

Universidade de Brasília - UNB
Instituto de Ciências Humanas - IHD
Departamento de Serviço Social - SER

***Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados
de liberdade: A experiência do CAJE-DF***

THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO

Brasília, 2008

THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO

Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade: A experiência do CAJE-DF

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Pinto Leal, professora titular do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Brasília - 2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Franco Netto, Thereza de Lamare

Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade: A experiência do CAJE-DF. Thereza de Lamare Franco Netto. Brasília: UnB, FSC, 2008. 84p.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr.^a Maria Lúcia Pinto Leal

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília / Faculdade de Serviço Social / FSC, 2008.

Referências Bibliográficas e Anexos: 93 p

1. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 2. Adolescentes em medida socioeducativa de internação. 3. Práticas profissionais.

TÍTULO: “*Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade: A experiência do CAJE-DF*”

AUTORA: Thereza de Lamare Franco Netto

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Maria Lúcia Pinto Leal

Dissertação apresentada ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Departamento de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília, para obtenção do grau de Mestre.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Pinto Leal

1º Membro: Prof. Dr. Mário Ângelo

2º Membro: Prof.^a Dr.^a Dirce Mendes de Fonseca

Suplente: Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora César

APROVADA em 18 de Agosto de 2008

Brasília, 2008

AGRADECIMENTOS

A Maria Lúcia Leal, pela sua orientação precisa e determinada que contribuiu decisivamente para a conclusão deste trabalho. A Natalia, Gabriel e Pedro, meus filhos queridos que sempre me apoiaram e me incentivaram na minha luta cotidiana em defesa de um país mais justo e independente. Ao meu querido esposo e amado companheiro, Roberto, que a cada dia me faz uma pessoa melhor e que juntos nunca deixamos de acreditar que é possível construir um novo Brasil. A minha equipe da Área Técnica de Adolescentes e Jovens, Ana Sudária, Ana Luiza, Vera, Fábio, Gracielly, Neide, Rosa, Tiago e Douglas, pela dedicação e pelo empenho nos momentos em que foi necessária a minha ausência. Ao meu Diretor, Adson França, pelo apoio nos momentos decisivos para a conclusão deste projeto e pelas palavras amigas. A Lena Peres pelas atitudes que sempre me estimularam a seguir em frente. A Direção e os funcionários do CAJE que possibilitaram a investigação desta pesquisa. Aos amigos Marcelo Rasga, Fernando Bessa, Luiz Fernando e André, que num trabalho de equipe buscamos encontrar respostas para desafios tão grandes, mas não impossíveis.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas dos profissionais de saúde que atuam na instituição socioeducativa de internação para adolescentes, em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva à luz do princípio da integralidade da assistência e da Doutrina da Proteção Integral. O enquadramento teórico do estudo baseou-se na teoria das emergências, ausências e o trabalho de tradução de Boaventura de Souza Santos e no ordenamento jurídico internacional, tendo como documentos de referência a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, a Plataforma do Cairo, a Conferência Internacional da Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, as Regras Mínimas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude - Regras de Beijing, as Regras Mínimas das Nações Unidas para Jovens Privados de Liberdade e os Princípios das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil – Diretrizes de RIAD. Este marco teórico permitiu refletir como as práticas profissionais em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva são desenvolvidas, quais as abordagens e de que maneira elas repercutem e influenciam no cotidiano dos adolescentes para o exercício da sexualidade de forma livre, responsável e segura. Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas com as categorias de informante: psicólogos, enfermeiros, médicos, assistente social, cirurgião dentista, psicólogo e um dirigente da instituição. A análise do conteúdo foi qualitativa. Os resultados apontam para uma prática baseada no modelo assistencial de clínica fragmentada, desarticulada, empobrecida. Um modelo curativo onde a doença é o sujeito e o adolescente o objeto. A saúde na instituição não é percebida como parte integrante da medida socioeducativa. Em conclusão, os achados do estudo apontam para a necessidade de apropriação, por parte dos profissionais de saúde, da Portaria n.º 1426 e Portaria n.º 340/SAS/Ministério da Saúde, para trabalhar de forma mais integrada e com tecnologias em saúde mais apropriadas para atender às necessidades de saúde dessa população na construção de alternativas para produzir processos emergentes dentro da instituição, necessários a um sistema de garantia de direitos dos adolescentes em situação peculiar de desenvolvimento.

