no instintiva. Se incluye aquí la participación de los abuelos, centrándose en las ventajas y también en los límites de dicha situación.
- Debate sobre el bebé imaginario y el bebé real y la comunicación madre-bebé. La forma que las gestantes adolescentes tienen de referirse a sus bebés se convierte en el tema de collages y de textos sobre sus proyecciones maternas, que luego son discutidas en grupo. Se sugieren formas diferentes de comunicación intrauterina como forma de crear vínculo.
- El tema del último encuentro son los contenidos del proyecto de educación de los hijos. Los padres indican qué es fundamental en la educación y se abre un debate sobre los aspectos intergeneracionales presentes, atendiendo a qué se quiere mantener y qué cambiar de la educación que recibieron. Se analiza una película, debatiéndose cuestiones que serán necesarias para un desarrollo emocionalmente saludable del bebé y de su familia. Se concluye el trabajo con una evaluación por escrito sobre la experiencia de grupo.

continúa ↓

Principales retos enfrentados

Rotación de las adolescentes en los grupos.

Dificultades de apoyo desde la gestión de los Centros de Salud y UBS, pues esto no se considera tan importante, en relación con las demás necesidades.

Falta de cultura de atención, lo que hace que las gestantes no sientan la necesidad de ser atendidas psicológicamente.

Falta de recursos humanos en el PRAIA para dirigir los grupos.

Resultados alcanzados o avances en proceso

- ▶ Situación psicológica favorable para enfrentarse al embarazo.
- ▶ Prevención de la depresión postparto.
- ▶ Formación de un referente de atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva en la propia UBS.
- ▶ Creación de una red de apoyo representada por las adolescentes integrantes del grupo, que mantienen sus vínculos en la comunidad.
- ▶ Construcción de habilidades para la vida, con atención a los aspectos prácticos del maternaje y del sentido subjetivo de la maternidad ampliado, con la participación del compañero, en una parentalidad saludable.
- ▶ Una acción prevista dentro de la Educación Permanente, aún por incorporar la intersectorialidad y la atención realizada de forma multiprofesional.
- ▶ Divulgación de toda la red de apoyo y de flujos que beneficia a la adolescente en la fase posterior al grupo: maternidades, bancos de leche, guarderías y otros.

Lecciones aprendidas

Potencialmente las adolescentes cuentan con habilidades para la maternidad, sin embargo se desacreditan sus experiencias.

Existen muchos estereotipos y prejuicios en torno a la adolescente embarazada. Aunque se quiera actuar preventivamente en el proyecto de vida, no se la puede dejar de acoger en ese periodo.

A los retos de la adolescencia, de construcción de su propio “yo”, se añade el reto de ser madre y entender que la maternidad es un proceso en el que se producen inversiones recíprocas.

Conclusiones

Es necesario que las adolescentes embarazadas sean visibles para las políticas públicas, en lo que se refiere a un acompañamiento psicosocial, cuyas demandas psicológicas puedan ser tratadas dentro de grupos previstos en la acción de programas ya existentes, como el PRAIA y otros.

Socios

Médicos ginecólogos, enfermeros, nutricionistas, enfermeros y psicólogos integrantes de la Estrategia de Salud de la Familia, NASF, UBS, o Centro de Salud tradicional.

Atención Integral de Salud del Adolescente **Secretaría Municipal de Salud de Betim- MG****Objetivos**

- Contribuir a la creación de una política municipal de Atención en Salud del Adolescente.
- Atender a los adolescentes con un equipo multiprofesional e interdisciplinar, formado por médicos, enfermeros, psicólogos y dentistas, entre otros.
- Llevar a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con reducción de riesgos y vulnerabilidades.
- Articularse con las escuelas para evitar la evasión escolar, especialmente de embarazadas y madres adolescentes.
- Reducción de la morbilidad y disminución de la evasión escolar.

Contexto y Justificación

La Unidad Básica de Salud de Imbiruçu (UBS Imbiruçu) se sitúa en Betim, una ciudad muy industrializada del Estado de Minas Gerais, que vivió un crecimiento muy rápido a partir de la década de 1960, con la implantación de la Refinería Gabriel Passos y de la Fiat Automóviles. Fue un crecimiento caótico, sin planificación, ni apoyo del poder público, dando como resultado la ocupación desordenada del suelo y la falta de equipamientos sociales básicos. Se trata de una ciudad con una buena renta per capita, pero con gran desigualdad social y violencia. Siendo los jóvenes las principales víctimas. La situación de la salud de la región de Imbiruçu presentaba altos índices de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 19 años, especialmente de sexo masculino, alto porcentaje de adolescentes embarazadas (índices más altos que los nacionales) y de evasión escolar de las embarazadas y de las madres adolescentes. Ante esta situación y debido a la inexistencia de actividades en la UBS orientadas a esta población, los trabajadores de salud decidieron crear este proyecto en 2009.

Estrategias adoptadas

Mobilización de actores institucionales y líderes, como: el Consejo Local y Municipal de Salud, la Administración Regional, las escuelas, las guarderías, el Consejo de Defensa de los Derechos del Niño y de los Adolescentes, los líderes y los trajadores de la salud, la educación y la asistencia social.

Construcción del proyecto con los trabajadores y capacitación de los adolescentes en salud.

Realización de un Seminario Regional con la participación de la escuelas, la asistencia social, la administración y la salud para debatir sobre el tema de la adolescencia y presentar el proyecto. Divulgación permanente e intensiva del proyecto en los eventos de salud, congresos, cursos, etc.

Atención individual a los adolescentes por parte de médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos y otros profesionales.

Organización de grupos de Madres Adolescentes, Adolescentes Gestantes y otros.

Acciones en las escuelas.

Implantación del Proyecto PET Vidas en Redes – con una investigación sobre la percepción de los adolescentes sobre el embarazo – con el objetivo de apoyar la permanencia de las adolescentes embarazadas y madres en la escuela.

Participación en la elaboración del Protocolo del Adolescente y debate con las Secretarías de Salud y Educación sobre las medidas para evitar la evasión escolar de las adolescentes embarazadas y madres.

continúa ↓

Principales retos enfrentados

Movilizar a los adolescentes.

Garantizar la infraestructura para el trabajo.

Garantizar el apoyo de la Secretaría de Salud para que los trabajadores del equipo pudieran desarrollar el proyecto.

Resultados alcanzados o avances en proceso

Se incluyó en las agendas de la Secretaría de Salud y de Educación la cuestión de la Atención al Adolescente.

Contribuyó a la elaboración del Protocolo del Adolescente en el municipio.

Consolidación de la articulación con la Escuela Conceição Brito, que permite hoy la construcción de una propuesta de apoyo individual a los adolescentes o en grupo.

Articulación con la Pontificia Universidad Católica de Betim en el Proyecto PET, que ha contribuido a marcar la pauta sobre el tema en la universidad.

Lecciones aprendidas

Necesidad de incluir a los adolescentes en el proceso de planificación, implantación y monitoreo.

Necesidad de articulación del proyecto con las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales desde una perspectiva en red.

Trabajar la deconstrucción de mitos y prejuicios sobre los adolescentes.

Conclusiones

Después de cuatro años de trabajo, resulta evidente que este tipo de proyecto requiere largo tiempo de maduración e inversión.

Es necesario garantizar la creación de una red de protección y solidaridad para cumplir con sus objetivos. Este tipo de acción sobrepasa el tiempo político de los gestores, y, por ello, requiere estrategias de mantenimiento independientemente de los cambios que se produzcan en las instituciones públicas.

Socios

Secretaría Municipal de Educación, Asistencia Social, Secretaría Estatal de Salud, Consejos de Salud y de Defensa del Niño y de los Adolescentes, universidades, líderes comunitarios.

Actuación con grupos: momentos de reflexión e intercambio de saberes con un grupo de adolescentes vinculados a un Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS)

Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social – Balneário Piçarras-SC

Objetivos

General

Colaborar promocionando y favoreciendo el desarrollo de acciones del CRAS orientadas al empoderamiento y a la autonomía de los adolescentes residentes en el área de alcance.

Específicos

Fomentar momentos y espacios de debate entre los adolescentes residentes en las áreas de alcance del CRAS, integrando sus vivencias personales y sus reflexiones.

Posibilitar estrategias de creación y fortalecimiento de los vínculos comunitarios entre los adolescentes de las áreas de alcance del CRAS.

Promover la salud a través de la reflexión y de las metodologías participativas sobre temas de la vida, como las relaciones, la escuela, el proyecto de vida, etc.

Contexto y Justificación

Los logros brasileños en la consolidación de las políticas como derecho del ciudadano y deber del Estado, se caracterizaron por la búsqueda incesante de un desarrollo humano y social con autonomía y con acceso a los recursos. El CRAS surge como puerta de acceso de la Política de Asistencia Social, actuando en la prevención de riesgos de vulnerabilidad y en el fomento de la familia como unidad de referencia, fortaleciendo vínculos y articulándolos con el contexto comunitario (Andrade y Romagnolis, 2010). Esta potenciación tiene como objetivo la lucha contra el sufrimiento ético-político, que Sawaia (2003) define como un dolor físico-emocional provocado por delimitaciones, establecidas por la sociedad, de posiciones sociales que causan en el sujeto sentimientos de injusticia, prejuicio y falta de dignidad, reduciendo las experiencias, bloqueando la reflexión y reforzando el sentimiento de impotencia respecto a la propia vida.

El público destinatario del CRAS se caracteriza por su vulnerabilidad en relación al acceso a los derechos y a los servicios públicos y a la capacidad de acción y autonomía (Fundación de Acción Social, 2009). Con la atención puesta en esta población, no basta solamente con la creación de renta y con la ayuda asistencialista, es necesario hacer posible el desarrollo del potencial ciudadano de esta población (FAS, 2009), creando bienestar y salud. El trabajo social con familias y grupos vinculados a vulnerabilidades debe preocuparse constantemente por el estímulo de la reflexión y del debate sobre el pleno ejercicio del Derecho y de la Ciudadanía (Guimaraes e Almeida, 2003); colaborando en el proceso de mejora de la calidad de vida y de la autonomía para vivir. El reto, para la Psicología, es identificar los procesos de sufrimiento en las familias y en las comunidades, donde las personas en situación de vulnerabilidad social cuentan con sus vínculos más relevantes.

Esta atención requiere cuidados, acercamiento, comprensión y una mirada puesta en la creación de autonomía y en la resignificación de los procesos de exclusión (CFESS, 2007). El presente trabajo tiene como objetivo prestar atención a los adolescentes usuarios o no del CRAS, que se encuentran en situaciones conflictivas que no promueven la salud; enfatizando el trabajo con grupos y colaborando en la creación de una conciencia crítica, sea colectiva o individual, permitiendo la expansión y la percepción de las identidades sociales (Freitas, 1996). Las acciones se llevaron a cabo primando el hacer posible una intervención guiada por preceptos éticos humanos, que creen situaciones desafiantes de estímulo y de orientación en la reconstrucción de las historias vividas entonces, desde la óptica de la opresión, marcando la pauta del trabajo hacia la defensa y la afirmación de los derechos y el desarrollo de capacidades y potencialidades, orientada a la salud, el bienestar y el enfrentamiento de situaciones de la vida cotidiana.

continúa ↓

Estrategias adoptadas

Para establecer la definición y el alcance de los objetivos, se realizaron reuniones con la coordinadora y con la psicóloga del CRAS, recogiendo informaciones sobre las necesidades del contexto y de la población atendida. Se analizaron también documentos, informes y protocolos utilizados por el CRAS. A partir de las informaciones obtenidas se identificó la necesidad de una atención orientada a los jóvenes y los adolescentes del municipio. Ante esta necesidad se elaboró una planificación que procurara la recogida de información sobre los jóvenes estudiantes

de Enseñanza Media interesados en participar en un grupo de convivencia y fortalecimiento de vínculos; de los jóvenes que se interesaron, 88 (ochenta y ocho) pertenecían a las áreas de alcance del CRAS. Una vez realizado el registro, se les enviaron invitaciones individuales, facilitándoles una ficha de inscripción para el grupo. Las reuniones se realizaron con una metodología participativa, mediante vivencias dinámicas, debates y talleres, entre otros. De acuerdo con Silva (2002), las metodologías participativas permiten visualizar, experimentar y acercarse a un discurso que no limita las acciones del otro, o sea, que posibilita una escucha respetuosa y una participación auténtica de los implicados.

Resultados alcanzados o avances em proceso

Las actividades propuestas se realizaron teniendo en cuenta, además de las sugerencias de temas realizadas por los propios adolescentes, el recurso al contexto escolar como forma de favorecer la ambientación de los participantes adolescentes, para que sintiesen seguridad en la interacción con el grupo. El trabajo logró favorecer la creación y el fortalecimiento de vínculos entre los adolescentes, puesto que, en algunos casos, el trato entre ellos en la escuela era distante. El trabajo sobre el tema "proyecto de vida" permitió la participación de los adolescentes de forma coherente; produciéndose la exposición angustiosa de muchos participantes, pues, hasta entonces, no se habían parado a pensar en su futuro, como afirmaba un participante: "este tema nos hizo que pensáramos sobre nosotros mismos".

Según Pereira y col.(2009), pensar en el propio proyecto de vida hace referencia al autoconocimiento y a la proyección futura, siendo muy importante, tanto para los cambios en uno mismo y en el medio, como para la elección profesional; un factor que surgió con frecuencia en el debate y que algunas veces se asociaba con el futuro y con el empleo. El prejuicio, un tema importante simbolizado por la cuestión del bullying en las escuelas, fue sugerido por los adolescentes y guarda estrecha relación con la creación de grupos en las escuelas; propiciando entre los participantes un momento de reflexión que, hasta ese momento, no se había producido por su parte; haciendo posible la percepción de la experiencia del que sufre el prejuicio, del impacto que puede causar y de hasta qué punto la inversión de papeles puede favorecer la cultura de pa. El hecho de que la mayoría de los jóvenes nunca se hubiera parado a reflexionar sobre el impacto que un prejuicio puede causar resultó negativo, sin embargo, la presentación de una posición crítica frente a esto se puede considerar una potencialidad, como evidenciaba la charla de un participante: "nunca nos ponemos en el lugar del otro, cuando uno se pone se da cuenta de lo que puede causar".

Este proceso de autoevaluación es importante para que el adolescente conozca sus valores y se sienta responsable y comprometido con las actitudes que adopta a partir de esos valores; siendo indisoluble la consciencia de los valores de la consciencia de las actitudes y decisiones (Silva, 2002). A partir de las actividades realizadas, resultó claro que existe una tendencia a la creación de estereotipos en nuestras relaciones cotidianas, lo que puede causar un impacto negativo en la vida de los adolescentes, como muestra Santos (2003), al realizar una investigación con adolescentes negros, que solamente por el hecho de ser negros ya experimentaban una cotidianeidad diferente, siendo mayor la exigencia de responsabilidad, las experiencias de marginalidad formaban parte de su día a día y la presencia de baja autoestima en cuanto a las relaciones afectivas y a la autoimagen eran constantes

continúa→

Las relaciones vividas por los adolescentes pueden ser muy complejas, fundamentalmente en el contexto escolar. Uno de los temas sugeridos por los propios adolescentes se refería a la relación alumno-profesor, lo que refleja una necesidad de convivir en paz en las escuelas, pero que todavía debe trabajarse más debido a las constantes dudas que surgen en esa fase de la vida. Resultó evidente que, cuando los adolescentes se encuentran con un conflicto, la primera opción es la omisión, lo que lleva a interpretar que en su vida cotidiana los adolescentes evitan y posponen, en vez de resolver y negociar los conflictos, lo que lleva a un prejuicio en las relaciones y también en el aprendizaje de los alumnos (Leite, 2008). Como se confirma con las otras temáticas, los alumnos tienen una dificultad inherente para reflexionar sobre la vida y ponerse en el lugar del otro. Cuando esto sucede, los resultados son positivos e impactantes, porque permiten la crítica sobre sí mismos y la percepción de que en muchos casos es necesario ser flexible en las relaciones, siendo la buena convivencia un factor determinante y fundamental para el cumplimiento de la función escolar y del ejercicio de la ciudadanía (Leite, 2008). Se observó que desde la postura de los alumnos resulta difícil ver la posición del otro, sin embargo, cuando este ejercicio se hace, los jóvenes perciben que los conflictos pueden resolverse con mayor facilidad y menor desgaste, dando lugar a una buena relación entre alumnos y profesores.

Lecciones aprendidas

El presente trabajo puso de manifiesto la necesidad de los adolescentes de tener voz y también el deber de posibilitar momentos como éste, aunque, mediando de forma educativa y limitando los excesos para que no haya una pérdida del enfoque y de los objetivos de este tipo de momentos. Cabe aquí un fragmento de la canción "Comida", del grupo Titas, para la reflexión sobre el trabajo con adolescentes para visualizar lo aprendido con el presente trabajo: "No queremos solo dinero, queremos dinero, y felicidad. No queremos solo dinero, queremos por entero y no por la mitad".

Conclusiones

Las actividades permitieron vivir de forma auténtica las dudas a las que los adolescentes se encuentran sometidos en virtud de la falta de diálogo y de reflexión, además de las potencialidades que éstos poseen en su repertorio de conflicto. La articulación de estos momentos con los adolescentes permitió visualizar los discursos cristalizados de los adolescentes y hasta qué punto estos discursos se pueden convertir en manifestaciones ciudadanas y de bienestar mediante la reflexión, la participación, la construcción y el embate de ideas. Las actividades realizadas junto con el CRAS permitieron así una interacción con diferentes subjetividades en la búsqueda de la emancipación, el rescate de derechos y la ciudadanía, orientadas a una práctica técnico-científica y, por encima de todo, una ética profesional. Puede apreciarse con este trabajo que las principales dificultades de los adolescentes se centran en la posibilidad de ser ciudadanos activos y participativos y en hasta qué punto espacios para la reflexión y la discusión sobre la vida pueden posibilitar el empoderamiento y el fortalecimiento de vínculos comunitarios y en consecuencia impactar en la salud y en el bienestar. Hace falta pensar en articulaciones entre los diferentes niveles gestores y la comunidad para favorecer estos espacios y satisfacer una demanda que no requiere prácticas asistencialistas, sino movimientos a favor de una ciudadanía participativa en las decisiones sobre sus vidas subjetivas y sociales, individuales y colectivas.

Socios

Escuela de Educación Básica Alexandre Guilherme Figueiredo – Balneario Piçarras.

Fuentes de información

ANDRADE, L. F. de y ROMAGNOLIS, R. C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicol. cienc. prof.*, v. 30, n. 3, set. 2010. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI414-98932010000300012&lng=pt&nrm=iso. Acceso el: 26 de octubre de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social. Brasília: CFP/CEFESS, 2007.

FREITAS, M. de F. Q. de. Psicologia na comunidade, Psicologia da comunidade e Psicologia (social) comunitária: algumas diferenças. Em: CAMPOS, R. H. de F. (org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, p. 72-73.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. Protocolo de Gestão dos Centros de Referência da Assistência Social de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba: Curitiba, 2009.

GUIMARÃES, R. F. e ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. En: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 127-135.

LEITE, C. R. Convivência escolar: a questão dos conflitos entre alunos e professores e alunos. En: VIII Congresso nacional da Educação – Educere, 10, 2008, Curitiba, PR. Anais (online). Curitiba: Champagnat, 2008. Disponible en: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/127_136.pdf. Acceso el: 17 de abril de 2012.