Palavras chaves: saúde sexual e saúde reprodutiva, adolescentes em medida socioeducativa de internação, práticas profissionais.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze health Professional practices that act in the socio-educative institution for adolescents in rehabilitation centers, in relation to sexual and reproductive health highlighted by the principle of integrity, assistance and the Integral Protection Doctrine. The theoretic framing of the study was based on theory of emergencies, absence and in the translation of Boaventura de Souza Santos and the international juridical alignment having as reference the International Convention on Children's Rights, the Cairo Platform, the International Women's Conference in Beijing 1995, the United Nations Standard *Minimum Rules* for the *Administration of Juvenile Justice*. ("The *Beijing Rules*"), the Minimum Rules of The United Nations for youth deprived from freedom and the Principles of the United nations to Prevent Juvenile Delinquency _ RIAD Guidelines. This theoretical Mark allowed reflecting on how the Professional practices related to sexual and reproductive health are developed. It points out the approaches adopted and the way they influence the adolescents quotidian concerning the expression of their sexuality being responsible and safe. There have been developed seven semi-structured interviews recorded and transcribed with the following informer categories: psychologists, nurses, physicians, social workers, dentists and an institution manager. The content analysis was done in qualitative form. The results indicate an assistance model based practice for a fragmented disarticulated clinic. It acts as a healing pattern where the disease is the subject and the adolescent is the object. Health at the institution is not seen an integrating part of the socio-educative measure. To conclude, the study results point out the need of appropriation of Regulations 1426 and 340/SAS by the health professionals, both from the Ministry of Health. These rules draw attention to the need of working in an integrated way and with more appropriate health technologies to serve the population needs in the construction of alternatives to produce emerging processes within the institutions which are necessary to a system that offers guarantees to the rights of adolescents who are in a peculiar situation of development

Key words: sexual health, reproductive health, adolescents under socio-educative intern measures, Professional practices.

LISTA DE SIGLAS

ASAJ – Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens
CAJE – Centro de Atendimento Juvenil Especializado
CETRO – Centro de Triagem de Observação de Menores
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina
CESAMI – Centro Socioeducativo Amigoniano
CERE – Centro de Reclusão para Adolescentes
CIAMF – Centro Integrado de Atendimento ao Menor e à Família
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CIAGO – Centro de Internação de Adolescentes Granja das Oliveiras
COMEIA – Comunidade de Educação, Integração e Apoio de Menores e Família
COTEME – Comunidade de Terapia e Educação de Menores
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CDS – Centro de Defesa Social
DATASUS – Departamento de Tecnologia e Análise do Sistema Único de Saúde
DCA – Diretoria da Criança e do Adolescente
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FEBEM – Fundação de Bem Estar do Menor
FONACRIAD – Fórum de Dirigentes Governamentais de Entidades Executoras da Política de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
FSS – Fundação de Serviço Social - DF
GDF – Governo do Distrito Federal
HERA – Health, Empowerment, Rights and Accountability
HIV – Vírus Humano da Imunodeficiência
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MS – Ministério da Saúde
MJ – Ministério da Justiça
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

ONG – Organização Não Governamental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIA – Plano de Atendimento Individualizado

PPI – Pactuação Programa Integrada

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SENALBA – Sindicato dos Empregados em Entidades Culturais, Recreativas, de Assistência Social, de Orientação e Formação Profissional - DF

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SPDCA – Secretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Apresentação | 10 |
| Introdução | 12 |
| Capítulo 1 – Metodologia | 17 |
| 1.1. O estudo de Caso: A Instituição CAJE | 17 |
| 1.2. Coleta de dados: Uma aproximação com o caso | 22 |
| 1.3. Análise e tratamento dos dados | 23 |
| Capítulo 2 – Enquadramento teórico..... | 25 |
| 2.1. Ordenamento Jurídico Nacional e Internacional | 31 |
| 2.2. Integralidade nas práticas profissionais..... | 38 |
| 2.3. Mediação e articulação: Construindo práticas coletivas | 42 |
| 2.4. A importância das conferências internacionais: efetivando os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes..... | 43 |
| 2.5. Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes no Brasil... | 48 |
| Capítulo 3 – Algo mais para concluir e conectar..... | 53 |
| Capítulo 4 – As práticas dos profissionais de saúde que atuam na instituição socioeducativa de internação para adolescentes, em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva..... | 57 |
| 4.1. Modelos assistenciais de saúde e as práticas profissionais: Entre ausências e emergências..... | 57 |
| 4.2. Demanda e oferta nos serviços para quem? | 61 |
| 4.2.1 - Oferta de serviços: educação, orientação sexual, insumos e métodos anticoncepcionais..... | 63 |
| 4.2.2 - Percepção sobre sexualidade, saúde e medida socioeducativa..... | 65 |
| Capítulo 5 – Desafios das Práticas de Saúde | 73 |
| Conclusão..... | 77 |
| Referências bibliográficas..... | 85 |
| Anexos..... | 90 |