PEREIRA, Fabiola Cristiane; SANTOS, Fernanda Oliveira; SANTOS Luana Carola dos. Prosas e reflexões sobre orientação profissional, projeto de vida e extensão universitária: relato de experiência com jovens do ProJovem do município de Ponto dos Volantes, nordeste de Minas. En: IV Seminário de Extensão Universitária – Formação Acadêmica e Compromisso Social, 2009, Belo Horizonte. Artigos Apresentados, 2009.

SAWAIA, B. B. Família e Afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. En: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 39-50.

SILVA, R. C. da. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002

Red de Adolescentes y Jóvenes Promotores de Salud / RAP de la Salud
Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro y Centro de Promoción de la Salud (CEDAPS)

Objetivos

El Proyecto RAP de la Salud tiene como objetivo ampliar las acciones de promoción de la salud, especialmente junto a las comunidades populares, a través del protagonismo juvenil, la articulación intersectorial y la participación comunitaria. Resultados esperados: desarrollo de habilidades en los adolescentes y los jóvenes promotores de salud; cualificación de los servicios de salud; promoción de la salud en las comunidades; integración entre los jóvenes de las comunidades populares y las políticas públicas; visibilidad en positivo para los jóvenes de las comunidades populares, especialmente los jóvenes negros.

Contexto y Justificación

Río de Janeiro es una ciudad que ofrece muchas oportunidades y, al mismo tiempo, presenta grandes disparidades. Las comunidades populares son territorios donde convergen factores negativos que se concentran para mayor vulnerabilidad de sus residentes frente a diferentes agravamientos de la salud. Estas injusticias se manifiestan de forma más rotunda en las tasas de homicidios de los adolescentes y los jóvenes, sobre todo entre los jóvenes negros. Violencia, prejuicios, machismo, inmediatez y falta de perspectivas son los factores que contribuyen a mantener este escenario. La inversión en los jóvenes y en los adolescentes y la valoración de sus potencialidades, la creatividad y el dinamismo, son elementos clave para la promoción de la salud y del desarrollo económico, social y político.

Estrategias adoptadas

El proyecto, iniciado en 2007, se encuentra en su tercera etapa y se viene desarrollando a través de un convenio con la ONG CEDAPS.

Historial: El protagonismo juvenil viene siendo señalado como la estrategia privilegiada para promover la salud y el desarrollo del adolescente/joven y de la comunidad en la que está inserto. La Secretaría Municipal de Salud (SMS) contaba con una experiencia exitosa de participación juvenil en el Adolescente Maré (2000 a 2004) y Paulo Freire (inaugurado en 2004), que habían mostrado un impacto positivo en los jóvenes, en los servicios y en las comunidades. Para ampliar esa iniciativa junto a otras comunidades, fue creado en 2007 el proyecto Red de Adolescentes Promotores de Salud, RAP de la Salud, a través de un convenio con la ONG CEDAPS. Inicialmente, cinco comunidades acogieron el proyecto, integrado en unidades de salud y equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. Con el apoyo de la RAP, se inauguró el Adolescente Augusto Boal en el CMS Américo Veloso. En 2009, momento en el que se realizó un nuevo convenio para dar continuación a la RAP, se estableció un acuerdo con la Plataforma de los Centros Urbanos (PCU) de la UNICEF, iniciativa basada en el protagonismo juvenil, en la participación social y en la articulación política, que procuraba la mejora de las condiciones de vida de los niños y los adolescentes a partir de la convergencia de políticas y programas sociales en territorios vulnerables (favelas y periferias). En 50 comunidades se constituyeron Grupos Articuladores Locales (GAL), con representantes del poder público, organizaciones comunitarias, y dos adolescentes comunicadores. Con el acuerdo con la RAP de la Salud estos 100 adolescentes pasaron a ser también promotores de salud.

continúa ↓

INICIATIVAS CON ÉNFASIS EN LA COLABORACIÓN ENTRE ADOLESCENTES, JÓVENES Y PROFESIONALES, DE MANERA CREATIVA Y COMPROMETIDA, AMPLIAN Y FORTALECEN LAS CAPACIDADES DE PROMOCIÓN Y REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD



Estrategias adotadas

La RAP de la salud hoy: en esta tercera etapa de la RAP de la salud, el proyecto paso a organizarse por equipos regionales, vinculados a las unidades de salud y/o iniciativas comunitarias. Además de actuar en su propio territorio, el grupo tiene como responsabilidad la sensibilización de otras unidades de salud y escuelas, para el desarrollo de acciones basadas en el protagonismo juvenil. Como el principal reto es la institucionalización y la continuidad de la RAP, en esta etapa se ha puesto el énfasis en la actuación junto a los equipos de salud de la familia. Los equipos regionales y su vinculación institucional: 1) Rociña: Espaço Joven Paulo Freire (ante Adolescentro)/Clínica de la Familia Dr. Rinaldo de Lamare; 2) Tijuca: CMS Heitor Beltrao; 3) Alemão/Peña: Educap y CF Dra. Zilda Arns; 4) Maré y Ramos: Adolescentro Augusto Boal/CMS Dr. Américo Veloso; 5) Jacareziño: CF Dr. Antídio Dias da Silveira; 6) Acari: CV Marcos Valadao; 7) Sulacap/Bangu: CMS Dr. Masao Goto; 8) Campo Grande: CMS Dr. Mario Rodrigues Cid.

Cada equipo regional está compuesto por los adolescentes multiplicadores, los jóvenes dinamizadores, los voluntarios y un facilitador regional. Este grupo tiene el apoyo de un equipo de personal en prácticas y asesores (gestión, apoyo a los equipo; arte y cultura; comunicación y articulación comunitaria). En total, el proyecto incluye entre 150 y 200 jóvenes. Los recursos de la RAP provienen de la SMS, fuente 100; existe una meta en el presupuesto municipal específicamente para este proyecto.

Los dinamizadores y facilitadores regionales reciben formación continua sobre temas de salud, ciudadanía y técnicas participativas. Transmiten estos contenidos a sus equipos y, a partir de las necesidades identificadas localmente o de la demanda de la SMS, desarrollan diferentes actividades. Los jóvenes se implican directamente en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones en asociación con los profesionales de la salud y con otros actores sociales. Las actividades incluyen talleres, ferias de salud, piezas de teatro, cuentacuentos, "Adolescine", producción de videos etc. Cada equipo tiene sus especificidades, dependiendo de su composición y de los acuerdos establecidos. El equipo de Sulacap, por ejemplo, trabaja especialmente con accesibilidad, puesto que cuenta con jóvenes sordos y oyentes. El grupo de Jacareziño, por su parte, presta especial atención al trabajo con teatro, la reducción de daños y la integración con el consultorio de calle.

continúa→

Resultados alcanzados o avances en proceso

Fortalecimiento de la autoestima de los jóvenes promotores y desarrollo de habilidades y competencias; cualificación de las actividades educativas en las unidades de salud; enfoque innovador sobre temas complejos como la sexualidad, la homofobia, la violencia y el racismo; producción de materiales educativos, como los videos utilizados por los jóvenes y los profesionales en los más diversos espacios; acuerdo con las coordinaciones y gerencias de la SMS, posibilitando una mayor adecuación de los materiales producidos a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes; difusión de la metodología de educación entre pares; mayor integración de la comunidades con las políticas públicas, fortaleciendo el control social; visibilidad en positivo de los adolescentes y de los jóvenes de las comunidades populares; ampliación de acuerdos y acciones intersectoriales

Lecciones aprendidas

La RAP es un producto de la inteligencia colectiva. Es la fuerza del trabajo conjunto entre los adolescentes, los jóvenes, los profesionales, las instituciones y las personas interesadas la que genera la creatividad y la riqueza de posibilidades que el proyecto trae a las comunidades y a los servicios de salud. Esta integración entre los diferentes actores y el compromiso con la causa de la juventud ayudan también a superar las numerosas barreras que la RAP de la Salud enfrenta, sobre todo en los momentos de renovación del proyecto, que resultan muy difíciles y desgastantes para todo el equipo.

Conclusiones

Un proyecto de esta naturaleza requiere una flexibilidad en cuanto a los recursos, que permita concretar las propuestas aportadas por los jóvenes y por sus comunidades. Un convenio permite esta flexibilidad, sin embargo, al mismo tiempo, genera discontinuidades que debilitan mucho el proyecto. Sería interesante que el Ministerio de la Salud pudiese pensar mecanismos gerenciales que potenciasen iniciativas como la RAP.

Socios

A nivel central: CEDAPS; UNICEF/ Plataforma de los Centros Urbanos; otras coordinaciones de la Secretaría Municipal de Salud; Comité de Salud de la Población Negra; Núcleo de Promoción de la Solidaridad y la Prevención de las Violencias; Comité Vida (GT Intersectorial de Masculinidades y Cuidado); Secretaría Municipal de Educación; Multirio; Secretaría de Ciencia y Tecnología; Red de Comunidades Saludables.

En los territorios: unidades de atención primaria de la SMS; Consultorio de calle; escuelas municipales y estatales; ONGs; grupos comunitarios; universidades; Grupos Articuladores Locales de la Plataforma de los Centros Urbanos UNICEF; Naves del Conocimiento, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Luseni. Introdução – A juventude como foco das políticas públicas. En: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: setembro 2013.

BRASIL. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)* – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude)* – Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Disponível em: http://issuu.com/secretariageralpr/docs/estatuto_de_bolso_web. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990* – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/05_Lei_8142.pdf. Acesso em: setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf. Acceso en: septiembre de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 26 (Saúde sexual e saúde reprodutiva). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Acceso en: septiembre de 2013.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. *A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista*. Dissertação (Mestrado em International Management), FGV, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Enid Rocha Andrade da e ANDRADE, Carla Coelho de Andrade. A Política Nacional de Juventude: avanços e dificuldades. . in: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

UNFPA. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, Cairo, 1994. Disponible en: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>. Acceso en: septiembre de 2013.

UNICEF. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*, ONU, 1989. Disponible en: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acceso en: septiembre de 2013.