APRESENTAÇÃO

O presente estudo pretende identificar os desafios da prática dos profissionais de saúde que atuam numa unidade socioeducativa de internação, enfocando os aspectos relativos aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, à luz do princípio da integralidade da assistência à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde e da Doutrina da Proteção Integral, como também do ordenamento jurídico internacional e nacional sobre este tema.

Atuando há três anos como Coordenadora Nacional da Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde tive a oportunidade de conhecer mais profundamente a política de atendimento para a população adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória no que diz respeito a sua saúde, suas principais necessidades, como ela é realizada, por quem e que serviços são ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Ao debruçar sobre o tema observei que as iniquidades existentes nesse campo eram significativas, em especial as relacionadas à saúde mental e à saúde sexual e reprodutiva.

Esta situação não era desconhecida pelo Ministério da Saúde, que já participava de grupos interministeriais para buscar soluções e melhorar a atenção à saúde desta população. A confluência de tais ações, somadas às demandas do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), para a efetividade da completude institucional das políticas públicas básicas para a proteção integral desta população culminaram na elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade.

Esta política foi instituída em 2004 pela Portaria Interministerial n.º 1426, envolvendo a Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, e pela Portaria n.º 340, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que teve por objetivo estabelecer diretrizes e normas para uma atenção integral e de qualidade.

No entanto, no processo de implantação dessa Política, estamos nos deparando com um conjunto de práticas institucionais, profissionais e sociais que estão frontalmente em desacordo com o que está estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Sistema Único de Saúde.

O estigma, a presença ainda forte do Código de Menores nas práticas institucionais e a negação dos direitos fazem parte da tradução de como os profissionais de saúde reconhecem estes adolescentes enquanto sujeito de direitos, de todos os direitos humanos, inclusive os especiais estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. A ausência do sujeito adolescente é preenchida pelo objeto. Não há sujeito, ele está sempre oculto na tradução cotidiana do “fazer saúde”, visando a atenção integral. Quando o assunto é saúde sexual e saúde reprodutiva, estas aparecem carregadas de preconceitos, tabus, mitos, aspectos culturais conservadores e dúvidas que dificultam o exercício da sexualidade por parte dos adolescentes e as suas relações afetivas. Nesta ausência ele aparece como um ser assexuado.

No encontro de forças progressistas e retrógradas, como garantir que esta Política seja um marco na garantia dos direitos à saúde de adolescentes privados de liberdade em relação aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos? Como contribuir para que os profissionais de saúde por meio de suas práticas possam atuar como mediadores na defesa do direito à saúde e contribuir para que os adolescentes vivenciem de forma segura, responsável e livre as suas relações afetivas – sexuais.

Destas indagações veio o interesse em fazer o presente estudo, com a perspectiva de, ao aprofundar o tema, contribuir para os debates atuais na academia e encontrar subsídios para a prática profissional, enquanto gestora pública responsável pela implantação em nível nacional de uma política especial para uma população que, por sua vulnerabilidade social, necessita de cuidados diferenciados, exigindo, assim, uma atenção maior por parte dos gestores e profissionais de saúde. Para tanto, estou apoiada na minha experiência profissional e no compromisso ético de contribuir para encontrar no trabalho de tradução alternativas que busquem as emergências desta população.

INTRODUÇÃO

Este estudo trata de examinar, à luz dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – sobretudo o da Integralidade – e da Doutrina de Proteção Integral, os desafios da prática profissional das equipes de saúde que atuam com adolescentes na unidade de internação ‘Centro de Atendimento Juvenil Especializado - CAJE – Brasília-DF’, enfocando os aspectos relativos à saúde sexual e reprodutiva.

Para uma melhor compreensão dos limites aos quais o Estado brasileiro foi incorporando o paradigma da Doutrina da Proteção Integral em articulação com o direito à saúde de adolescentes, utilizaremos o conceito de institucionalização¹ como sendo as

relações que se realizam numa determinada estruturação do poder, da economia e da sociedade, que distribui os atores e articula dispositivos permanentes para manter a ordem estabelecida e que condiciona as estratégias dos atores, seus fluxos de ações e as expectativas dessas mesmas ações na rede social. (SILVA, Edson e MOTTI, Ângelo. [coords.], 2001, pág. 29)

Este conceito ilumina o nosso caminho para compreender quais são os movimentos e conflitos existentes para a operacionalização das políticas de atendimento aos adolescentes em conflito com a lei e como elas refletem na prática profissional das equipes de saúde no âmbito das unidades de internação; sua articulação com o direito à saúde e com a Doutrina da Proteção Integral; e, em especial, os direitos sexuais e direitos reprodutivos para essa população.

De acordo com Bravo (2002), a concepção de integralidade é rompida com a criação

de dois subsistemas: a) subsistema de entrada e controle - construído pelo atendimento básico, de responsabilidade do Estado; b) subsistema de referência ambulatorial e especializado - formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. (p.59)

A saúde coletiva que propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde e que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção dos riscos e agravos, a melhoria da qualidade de vida considerando os fatores determinantes e condicionantes da saúde e as relações que os sujeitos têm entre si e a comunidade para o cuidado com a sua saúde, ainda não encontra forças para superar as

¹ Segundo o autor há três tipos de institucionalidades que vão se caracterizando e se relacionando de forma dialética ao longo da implantação das políticas públicas para crianças e adolescentes: a do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a repressivo-clientelista e a de mercado.

concepções limitadas da saúde pública² que se direcionam para melhorias graduais e localizadas, "com uma maior ênfase nas ações individuais em saúde e nas ações coletivas fora do âmbito dos serviços de saúde" (SILVA, 1996, p.03).

O modelo – considerado médico-assistencial hospitalocêntrico, historicamente preponderante no Brasil e fortalecido, entre outros fatores, pelo conceito restrito de saúde³ como sendo apenas a ausência de doença – reduz a ação da saúde ao campo biológico, indo de encontro ao artigo terceiro da Lei 8080/90 que reconhece como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais, definindo que a saúde da população expressa a organização social e econômica do país. (APM, 2005).

Assim, o direito à saúde de adolescentes que está ancorado na Constituição de 88 e na Lei 8080/90, se vê limitado diante das grandes desigualdades sociais e de sua incapacidade para solucionar os principais problemas de saúde da população que, em sua grande maioria, têm como origem fatores externos a ela. Há, portanto, uma estreita ligação entre as políticas macroeconômicas e as políticas sociais.

De acordo com Cruz Neto (2001), esta relação torna-se mais crítica quando se focaliza o segmento infanto-juvenil que,

por suas condições sociais e psicobiológicas é extremamente dependente de pais, irmãos, professores, médicos, condições de habitação e de saneamento, ou seja, um vasto rol de pessoas, situações e instituições que já tem sua vida e existência afetadas pelas políticas públicas. (pág.49)

Segundo Lesbaupin (2002, p.13), a saúde foi uma das políticas mais afetadas pelo governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso, "ao seguir a proposta do Banco Mundial que subordinava os princípios da equidade aos de eficiência, efetividade e economia nos gastos públicos". É a partir desta lógica que está inserida a preocupação com seletividade e focalização das políticas de proteção social.

O perfil epidemiológico nesse grupo populacional, caracterizado pelas altas taxas de mortalidade, a gravidez na adolescência, as DST e Aids, a marginalidade, o

² Tanto a saúde pública quanto a saúde coletiva visam à realização de ações saudáveis para a coletividade. No entanto, existem dois enfoques diferenciados: para a saúde pública o conceito de saúde-doença é empírico, reduzido ao plano fenomênico e individualizado da causação biológica. Já para a saúde coletiva o conceito saúde-doença é determinado historicamente pelo processo coletivo de produção dos fenômenos sociais (SILVA, et al.)