TABLE OF CONTENTS

Background.....	80
Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), an achievement of our time	81
SUS Principles	82
Health facilities offered by SUS	85
SUS and comprehensive adolescent and youth health	88
SUS and adolescent sexual and reproductive health	92
References.....	110

BACKGROUND

In June 2012, Brazilian Health Minister, Dr. Alexandre Padilha, and United Nations Under-Secretary-General and United Nations Population Fund-UNFPA Executive Director, Dr. Babatunde Osotimehin, met to discuss the possibility of undertaking joint initiatives to promote the right to sexual and reproductive health and accelerate the reduction of maternal mortality.

Bearing in mind that investing in the current generation of adolescents and youth is a fundamental point for the progress of democracy and for making rights effective, in addition to being a development strategy (United Nations System in Brazil, 2013), the authorities reached consensus during the meeting that the initiative should prioritize this population.

Based on this understanding and on the guidance of the Ministry of Health's International Affairs Advisory Department, the UNFPA Country Office in Brazil, the Adolescent and Youth Health Sector of the Department of Programmatic and Strategic Actions of the Health Ministry's Health Care Secretariat, in partnership with the National Secretariat for Youth of the Office of the President of the Republic of Brazil, built a joint working agenda having as its first activity an international seminar to be held in October 2013 in Brasília.

During the Seminar "Health, Adolescence and Youth: promoting equity and building life skills", Brazil highlights the importance of investing in policies, programmes and actions that promote adolescent and youth autonomy, choices and life skills¹ with regard to exercising their sexuality and reproductive life.

Within this context, this publication presents the Brazilian health policy – the Unified Health System (Sistema Único de Saúde –SUS) – and shares experiences and good practices to assist adolescents and youth in making voluntary decisions as to exercising their sexuality, planning their reproductive life and preventing sexually transmitted diseases.

1 Life skills can be understood in this context as the construction of knowledge and abilities that enable the adolescent or young person to undertake choices that contribute to their healthy development, self-care and care of others, encompassing individual, affective-relational, family, community and organizational skills.

UNIFIED HEALTH SYSTEM,

AN ACHIEVEMENT OF OUR TIME

Brazil distinguishes itself positively from several other countries by recognizing health as a constitutional right. This means that the Brazilian State has taken on the commitment to provide its citizens with the conditions necessary for having full and free of charge access to all services aimed at preventing and treating diseases and illnesses, in accordance with Article 196 of the Federal Constitution. Health actions provided for in the Constitution range from primary care measures to the availability of high cost medication and high complexity procedures. An essential step in ensuring this was the creation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) in 1988, later regulated by Law No. 8,080/1990 and Law No. 8,142/1990. This in turn was a landmark in the change in the paradigm of public health service management.

During the twenty-five years since then, the process of implanting SUS has undergone a series of challenges. The efforts undertaken are based on the continuing defence of a health system capable of offering universal access to goods and services that guarantee the entire population's health and well-being, in an equitable and comprehensive manner, the management of which takes into account the strategic principles of decentralization, regionalization, hierarquization and social participation.

SUS PRINCIPLES

The Unified Health System (SUS) is a State policy comprised of bringing together in one system all health actions and services offered by federal, state and municipal direct and indirect administration institutions and bodies, as well as government maintained foundations. Complementary health services offered by outsourced private companies are also part of this policy.

This articulation is organized based on overriding principles and strategic principles.

The three **overriding SUS principles** are:

Universality – Recognizes health as a “right of all citizens and a duty of the State”. This is a constitutional principle, derived from Article 196 of the Federal Constitution (Brasil, 1988).

Integrity – Guarantees that health service users receive comprehensive care covering promotion, prevention, treatment and rehabilitation actions, with guaranteed access to all the Health System’s levels of complexity. Integrity also presupposes care focused on the individual, the family and the community (social inclusion) rather than care focused on a range of actions or illnesses (Brasil, 2009, p. 192).

Equity – SUS is bound to provide resources and services in a fair manner, in accordance with each person’s needs. The kind of care provided is determined by the complexity of each service user’s health problem. This implies the implementation of mechanisms to induce policies or programmes for populations facing unequal health conditions, by means of dialogue between the government and civil society, involving members of the various Ministry of Health (MoH) bodies and sectors, researchers and social movement leaders. It aims to achieve the availability of differentiated actions for groups with special needs. Health equity promotion committees and working groups are coordinated by the Ministry’s Secretariat for Participative Management, which guides actions for the following situations of social exclusion: rural population, Black population, Gypsy population and groups with specific sexual orientation SUS requirements (lesbian women, gay men, bisexual and transgender persons – LGBT) (Brasil, 2009, p. 138).

Also of great importance are the SUS **strategic principles**:

Decentralization – Is the process of transferring management responsibilities to the municipalities, in accordance with the constitutional and legal provisions on which SUS is based and which define common attributions and specific responsibilities of the Union, the states, the Federal District and the municipalities (Brasil, 2009, p. 115).

Regionalization – This principle makes evident the importance of articulation between state and municipal health managers in implementing qualified and decentralized health policies, actions and services, enabling access, integrality and the solution of problems in the provision of health care to the population. Regionalization should serve as a guide to the decentralization of health actions and services. This process involves identifying and forming health regions – territorial spaces in which health care actions will be conducted, with the aim of achieving results with the highest level of problem-solving and quality, as well as greater regional joint management capacity (Brasil, 2009, p. 314).

Hierarquization – Health services are structured in a hierarquized manner, comprising an increasing arrangement of levels/types of complexity, spread over a delimited geographical area, in order to provide services to a given population and to offer all available types of technology (Quinellato, 2009).

Social Participation – Ensures the inclusion of new social subjects in SUS management processes as active participants in debates on and formulation and monitoring of the policies developed by the Brazilian public health system, thus providing it with legitimacy and transparency. Social participation is provided for both by the Constitution and the law and brings realism, transparency, collective commitment and effective results to SUS management. It is directly related to the degree of political awareness and organization of civil society itself (Brasil, 2009, p. 237-238).



HEALTH FACILITIES

OFFERED BY SUS

In a universe comprised of more than 190 million individuals (IBGE, 2010), some 80% of the population mainly or exclusively use the network of services provided by SUS. Moreover, Ministry of Health data for the year 2008 showed that SUS had 11 million inpatient hospital admissions, 2 million child-births and 19 thousand organ transplants per annum (CCMS, 2009).

In turn, the experiences of the Primary Health Teams illustrate how SUS has sought to disseminate the concept of health as being quality of life, rather than the concept previously used – and currently greatly questioned –, which saw health merely as being the absence of diseases. The work done by the Primary Health Teams takes place mainly at Primary Health Centres (PHC) under the Family Health Programme. These Centres offer primary care in Paediatrics, Gynaecology, General Practice, Nursing and Dentistry. Although investments in health are high, the capacity to provide primary care corresponds to around 70% of the total population, with variations in the country's states as can be seen in Table 1.



IN A UNIVERSE COMPRISED OF MORE THAN 190 MILLION INDIVIDUALS (IBGE, 2010), SOME 80% OF THE POPULATION MAINLY OR EXCLUSIVELY USE THE NETWORK OF SERVICES PROVIDED BY SUS

TABELA 1 Primary Health Care centres (Phc), by region, state and coverage capacity. Brazil, 2013

STATE	NUMBER OF PHC IN 2013	POPULATION COVERED (NO.)	POPULATION COVERED (%)
Northern Region			
Acre	239	575,646	78.47
Amazonas	595	1,971,316	56.58
Amapá	188	459,065	68.56
Pará	1557	3,526,951	46.52
Rondônia	313	978,298	62.61
Roraima	192	299,672	66.52
Tocantins	364	1,101,539	79.62
Northeast Region			
Alagoas	957	2,400,029	76.91
Bahia	4022	9,291,176	66.28
Ceará	2299	5,684,054	67.24
Maranhão	2100	5,006,733	76.15
Paraíba	1651	3,464,023	91.96
Pernambuco	2339	6,034,353	68.59
Piauí	1403	2,909,424	93.29
Rio Grande do Norte	1203	2,534,507	80
Sergipe	630	1,760,008	85.1
Midwest Region			
Distrito Federal	171	598,500	23.28
Goiás	1356	3,953,777	65.85
Mato Grosso	861	1,976,500	65.12
Mato Grosso do Sul	588	1,775,501	72.49
Southeast Region			
Espírito Santo	879	2,520,216	71.69
Minas Gerais	5312	15,565,002	79.42
Rio de Janeiro	2149	8,943,663	55.93
São Paulo	4725	24,202,054	58.65
Southern Region			
Paraná	2695	7,503,412	71.84
Rio Grande do Sul	2510	7,172,703	67.07
Santa Catarina	1783	5,192,319	83.09
Brazil (Total)	43081	127,400,441	66.78

Source: Ministry of Health (MoH) / Strategic Management Support Room.

Reference period: July 2013.

Another noteworthy SUS action is the National Urgency and Emergency Programme, which aims to articulate and integrate care provided in cases of urgency, given that it establishes a form of networking between primary care (comprised of Primary Care Centres and Family Health Teams), intermediate care (Mobile Urgency Care Service [Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192], and Accident and Emergency Units – 24hour A&E), and medium and high complexity care (provided in hospitals). In this context, SAMU is a strategic facility since it presupposes direct dialogue between citizens and health services, in addition to avoiding the regrettable toing and froing in search of hospital beds, given that the SAMU professionals provide initial care to patients in their mobile units and know which hospital to take them to.

People born from the 1980s onwards may have difficulty in understanding the significance of these statistics, but what needs to be borne in mind is that SUS is a recent conquest that required the concerted efforts of diverse segments of organized civil society in defence of public health. SUS needs to be increasingly incorporated into the daily lives of its users in order for it to work well and even better with every day that goes by.

To find out more about the creation of SUS, watch the documentary entitled **Health Policies in Brazil: a century fighting for the right to health**, written and directed by Renato Tapajós, 2006.