³ Para a Organização Mundial de Saúde/OMS, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença (OMS. Carta de Otawa, 1986).

abandono escolar e o uso de drogas, está relacionado diretamente às causas sociais envolvendo a privação econômica e aos direitos sociais básicos como escola e lazer. Quando relacionamos estes agravos ao sexo verificamos um recorte nítido das desigualdades⁴, pois as principais causas de internação hospitalar são os eventos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, seguidos dos homicídios e dos acidentes de trânsito⁵.

No que diz respeito ao adolescente em conflito com a lei essa realidade é mais complexa. Ao trazer tal quadro epidemiológico para os adolescentes privados de liberdade vamos verificar que os principais problemas de saúde estão relacionados à saúde sexual, à saúde reprodutiva e à saúde mental, esta última abrangendo os transtornos mentais e os relacionados ao uso do álcool e outras drogas, evidenciando uma situação de grande vulnerabilidade desta população.

O sistema correcional repressivo inaugurado no Brasil em 1941, pelo Serviço de Assistência ao Menor (SAM), partiu de uma doutrina que atribuía à prática de delitos a índole má, cuja recuperação estava condicionada à submissão do corpo ao castigo e à pena. Ao cometer uma infração o adolescente deveria ser afastado do convívio social. Os maus tratos, as torturas e outros crimes cometidos contra os adolescentes eram práticas comuns nesta Instituição.

Apesar das denúncias de violência contra os adolescentes e da necessidade de mudanças urgentes do antigo modelo, a criação da Fundação do Bem Estar do Menor – FEBEM, pouco modificou a situação da violação dos direitos desses adolescentes. A herança desses modelos gerou um sistema de concepção ideológica, pedagógica, filosófica e moral baseado no racismo, na discriminação e na violência, “perpetuando uma profunda descrença da sociedade sobre a possibilidade de ‘ressocialização’ dos jovens em conflito com a lei” (CRUZ NETO, 2001, pág. 16). Além disso, a adolescência⁶ sofre uma atitude ainda mais

⁴ De acordo com o Instituto Cidadania, em 2002 apenas 41,3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de um salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda per capita de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegavam ao ensino médio.

⁵ Em 2002, os homicídios produziram um total de 49.695 mortes no País. Deste total, 19.800 mortes, ou seja, 40% ocorreram entre a população entre 10 e 24 anos de idade, evidenciando a concentração da mortalidade por homicídios entre a população jovem (SIM/DATASUS).

⁶ Tradicionalmente, a adolescência tem sido abordada no senso comum e também por profissionais de saúde como mera “transição” ou “preparação para a vida adulta”, refletindo uma visão de mundo adultocêntrica. Nesta perspectiva, o adolescente deve estudar e se desenvolver para que possa, “no futuro, tornar-se um cidadão”. No discurso de diversos atores sociais, incluindo segmentos da mídia, a adolescência é imediatamente associada a “problemas” – abuso de álcool e drogas, gravidez na adolescência, comportamentos anti-sociais, desinteresse pelos estudos e, mais recentemente, violências e infrações legais (Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: Ed. MS, 2005).

desvalorizada por parte do mundo adulto ao ser vista como uma fase de transição, de passagem, de crise. O fato de não ser mais criança, não demandando determinados cuidados e atenção, e nem ser ainda um adulto no exercício pleno de suas responsabilidades, desautoriza esse grupo social a fortalecer sua identidade social e, conseqüentemente, desqualifica e subestima o seu papel criador, inovador, construtivo e emancipador.

A partir desses dados, como a saúde se apresenta no cuidado para com essa população? Quais os conflitos que se apresentam na prática dos profissionais de saúde relacionados aos direitos sexuais e direitos reprodutivos? Como vai se apresentar esta institucionalidade na política de atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, no campo da saúde, à luz do princípio da integralidade e da doutrina da proteção integral? Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são garantidos? De que maneira os profissionais de saúde abordam esta temática junto a esses adolescentes?

Torna-se fundamental, assim, investigar a relação entre a atuação profissional e os impactos provocados por esses ajustes na administração pública, especialmente nas políticas sociais de saúde e de proteção integral à criança e ao adolescente, executadas pelos órgãos responsáveis pelas medidas socioeducativas de internação, tendo como foco aquelas práticas relativas aos programas que abordam a saúde sexual e a saúde reprodutiva a partir dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Sem a produção e o acúmulo de um conjunto de conhecimentos, práticas e metodologias especializadas para a compreensão do fenômeno e para o desenvolvimento de um projeto pedagógico, os profissionais que atuam nessas instituições acabam por reproduzir práticas que afirmam uma concepção autoritária e reducionista das necessidades dessa população, práticas essas que deveriam combater.

Ademais, soma-se a isso a Resolução n.º 119, de 11 de dezembro 2006, do CONANDA, que define o Sistema Nacional de Atendimento Sócio-educativo – SINASE⁷, e a retomada da discussão na sociedade acerca da maioridade penal,

⁷ O SINASE é um sistema integrado que articula as três esferas de governo para o desenvolvimento dos programas em meio aberto e fechado para os adolescentes em conflito com a lei, considerando a intersetorialidade e a co-responsabilidade da família, do Estado e comunidade. Estabelece ainda as competências e responsabilidades dos conselhos de direitos da criança e do adolescente (Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília-DF: 2006)

fruto de recentes crimes violentos cometidos por adolescentes, no momento em que se comemora 18 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente e 20 anos do SUS, contexto significativo para a reflexão sistemática dos caminhos percorridos pelas políticas de saúde e de proteção à criança e aos adolescentes na realidade histórica atual, e pelas circunstâncias em que se insere a política de atendimento aos adolescentes em conflito com a lei em regime de privação de liberdade e sua repercussão na ação profissional.

Assim, este estudo teve como objetivos: 1. analisar, à luz dos Princípios do SUS – sobretudo o da Integralidade – e da Doutrina de Proteção Integral, os desafios da prática profissional das equipes de saúde que atuam com adolescentes na unidade de internação ‘CAJE – Brasília’, enfocando os aspectos relativos à saúde sexual e à saúde reprodutiva; 2. caracterizar, na prática dos profissionais de saúde que atuam no CAJE, os aspectos relativos à saúde sexual e à saúde reprodutiva; 3. relacionar a prática identificada no objetivo 1 com os princípios do SUS – sobretudo o da integralidade da assistência à saúde – e da Doutrina da Proteção Integral; 4. identificar, nos aspectos relacionados no objetivo 2, os desafios da prática dos profissionais de saúde, buscando os limites e possibilidades de sua atuação como agentes mediadores na defesa do direito à saúde sexual e reprodutiva.

A hipótese deste estudo parte das seguintes proposições: as políticas macroeconômicas que orientaram a reforma ou a contra-reforma do aparelho do Estado favoreceram a fragmentação das políticas públicas ao colocar como eixo central a focalização em detrimento da universalidade dos direitos sociais, e esta tendência está contribuindo para reforçar uma prática profissional baseada no individualismo e na atividade pontual, reforçando o modelo disciplinar e repressivo.

Esta prática reforça a cultura do não direito à liberdade do adolescente ao exercício pleno de sua sexualidade, ferindo os pressupostos de defesa e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos referidos em documentos internacionais e nacionais.

Agrava-se mais essa situação o descompasso entre o modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde e sua articulação com a doutrina da proteção integral na prática profissional das equipes de saúde que atuam nas unidades socioeducativas para a garantia do direito à saúde aos adolescentes privados de liberdade, em especial à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

CAPÍTULO I

METODOLOGIA

Este estudo tomou como referência a pesquisa social e qualitativa que concebe o significado e a intencionalidade como parte intrínseca dos atos, das relações e das estruturas sociais, sendo estas vistas como construções humanas (MINAYO,1994). Quanto ao aspecto jurídico, baseou-se na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, as Regras de Beijing; Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção de jovens privados de liberdade; Diretrizes das Nações Unidas para a prevenção da Delinqüência Juvenil (Diretrizes de Riad); IV Conferência Internacional da Mulher; a Conferência sobre População e Desenvolvimento e a Conferência Internacional dos Direitos Humanos de 1993; e, especialmente, se detém naqueles artigos que regulamentam os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes em conflito com a lei.

As técnicas utilizadas foram as entrevistas semi-estruturadas, o estudo de caso e a observação participante. Esta última amplia o olhar investigativo trazendo para o foco não só o que os profissionais comunicam em seus discursos nas entrevistas semi-estruturadas, mas também a cultura institucional e as práticas observadas no local de trabalho.