AVAILABLE AT: [HTTP://YOUTU.BE/SP8FJc7YTA0](http://youtu.be/SP8FJc7YTA0)



SUS AND COMPREHENSIVE ADOLESCENT AND YOUTH HEALTH

According to the 2010 Census, the Brazilian population of adolescents and youth aged 10 to 24 currently accounts for at least 50 million people, representing some 26.9% of the total population and therefore one of its largest segments. This percentage of young people provides what is referred to as the “demographic bonus²”, which creates an historic opportunity for investing in the young generation as a strategy for the progress of both democracy and development.

Although there are still some discrepancies as to the age limits defining youth – the United Nations considers youth to be individuals aged 10 to 24, whereas in Brazil Article 1 of the Youth Statute (Law No. 12,852), enacted on August 5th 2013, defines youth as being people aged 15 to 29 –, nevertheless there is no doubt that this agenda has achieved increasing visibility both in the debate forums of Brazilian society and also in the public policies implemented by the federal, state and municipal governments. The recent approval of the Statute is a good example of this.

The participation of this segment within the Brazilian population as a whole

2 Demographic bonus is a rapid and transitory process expected to last until the 2020s, representing an historic possibility of driving forward inclusive social and economic growth. It involves a reduction in the percentage of dependency, with an increase in the economically active population and a decrease in the number of people in this group who are potentially dependent, including children and the elderly. Although it is transitory, the impacts of this demographic process can bring decisive and long-lasting benefits, provided the country adopts strategies to transform the quantitative advantage of the economically active population into a qualitative advantage, principally through investments in the qualified education of human capital (United Nations System in Brazil, 2013).

and the work of youth leadership organizations and groups contribute decisively towards these people being able to defend specific ways of experiencing public and private spaces on a wide variety of levels, such as education, work, culture, leisure, as well as health and sexuality. The strategic role played by these subjects endowed with rights who are strengthening themselves as political subjects implies the progressive reformulation of the concept of youth, recognizing that this stage of life is not merely a time of transition between two realities seen as being opposite: childhood and adulthood.

An important step in this direction was the launching of the National Policy on Youth in 2004, followed by the creation of the National Secretariat for Youth (an executive body – but not a ministry – within the General Secretariat of the Office of the President of the Republic) and the National Youth Council (a consultative and propositional body for articulation between the government and civil society) in 2005; the reformulation of the national policy by means of integrating youth programmes (“ProJovem Integrado”) in 2007; the National Youth Conferences held in 2008 and 2011, as well as the approval of the Youth Statute in August 2013 as mentioned above.

Nevertheless, this is not the same as saying that youth in Brazil has managed to make its dreams come true or that respect for its human rights is a reality. Official statistics show that the population of young people faces a scenario of iniquities in terms of education, access to the job market, cultural facilities, health services and, in particular, protection against violence. Nor is it stretching the point to note that all of this is closely linked to the reproduction of inequalities relating to income, race/ethnic origin, gender, sexual orientation, territoriality, etc. (Silva and Andrade, 2009).

Specifically with regard to comprehensive health care for adolescents and youth, the Ministry of Health has made efforts to establish specific programmes, projects and policies. These political and programmatic actions necessarily indicate the need for dialogue and interface with other areas of public service management, such as education, culture and work, given that they involve the building of the life plans of adolescents and youth.

In 2005, the Ministry of Health launched the publication entitled *Legal Framework: health, a right of adolescents*, taking as its first legal instrument of reference the *Statute of the Child and Adolescent* (Law N°. 8,069/1990), which recognized adolescents as subjects who have rights and no longer as the object of State, family or society intervention; i.e., in close keeping with

the principles defined in 1989 by the United Nations Organization Convention on the *Rights of the Child*.

More recently the way of approaching this issue has been updated as a result of the approval of the *Youth Statute*, as mentioned above. In this new legal instrument, the Right to Health is highlighted once more in Section V, Articles 19 and 20:

Article 19. Young people have the right to health and quality of life, considering their specificities in relation to comprehensive disease prevention, health promotion, protection and recovery actions.

Article 20. Public policies on youth health care shall be developed in keeping with the following guidelines:

I – universal and free of charge access to the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) and humanized quality health services that respect young people's specificities;

II – comprehensive health care, with special emphasis on caring for and preventing illnesses more prevalent among youth;

III – development of actions articulated between health services and teaching establishments, society and families, with the aim of preventing illness;

IV – guaranteeing the inclusion of themes relating to the consumption of alcohol, tobacco and other drugs, sexual and reproductive health, focusing on gender and sexual and reproductive rights in teaching projects at all levels of education;

V – recognition of the impact of pregnancy, whether planned or not, from a medical, psychological, social and economic perspective;



THE STRATEGIC ROLE PLAYED BY THESE SUBJECTS ENDOWED WITH RIGHTS WHO ARE STRENGTHENING THEMSELVES AS POLITICAL SUBJECTS IMPLIES THE PROGRESSIVE REFORMULATION OF THE CONCEPT OF YOUTH.

VI – strengthening the capacity of health professionals, from a multi-professional perspective, to deal with issues relating to the sexual and reproductive health of young people, including those with disabilities, as well as issues relating to alcohol, tobacco and other drug abuse by young people;

VII – preparation of education, health and social service professionals to identify problems relating to abusive use and dependence on alcohol, tobacco and other drugs, including referral to social and health services;

VIII – placement of value on partnerships with civil society organizations addressing issues of prevention, treatment and social reintegration of those who use and are dependent on alcohol, tobacco and other drugs;

IX – prohibition of the advertising of drinks containing any amount of alcohol involving the participation of anyone aged under 18 (eighteen);

X – running of educational campaigns showing alcohol, tobacco and other drugs as causing dependence; and

XI – articulation between health and justice services and bodies to prevent the abuse of alcohol, tobacco and other drugs, including anabolic steroids and, above all, crack.

SUS AND ADOLESCENT AND YOUTH SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH



SPECIAL ATTENTION MUST BE PAID TO THE SEXUAL RIGHTS AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF ADOLESCENTS AND YOUTH, GIVEN THAT THE STRENGTHENING OF PEOPLE'S AUTONOMY AND EMPOWERMENT IS AT THE CORE OF THE AFFIRMATION OF THESE RIGHTS.

The recognition of sexual and reproductive rights as part of the fundamental rights of young people is in alignment with the commitments taken on by the Brazilian state during the *World Conference on Human Rights*, Vienna 1993; the *International Conference on Population and Development (ICPD)*, Cairo 1994; as well as the principles of the *Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women (CEDAW)*, also approved in 1994. These events and the documents derived from them, especially the ICPD Programme of Action, have been essential for including adolescents as subjects who have the right to sexual and reproductive health and for this right being achieved through norms, programmes and public policies.

Within the broader context of the debate on Health and Youth in the SUS, special attention must be paid to the sexual rights and reproductive rights of adolescents and youth, given that the strengthening of people's autonomy and empowerment is at the core of the affirmation of these rights.

This block of fundamental rights also implies that young people have the:

- ▶ Right to live their sexuality fully, without fear, shame, guilt or mistaken beliefs;
- ▶ Right to live their sexuality regardless of marital status, age or physical status;
- ▶ Right to choose their sex partner;
- ▶ Right to choose whether or not they want to have sexual intercourse;
- ▶ Right to live and freely express their sexuality without violence, discrimination or impositions, and with total respect for their partner's body;
- ▶ Right to have sexual intercourse, regardless of reproduction;
- ▶ Right to decide, freely and responsibly, whether or not they want to have children, how many children they want to have and at what time their lives;
- ▶ Right to access to information, means and techniques for having or not having children;
- ▶ Right to exercise their sexuality and reproduction free of discrimination, imposition and violence;
- ▶ Right to safer sex to prevent pregnancy, sexually transmitted diseases (STD) and AIDS;
- ▶ Right to health services that ensure privacy, confidentiality and quality care, free from discrimination;
- ▶ Right to information and education on sexuality and reproduction (Brasil, 2010, p. 15-16).

In November 2004 the Ministry of Health held in Brasilia the National Workshop for Drawing Up the Theoretical and Reference Framework on Adolescent and Youth Sexual Health and Reproductive Health. At that time there was also consensus that one of the biggest challenges to be overcome was the implementation of health actions meeting young people's specificities "in a comprehensive manner and addressing the demands put forward by the conditions arising from the distinct living situations of the Country's adolescents and youth". It was also recognized that these actions should "take into consideration gender inequalities based on race/colour, sexual orientation and social class, and contribute towards their being overcome", as well as "the cultural differences and socio-economic inequalities between the Country's different regions and their impact on health status and the organization of actions". As such, services would have to be reorganized, based on a process of re-evaluating the role of the diverse stakeholders involved in care provided to young people in health services and other sectors developing policies for youth (Brasil, 2006, p. 9-10).

As a signatory to these international agreements, the Brazilian Government has developed a series of actions aimed at promoting adolescent and youth sexual health and reproductive health.

The most well known of them is the Health in Schools Programme, a Ministry of Health and Ministry of Education intersectoral policy, aimed at evaluating health status; food security and healthy eating promotion actions; promoting physical exercise and activities; sexuality education; reproductive health and prevention of STD/AIDS and Viral Hepatitis; actions to prevent unplanned adolescent pregnancy; alcohol, tobacco and other drug use prevention; promoting the culture of peace; educating young people in health promotion. The Programme's priority audience are students in the public education system (Elementary Education, High School, the Federal Professional and Technical Education Network and Adult, as well as Adult and Youth Education.

The Health and Prevention in Schools Project is one of the actions of the Health in Schools Programme and its aim is to contribute to the comprehensive training of students at elementary education level in public schools by

means of disease prevention, health promotion and health care actions. Implemented in partnership with UNESCO, UNICEF and UNFPA, the Health and Prevention in Schools Project has popular demand as its cornerstone; it has been implanted in Brazil's 26 states and Federal District as well as in approximately 600 municipalities.