Por fim, a análise dos documentos institucionais possibilitou a triangulação da informação por meio da comparação do que está registrado em documentos com os discursos e práticas profissionais.

1.1 - O estudo de Caso: A Instituição CAJE

Nosso estudo deu-se na instituição educacional de medida socioeducativa de internação e internação provisória, denominada Centro de Atendimento Juvenil Especializado - CAJE, localizada no Distrito Federal, Região Centro-Oeste do Brasil, com capacidade para atender 190 adolescentes de ambos os sexos.

A medida de internação caracteriza-se pela privação da liberdade e está sujeita “aos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” (Artigo121 do Estatuto da Criança e do Adolescente), onde os adolescentes deverão estar separados pelo critério de idade,

compleição física e gravidade da infração. O tempo máximo para o cumprimento da medida de internação é de até três anos, com avaliação de tal medida de seis em seis meses e internação provisória de 45 dias.

Atualmente a Instituição possuiu 269 adolescentes, sendo 19 do sexo feminino. Essa realidade de superlotação se deve à forma como está organizado o sistema socioeducativo no Distrito Federal. Além do CAJE existem mais duas unidades de Internação, o CIAGO e o CESAMI. No entanto, o Governo, em sua administração anterior, não só “transferiu” a responsabilidade da gestão destas Instituições para uma entidade religiosa como também contratualizou a oferta de vagas para no máximo 120 adolescentes internados, não permitindo a entrada de nenhum outro adolescente que excedesse a esse número. Esta situação sobrecarrega o CAJE que fica com todo o excedente das vagas das outras duas Instituições.

O CAJE é administrado diretamente pela Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do GDF e sua proposta pedagógica é baseada na Pedagogia da Presença, do Professor Antônio Carlos Gomes da Costa, que está sendo implantada conjuntamente com o processo de reordenamento institucional de acordo com o SINASE. Conta com uma equipe multiprofissional composta de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, dentistas, auxiliares de enfermagem, médicos, agentes de segurança, educadores sociais e instrutores de oficinas. No atendimento à saúde, seja na unidade de saúde, seja no atendimento aos adolescentes e suas famílias, existem trinta e dois profissionais, cuja rotina será explicitada na técnica da entrevista.

Em 1973 surge um projeto de atendimento ao adolescente infrator pela Fundação do Serviço Social – FSS-DF, o qual foi encaminhado à Fundação Nacional de Bem Estar do Menor, FUNABEM, cuja política de atendimento se concentrava no Poder Executivo. Sendo assim, a FSS-DF preparava-se para cumprir o papel institucional de formular e implementar a política de assistência ao “menor”, fora da esfera de atuação do Juizado de Menores, responsável até então por essa atuação. Esse projeto de atendimento solicitava à FUNABEM um acordo de cooperação financeira para a execução do projeto arquitetônico que serviria de base à referida proposta.

Ao término da construção a FUNABEM manifestou interesse em operacionalizar o atendimento. Para esse fim, aquela Fundação elaborou projetos

específicos, contratou pessoal e executou o atendimento em 1979 e 1980 (surgimento da unidade de internação CIAMF). Ainda em 1980, a FUNABEM, através da Superintendência de Brasília, promoveu encontros com organismos do governo local envolvidos no atendimento aos menores em “situação irregular”, visando analisar as atribuições detectadas. Nesse sentido, competiu à FUNABEM normalizar o atendimento a menores; ao Juizado de Menores dispor sobre a assistência, proteção e vigilância a esses menores; e à FSS-DF operacionalizar as medidas indicadas pelo Juizado de Menores.

Devido à impossibilidade de a FSS-DF assumir de imediato tais atribuições, o Juizado de Menores, que executava o procedimento de triagem, descrito no código de 79, prontificou-se a administrar a Unidade de Internação até que a FSS-DF se estruturasse para fazê-lo (surgimento da unidade de internação CETRAM, em substituição da anterior). Vale lembrar que a execução da política de atendimento ao “menor” até a criação da FUNABEM era de competência do Poder Judiciário, logo, este já possuía experiência em termos operacionais.