The project's purpose is to carry out actions to promote adolescent and youth sexual health and reproductive health through articulation between the health and education sectors. The aim is to contribute to reducing HIV infection and school drop-out rates caused by unplanned pregnancy in adolescence.

Being pregnant is an exemplary situation to be considered in Brazil's youth policy. Pregnancy can be lived in diverse manners, depending on the time of life when it occurs, family relationships, the relationship between the couple, their families' economic status, religious beliefs and an infinite number of other factors, the relevance of which can only be perceived and understood if the main subjects of this process – young people themselves – are truly listened to and considered as subjects who have rights and capable of making decisions about their own lives.

In the 10 to 14 age group, pregnancy is mostly related to the occurrence of sexual violence. In later adolescence, in the 15 to 19 age group, pregnancy tends to be related to lack of comprehensive information, guidance/education about sexuality; restricted access to health services and to reproductive planning commodities; as well as to the inferior status attributed to female adolescents in our society. In the case of many adolescent girls, the advent of pregnancy can be understood as an attempt to find and maintain a place in society, especially in contexts marked by inequalities of gender, race and social class.

Despite the many challenges, the investments dedicated to scaling up access to correct information in an adequate language, services, health promotion and care actions, as well as reproductive health commodities, have produced positive effects, so much so that there is a tendency of reduced childbirth among women aged 10 to 19. According to Ministry of Health data, 486,292 childbirths were recorded in 2009; 469,742 in 2010; and 467,702 in 2011.

As Luseni Aquino observes, it must be recognized that in contemporary society:

beginning sexual activity early does not, it itself, represent a kind of passage to adult life; perhaps it can be better understood as another way of “experimenting” with experiences of the adult world without taking them on completely. As such, young couples living together without being married, young people who bring up their children in their parents’ homes or even young people who continue to live with their parents even after they have become financially independent are increasingly common phenomena, disrupting the traditional understanding of the transition to adult life and revealing the exercising of several “adult roles” by individuals who still identify themselves as being young (Aquino, 2009, p. 28).

As such, this environment full of new possibilities invites the development of approaches that contribute decisively to adolescents and youth being capable of making voluntary decisions, free of coercion and discrimination, regarding exercising their sexuality and reproductive life so that, consequently, they can achieve their full potential.

To this end, we have selected some successful experiences that are being implemented in different parts of the country, as described by the teams responsible for them.

The expectation is that the good practices presented in this publication will motivate the health sector and other sectors to invest jointly in enhancing institutional capacity to be able to recognize and include adolescent and youth health needs and expectations in policies, actions and programmes; to produce and manage knowledge about the importance of health, especially sexual and reproductive health, in order to develop the full potential of adolescents and youth; to communicate and advocate for the right to health and sexual and reproductive health within the realm of the rights of young people, the right to development and future generations; to enhance institutional capacity to monitor and evaluate policies for adolescents and youth, especially sexual and reproductive health actions and programmes.

The Laboratory of Innovation and Good Practices in Adolescent and Youth Health Care

The Laboratory of Innovation and Good Practices in Adolescent and Youth Health Care was designed and developed by the Brazilian Ministry of Health, through the General Coordination of Adolescent and Youth Health /Department of Strategic Programmatic Actions/ Secretariat of Health Care Attention, in partnership with the Pan American Health Organization (PAHO Brazil). The objective of the Laboratory is to gather, identify, and support innovative health care practices for adolescents and young people.

Laboratory of Innovation – Good Practices – <http://apsredes.org/site2013/laboratorio-de-inovacao/>

Adolec Brazil (virtual library)

In operation since 1999, Adolec Brazil seeks to promote efficient and equitable online access to scientific and technical information relevant to the field of adolescent and youth health in Brazil. The Ministry of Health, through the General Coordination of Adolescent and Youth Health, promotes information dissemination in order to contribute to the qualification of health care attention for adolescents and young people.

Virtual Health Library – Adolec / BIREME – <http://www.adolec.br/php/index.php>

Implanting an Antenatal Psychology Service: how to build this culture in Primary Health Care Federal District Health Department

Objectives

To implant and accompany the antenatal period in adolescents, from a psychosocial perspective. To recognize and identify psychosocial needs during pregnancy, systematizing proposals aimed at gradually building motherhood skills, as well as the subjective sense of motherhood, targeting the specificities of this audience. These objectives are based on priority of care during pregnancy advocated by the Stork Network (Rede Cegonha) programme and also by the policies on Women's and Adolescents' health.

Background and Justification

The implantation of an antenatal care service for pregnant adolescents arose from the demand faced by the Adolescent Health Programme (PRAIA) in the Federal District's 15 health regions. Pregnant adolescents reported intense psychological suffering arising from their condition which, apart from bringing physical transformation and intense emotions, made them the target of discrimination and stereotypes wherever they went. As the PRAIA programme, even in its most decentralized form via the Family Health Strategy, is able to reach this audience, we set up a group of pregnant adolescents to propose antenatal care that specifically listens to psychosocial demands and favours dialogue and experience sharing between pregnant adolescents.

Strategies adopted

Pregnant adolescents are initially invited by the community health agent, family doctor and doctors and nurses involved in traditional antenatal care at the Primary Care Centres.

Meetings are arranged with invitations being extended to partners and the babies' grandmothers (the mothers of the pregnant adolescents).

Methods used in the meetings:

- ▶ Integration techniques/ Identifying expectations/ Each adolescent's account of the reaction to the news that they were pregnant and family repercussions/ Discussion of the view of motherhood they have at this time.
- ▶ Showing and discussion of a film about foetal development in the womb, debate on myths and truths about pregnancy, based on the knowledge of the adolescents themselves.
- ▶ Focus on psychosocial aspects present in the experience of childbirth. The pregnant teenagers demonstrate great concern about pain and anxiety at childbirth. This session is aimed at producing metaphors of pains already experienced and how they were overcome. A review is made here of the myth of motherhood, including the subjective dimensions it represents, whilst working on the idea that motherhood is a construct and not instinctive. The participation of the grandmothers is included here, with guidance on both the advantages and limitations of this.
- ▶ Debate on the imaginary baby and the real baby and mother-baby communication. The way in which the pregnant adolescents refer to their babies is used as a theme for collages and written productions about their maternal projections. These are later discussed in the group. Differentiated forms of intrauterine communication are suggested as a way of establishing bonds.
- ▶ Contents about a project for bringing up children are the theme of the final meeting. Parents outline what is fundamental in bringing up children and there is then a discussion of transgenerational aspects present, examining what the adolescents want to keep and what they want to change in the way they were brought up. A film is analysed, with a debate about what is necessary for the emotionally healthy development of the baby and its family. The activity is brought to a close with a written evaluation of the group experience.

continues ↓

Main challenges faced

- ▶ Adolescent turnover in the groups.
- ▶ Difficulty in obtaining traditional Health Centre and Primary Health Centre (PHC) management support, since it does not appear to be particularly relevant when compared to other needs.
- ▶ Absence of a culture of care, resulting in the pregnant adolescents not feeling the need to be cared for psychologically.
- ▶ Lack of human resources in the PRAIA programme to conduct the groups.

Results achieved or progress underway

- ▶ Favourable psychological condition for coping with pregnancy.
- ▶ Prevention of postnatal depression.
- ▶ Building of a care reference in Primary Health Centres for Sexual Health and Reproductive Health.
- ▶ Building of a support network represented by the adolescent members of the group who maintain the ties they formed in the group in the outside community.
- ▶ Building of life skills, focusing practical aspects of motherhood and the expanded subjective sense of motherhood, with the participation of the partner, in healthy parenthood.
- ▶ Action included as part of On-going Education because it incorporates an intersectoral approach and multi-professional care.
- ▶ Publicizing of the entire support network and referral flows that benefit the adolescents in the stage following the group: maternity hospitals, milk banks, nurseries, etc.

Lessons learned

- ▶ Adolescents have potential motherhood skills, but their experience disqualifies them.
- ▶ There is a high level of stereotypes and prejudice regarding pregnant adolescents. Although we may wish to act preventively in their life plans, we cannot fail to attend to them during this period.
- ▶ The challenges faced by adolescents in building their own “self” are added to the challenge of being a mother and understanding that motherhood is a process in which there are reciprocal investments.

Conclusions

Pregnant adolescents need to be made visible by public policies with regard to their psychosocial follow-up. Their psychological needs can be dealt with in the actions of programmes that already exist, such as PRAIA and others.

Partners

Gynaecologists, nurses, nutritionists, nurses and psychologists belonging to the Family Health Strategy, Family Health Support Group, Primary Health Centre or traditional Health Centre.

Comprehensive Adolescent Health Care **Betim–MG City Health Department**

Objectives

- ▶ To contribute to the formulation of the municipal policy on Adolescent Health Care.
- ▶ To provide care to adolescents through a multi-professional and interdisciplinary team comprised of doctors, nurses, psychologists and dentists, among others.
- ▶ To undertake health promotion and disease prevention actions, reducing risks and vulnerabilities.
- ▶ To articulate with schools to avoid drop-out, especially by pregnant adolescents and adolescent mothers.
- ▶ To reduce morbidity, mortality and school drop-out rates.

Background and Justification

Imbiruçu Primary Health Care Centre (Imbiruçu PHC) is located in Betim, State of Minas Gerais, a highly industrial city which grew very rapidly with effect from the 1960s following the implantation of the Gabriel Passos Refinery and the Fiat Automobile assembly plant. This growth was haphazard, without local government planning or support, resulting in disorganized land occupation and the lack of basic social facilities. The city has good per capita income but a lot of social inequality and violence. Young people are the main victims.

In health terms, the Imbiruçu region had high mortality levels among youth aged 15 to 19, especially males, a high percentage of pregnant adolescents (above the national rate) and school drop-out by pregnant adolescents and adolescent mothers. In view of this context and the inexistence of any activity at the PHC directed toward this population, the health workers decided to build this project in 2009.

Strategies adopted

- ▶ Mobilization of institutional stakeholders and leaders, such as: Local and Municipal Health Councils, Regional Administration, schools, nurseries, Council for the Defence of Child and Adolescent Rights, leaders and health, education and social service workers.
- ▶ Project built jointly with workers and health capacity building for adolescents.
- ▶ Regional Seminar held with the participation of schools, social services, regional administration and health services to discuss the theme of adolescence and to present the project.
- ▶ On-going and intensive publicizing of the project at health events, congresses, courses, etc.
- ▶ Individual care provided to adolescents by doctors, nurses, social workers, psychologists and other professionals.
- ▶ Structuring of groups of Adolescent Mothers, Pregnant Adolescents and other groups.
- ▶ Actions in schools.
- ▶ Implantation of the “PET Vidas em Redes” project – with a survey of adolescents’ perception of pregnancy as well as seeking to support pregnant adolescents and adolescent mothers in remaining at school.
- ▶ Participation in the drafting of the Adolescents’ Protocol and discussions with the Health and Education Departments on measures to avoid pregnant adolescents and adolescent mothers dropping out of school.

continues ↓

Main challenges faced

- ▶ Mobilizing adolescents.
- ▶ Ensuring infrastructure for the initiative.
- ▶ Ensuring the support of the Health Department in order for the team members to be able to undertake the project.

Results achieved or progress underway

- ▶ Adolescent Care included on the agendas of the Health and Education Departments.
- ▶ Contributed to formulating the municipality's Adolescents' Protocol.
- ▶ Articulation consolidated with the Conceição Brito School, which today enables support to be provided to adolescents individually or in groups.
- ▶ Articulation with the Pontifical Catholic University of Betim regarding the "PET" Project has contributed to the theme being addressed by the University.
- ▶ Monitoring was begun in 2013 using follow-up instruments and data recording.

Lessons learned

- ▶ Need to include adolescents in the process of planning, implantation and monitoring.
- ▶ The project needs to be articulated with the diverse governmental and non-governmental organizations from the perspective of a network.
- ▶ Work on deconstructing myths and prejudices in relation to adolescents.

Conclusions

After four years' work it is evident that this type of project requires a long time to reach maturity and a long period of investment.

A network of protection and solidarity needs to be built in order for the project's objectives to be met. This type of action goes beyond the political term of office of local government service managers and, therefore, requires strategies for it to be maintained regardless of the changes that happen in our public institutions.

Partners

City Health Department, City Social Services Department, State Health Department, Health Councils, Child and Adolescent Defence Council, universities, community leaders.

Working with groups: moments of reflection and knowledge-sharing with a group of adolescents attending a Social Services Reference Centre ("CRAS")

Balneário Piçarras-SC City Health Department and Social Services Department

Objectives

General

To collaborate with promoting and favouring the development of CRAS actions aimed at the empowerment and autonomy of adolescents living in its catchment area.

Specific

- ▶ To promote moments and spaces of discussion between adolescents living in the CRAS catchment area, integrating personal experiences and experiences of reflection.
- ▶ To enable strategies for creating and strengthening community bonding between adolescents from the CRAS catchment area.
- ▶ To promote health through participative reflections and methodologies regarding matters of life, such as relationships, school, life plans, etc.

Background and Justification

Brazilian achievements in consolidating policies as citizens' rights and as the duty of the State are characterized by an unceasing quest for human and social development with autonomy and access to resources. The Social Services Reference Centres (CRAS) emerge as the main means of accessing the Social Services Policy, working to prevent risks and vulnerability and enhancing the family's potential as a reference unit, strengthening ties and articulating them with the community context (Andrade e Romagnolis, 2010). Enhancing potential focuses on combating ethical and political suffering, which Sawaia (2003) defines as being a physical and emotional pain caused by the determination, established by society, of social positions that can cause an individual to have feelings of unfairness, prejudice and lack of dignity, narrowing experience, blocking reflection and reinforcing the feeling of powerlessness in relation to their own life.

The CRAS target audience is characterized by vulnerability with regard to access to rights, public services, capacity to withstand and capacity to be autonomous (Fundação de Ação Social - FAS, 2009). As such, income generation or welfarist assistance is not enough and the need exists to develop the potential of this population as citizens (FAS, 2009), generating well-being and health. Social work with families and groups with vulnerabilities must be constantly concerned with encouraging reflection and discussion on the full exercising of Rights and Citizenship (Guimarães e Almeida, 2003), collaborating with the process of improving quality of life and living it with autonomy. In this respect Psychology faces the challenge of identifying processes of suffering in families and communities where people in situations of social vulnerability have their most significant ties.

This requires caution, getting closer, understanding and an approach aimed at producing autonomy and resignifying processes of exclusion (CFESS, 2007). The case history presented here refers to adolescents who may or may not be users of the CRAS and who are in situations of conflict that do not promote health, where emphasis is placed on working in groups and collaborating with the construction of critical awareness, be this collective or individual, thus permitting the expansion and perception of social identities (Freitas, 1996). The actions have been carried out focusing on making possible an intervention guided by human ethical principles, creating challenging situations of encouragement and guidance in rebuilding stories lived, thus far, from the perspective of oppression, emphasizing the defence and affirmation of rights and developing abilities and potentials in relation to health, well-being and withstanding situations brought by life.

continues ↓

Strategies adopted

In order to define and meet the objectives, meetings were held with the CRAS coordinator and psychologist, seeking information about needs within the context and needs of the population reached by the service. Analysis was also made of documents, reports and protocols used by CRAS. Based on the information obtained, there was seen to be a need to provide a service to the city's youth and adolescents. In view of this need a plan was drawn up to identify young High School students interested in taking part in a group to share experiences and feelings and strengthen ties. Eighty-eight of the young people interested lived in the areas covered by CRAS. Once they had been identified, each of them received an invitation addressed to them individually, together with a registration form to join the group. The meetings were held using participative methods, by sharing experiences and feelings, group dynamics, debates and workshops, among others. According to Silva (2002), participative methods enable people to visualize, experience and get closer to a discourse that does not limit the actions of others, i.e. it enables one to listen respectfully and enables those involved to take part in an authentic manner.

Results achieved or progress underway

The activities proposed were carried out taking into account not only the themes suggested by the adolescents themselves, but also using the school environment as a way of helping the adolescent participants to be at ease and thus feel secure in interacting with the group. This work favoured the maintenance and creation of ties between the adolescents, given that in some cases the contact between them at school had been distant. The activities done on the theme of "life plans" resulted in significant participation by the adolescents, many of whom revealed anxiety as until then they had not taken the time to think about their future, as one participant stated: "This theme makes us think about ourselves".

According to Pereira and colleagues (2009), thinking about one's own plans for life has to do with self-knowledge and projection into the future and is very important both for modifying oneself and one's surroundings and also for the choice of a profession, this being a factor that appeared frequently in the discussions and at times was associated with the future and employment. Prejudice, a current subject symbolized by the issue of bullying in schools, was suggested by the adolescents and is directly related to creating groups in schools, thus providing the participants with the opportunity to reflect, this being something they had not done thus far, enabling the perception of the experience lived by those who suffer prejudice, the impact it can cause and how reversing roles can favour the culture of peace. The fact that the majority had never stopped to reflect on the impact prejudice can have was seen to be negative, however the taking on of a critical position in relation to this can be seen as a potential, as was made clear in the words of one of the participants: "We never put ourselves in the place of other people, and when we do we can see what it can cause".

This process of self-assessment is important for adolescents to know their own values and feel responsible and committed to the attitudes they can have based on these values, whereby awareness of values is inseparable from awareness of attitudes and choices (Silva, 2002). Through the activities undertaken, it became clear that there is a tendency to create stereotypes in our everyday relations and that this can cause negative impact on the lives of adolescents, as proven by Santos (2003), who found in a study with Black adolescents that just the fact of their being Black resulted in them having everyday experiences peculiar to them, whereby there was more pressure on them to be responsible, experiences of being marginalized were part of their everyday life and there was constant presence of low self-esteem with regard to relationships of affection and self-image.

continues→

Relationships experienced by adolescents can be very complex, principally at school. One of the themes suggested by the adolescents was the relationship between students and teachers, characterizing a need to live in peace at school, but which still needs to be worked on because of the permanent doubts that manifest themselves at this stage in life. It was clear that when adolescents perceive there is a conflict, the first alternative is to be omisive, indicating that in their daily lives adolescents prefer to avoid and put things off, rather than resolving and negotiating conflicts, this being detrimental to their relationships and also to their learning as students (Leite, 2008). Corroborating with the other themes, the adolescents have an inherent difficulty in reflecting on their lives and in putting themselves in someone else's place. When this does occur, the results are positive and have impact because they enable self-criticism and the perception that in many cases one needs to be flexible in one's relationships, whereby good coexistence is a determining and fundamental factor for schools to fulfil their purpose and for exercising citizenship (Leite, 2008). It was observed that from the standpoint of a student it is hard to see other people's standpoints, however when this does happen they perceive that conflicts can be resolved more easily and less stressfully, resulting in a good relationship between students and teachers.

Lessons learned

This work showed the need to let adolescents have their say and that we should make moments like these possible, whilst mediating in an educational manner and limiting excesses so neither focus nor the objectives of moments like these are lost from view.

The lessons learned can be resumed in an excerpt from the song "Food" ("Comida") by the band the Titans (Titãs): "We don't just want money, we want money and happiness. We don't just want money, we want things in full, and not just part of them".

Conclusions

The activities enabled the authentic experiencing of the doubts to which adolescents are submitted in virtue of lack of dialogue and reflection, in addition to the potential they have in their repertoire of resilience. Articulating moments with adolescents enabled their crystallized discourses to be visualized and just how much these discourses can become manifestations of citizenship and well-being as a result of reflection, participation and building and discussion of ideas. The activities realized jointly with CRAS therefore enabled interaction with different subjectivities in the quest for emancipation and the regaining of rights and citizenship, guided by technical and scientific practices and, above all, professional ethics. Through this work it can be perceived that the adolescents' main difficulties are centred on it not being possible for them to be active and participative citizens and how much spaces for reflection and discussion about life can enable empowerment and the strengthening of community ties and, consequently, impact health and well-being. The need exists to give thought to articulation between the different levels of public service managers and the community in order to promote these spaces and meet a demand that does not need welfarist practices, but rather movements in favour of citizen participation in decisions about their subjective and social, individual and collective lives.

Partners

Alexandre Guilherme Figueiredo Elementary Education School – Balneário Piçarras -SC.

continues ↓

Sources of information

ANDRADE, L. F. de e ROMAGNOLIS, R. C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicol. cienc. prof.*, v. 30, n. 3, set. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI414-98932010000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 de outubro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social. Brasília: CFP/CEFESS, 2007.

FREITAS, M. de F. Q. de. Psicologia na comunidade, Psicologia da comunidade e Psicologia (social) comunitária: algumas diferenças. in: CAMPOS, R. H. de F. (org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, p. 72-73.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. Protocolo de Gestão dos Centros de Referência da Assistência Social de Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba: Curitiba, 2009.

GUIMARÃES, R. F. e ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. in: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 127-135.

LEITE, C. R. Convivência escolar: a questão dos conflitos entre alunos e professores e alunos. in: VIII Congresso nacional da Educação – Educere, 10, 2008, Curitiba, PR. Anais (online). Curitiba: Champagnat, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/127_136.pdf. Acesso em: 17 de abril de 2012.

PEREIRA, Fabiola Cristiane; SANTOS, Fernanda Oliveira; SANTOS Luana Carola dos. Prosas e reflexões sobre orientação profissional, projeto de vida e extensão universitária: relato de experiência com jovens do ProJovem do município de Ponto dos Volantes, nordeste de Minas. in: IV Seminário de Extensão Universitária – Formação Acadêmica e Compromisso Social, 2009, Belo Horizonte. Artigos Apresentados, 2009.

SAWAIA, B. B. Família e Afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. in: ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, laços, e Políticas Públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 39-50.

SILVA, R. C. da. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.

Network of Adolescent and Youth Health Promoters / Health RAP
Rio de Janeiro City Health Department and NGO Health Promotion Centre (CEDAPS)

Objectives

The objective of the Health RAP project is to scale up health promotion actions, especially with low-income communities, by means of youth leadership, intersectoral articulation and community participation. Expected outcomes: skills development among the adolescent and youth health promoters; health service qualification; health promotion in the communities; integration between youth from low-income communities and public policies; positive visibility for youth from low-income communities, especially Black youth.

Background and Justification

Rio de Janeiro is a city that offers many opportunities but also has many disparities. Low-income communities are territories where negative factors come together and make their residents more vulnerable to a variety of health problems. These inequities are expressed in a more striking manner in the murder rates of adolescents and youth, particularly among young Black men. Violence, prejudice, machismo, immediacy and lack of perspectives are factors that contribute to the perpetuation of this scenario. Investment in adolescents and youth and valuing their potential, creativity and dynamism are key elements for health promotion and for economic, social and political development.

Strategies adopted

The project began in 2007, is now in its third phase and is being undertaken by means of a cooperation agreement with the NGO CEDAPS.

Background: Youth leadership has been indicated as a privileged strategy for promoting adolescent and youth health and development in the communities in which they live. The City Health Department (CHD) has had successful experiences of youth participation at the Maré Adolescent Centre (2000 - 2004) and the Paulo Freire Adolescent Centre (inaugurated in 2004), which showed positive impact on youth, services and communities. In 2007, in order to expand this initiative to other low-income communities, the Network of Adolescent Health Promoters, or Health RAP project, was created through a cooperation agreement with the NGO CEDAPS. Initially, the project was implanted in five communities where it was integrated with health centres and Family Health Strategy teams. With the help of the RAP project, the Augusto Boal Adolescent Centre was inaugurated at the Américo Veloso Municipal Health Centre (MHC). In 2009, when a new cooperation agreement was signed in order to continue with the Health RAP project, a partnership was made with the UNICEF Platform for Urban Centres. The Platform is an initiative based on youth leadership, social participation and political articulation, seeking to improve the living conditions of children and adolescents by bringing together social policies and programmes in vulnerable territories (shanty towns and poor city outskirts). Local Articulation Groups were set up in 50 communities, comprised of representatives of local government, community organizations and two adolescent communicators. Through the partnership with the Health RAP project, these 100 adolescents also became health promoters.

continues ↓

INITIATIVES WITH EMPHASIS ON THE PARTNERSHIP AMONG ADOLESCENTS, YOUNG PEOPLE, AND PROFESSIONALS, IN A CREATIVE AND ENGAGED MANNER, EXPAND AND STRENGTHEN THE CAPACITY TO PROMOTE AND MAKE EFFECTIVE ADOLESCENTS' AND YOUNG PEOPLE'S RIGHT TO HEALTH.



Strategies adopted

The Health RAP project today: In this third phase of the Health RAP project, it is now organized into regional teams linked to health centres and/or community initiatives. In addition to working in its own territory, each team is responsible for sensitizing other health centres and schools to undertake actions based on youth leadership. Given that the overriding challenge is the institutionalization and continuity of the RAP project, in this stage emphasis is being placed on working with the family health teams. These are the regional teams and the institutions to which they are linked: 1) Rocinha: Espaço Jovem Paulo Freire (ex. Adolescentro)\ Dr. Rinaldo de Lamare Family Clinic; 2) Tijuca: Heitor Beltrão MHC; 3) Alemão\Penha: Educap and Dr. Zilda Arns Family Clinic; 4) Maré e Ramos: Augusto Boal Adolescent Centre/Dr. Américo Veloso MHC; 5) Jacarezinho: Dr. Anthidio Dias da Silveira Family Clinic; 6) Acari: Marcos Valadão Family Clinic; 7) Sulacap/Bangu: Dr. Masao Goto MHC; 8) Campo Grande: Dr. Mário Rodrigues Cid MHC.

Each regional team is comprised of adolescent information disseminators, youth dynamizers, volunteers and a regional facilitator. This group is supported by a team of interns and aides (management; team support; art and culture; communication; community articulation). In total the project involves between 150 and 200 young people. The RAP project resources come from the City Health Department (CHD), budget line 100; there is a specific target in the municipal budget for this project.

The regional dynamizers and facilitators receive on-going training about matters relating to health, citizenship and participatory techniques. They transfer these contents to their teams and, based on locally identified needs or CHD demands, they undertake a variety of activities. The young people are involved directly in planning, executing and evaluating the actions together with health professionals and other social stakeholders. The activities involve workshops, health fairs, theatre plays, storytelling, "Adolescence", video production, etc. Each team has its specificities, depending on its composition and its partners. The Sulacap team, for example, works focusing on accessibility, given that it involves both youth who are deaf and those who can hear. The Jacarezinho group places emphasis on theatre, harm reduction and integration with the Street Clinic (consultório de rua).

continues→

Results achieved or progress underway

Strengthening of the young promoters self-esteem and development of skills and abilities; qualification of educational activities in health centres; innovative approach to complex themes such as sexuality, homophobia, violence and racism; production of educational materials, such as the videos used by the young people and professionals in a wide variety of spaces; partnership with CHD coordination/management units, enabling the materials produced to meet adolescent and youth needs better; dissemination of the peer education methodology; greater community integration with public policies, strengthening social participation; positive visibility for adolescents and youth from the low-income communities; increased partnerships and intersectoral actions.

Lessons learned

The RAP project is a product of collective intelligence. It is a joint effort between adolescents, youth, professionals, institutions and interested people that generates the creativity and richness of possibilities that the project brings to the communities and health services. This integration between the different stakeholders and the commitment to the cause of youth also help to overcome the countless barriers that the Health RAP project faces, especially owing to the intervals when project the project is renewed, these being very difficult and stressful times for the entire team.

Conclusions

A project of this nature requires “flexible” resources capable of consolidating the proposals brought by young people and their communities. Whilst cooperation agreements enable this flexibility, they also generate discontinuities (between one agreement and the next) which are very detrimental to the project. A way of overcoming this would be for the Ministry of Health to devise management mechanisms to make the most of the potential of initiatives like the RAP project.

Partners

At the central level: CEDAPS; UNICEF/ Platform for Urban centres; other City Health Department coordination units; Black Population Health Committee; Group to Promote Solidarity and Prevent Violence; Life Committee (Intersectoral Masculinities and Care Working Group); City Education Department; Multirio; Department of Science and Technology; Healthy Communities Network.

In the territories: CHD primary health care centres; street clinic (consultório de rua); municipal and state schools; NGOs; community groups, universities, Platform for Urban Centres/UNICEF Local Articulation Groups; “Naves do Conhecimento”; etc.

REFERENCES

AQUINO, Luseni. Introdução – A juventude como foco das políticas públicas. En: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Accessed: September 2013.

BRASIL. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)* – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf. Accessed: September 2013.

BRASIL. *Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude)* – Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Disponível em: http://issuu.com/secretariageralpr/docs/estatuto_de_bolso_web. Accessed: September 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Accessed: September 2013.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990* – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/05_Lei_8142.pdf. Accessed: September 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf. Accessed: September 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 26 (Saúde sexual e saúde reprodutiva). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Accessed: September 2013

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. *A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista*. Dissertação (Mestrado em International Management), FGV, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Enid Rocha Andrade da e ANDRADE, Carla Coelho de Andrade. A Política Nacional de Juventude: avanços e dificuldades. . in: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni; e ANDRADE, Carla Coelho de (orgs.). *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea, 2009.

UNFPA. *Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>. Accessed: September 2013.

UNICEF. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*, ONU, 1989. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Accessed: September 2013.



Ministério da
Saúde