Em 1983 a FSS-DF elaborou o Projeto de Atendimento ao Menor Infrator – PROAMI, o qual absorveu o CETRAM. Tal projeto compunha-se de três unidades especializadas: 1) Centro de Triagem e Observação de Menores (CETRO); 2) Comunidade de Educação, Integração e Apoio de Menores e Família (COMEIA); 3) Comunidade de Terapia e Educação de Menores (COTEME). A Unidade COMEIA, órgão da FSS-DF passou a ser responsável pelo acolhimento e tratamento a menores caracterizado pelo art. 2, itens V e VI do Código de Menores de 79. Destinava-se a menores com desvio de conduta e autores de infração penal e se estruturava da seguinte forma:

1) Recepção e Triagem, processada em dois níveis:

- a) Na Delegacia de Menores, através de um estudo preliminar da situação sócio-econômica do menor e da família, prestando apoio aos mesmos durante esse período;
- b) No Centro de Triagem e Observação de Menores – CETRO, através de um estudo aprofundado do interno e respectivo encaminhamento para tratamento adequado.

2) Tratamento, processado em três níveis:

- a) Na comunidade de educação, integração e apoio ao menor e família (COMEIA), em sistema de internação aberto, visando à reintegração sócio-familiar;
- b) Na FAZENDINHA, localizada no espaço físico da COMEIA;
- c) Núcleos de Convivência Educativa, localizados em Taguatinga e no Gama.

Em 1985, período de redemocratização do Brasil surge uma proposta para aperfeiçoar o fluxo pelo qual o “menor” passava nesse sistema de atendimento. Tal proposta foi aprovada pelo GDF e configurava-se em:

- a) Plantão Técnico na Delegacia de Menores;
- b) Centro de Triagem e Observação de menores – CETRO;
- c) Triagem em Liberdade;
- d) Núcleo de Atividades Múltiplas;
- e) Reformulação do Centro de Recepção e Triagem (CRT);
- f) Reformulação da Comunidade de Educação Integrada e Apoio ao Menor e Família (COMEIA).

De 1985 a 1990 vários órgãos colaboram com essa proposta no intuito de propiciar atendimento efetivo, eficaz e humanitário. Contudo, os resultados dessa operacionalização se desgastaram em face da deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais.

Se o objetivo consistia em priorizar essa política de atendimento, questões políticas, administrativas e culturais tornavam-na secundária. Ou seja, entre a formulação e a execução dessa política havia diferenças significativas. Em 1990, desativa-se a COMEIA e apresenta-se uma proposta na qual o atendimento ao “menor infrator” seria operacionalizado na Unidade CETRO, incluindo uma construção com vistas à ampliação da base física desta Unidade. Nesse mesmo ano, a Unidade CETRO passou a denominar-se Centro de Reclusão de Adolescente Infrator – CERE. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e face aos dispositivos legais, mais a crescente demanda de jovens em conflito com a lei, realizou-se um processo de reordenamento institucional, visando atender aos aspectos constitucionais e legais, bem como melhorar o atendimento ao adolescente infrator.

Esse reordenamento configurava-se basicamente em três modalidades de atendimento:

1. Liberdade Assistida – executada através dos Centros de Desenvolvimento Social (CDS), localizados nas cidades satélites e Plano Piloto;
2. Semiliberdade – Executada através de Unidades Domiciliares, localizadas nas cidades satélites;
3. Internação Provisória e Estrita – executada na Unidade Física do CERE.

Em setembro de 1991 a Secretaria de Desenvolvimento Social constituiu um grupo de trabalho com a participação de representantes da Sociedade Civil e de diversos segmentos do Governo no intuito de estabelecer um novo sistema de assistência ao adolescente. Desse esforço coletivo produziu-se um documento que propôs a criação do Sistema de Atendimento Sócio-Educativo – SASE. Tal proposta foi executada de forma paulatina. Entretanto, por ausência de definição e decisão política, tal proposta foi inviabilizada.

Assim, a FSS-DF, em 1992, constituiu uma comissão de trabalho composta de servidores do CERE e representantes do sindicato desses servidores - SENALBA/DF - para elaboração de uma proposta de internação, à luz das diretrizes do SASE, bem como de sugestões para solução das dificuldades ora enfrentadas no CERE. Sendo assim, elaborou-se um Plano de Intervenção para o Centro de Reclusão de Adolescentes – CERE, culminando na aprovação da Lei nº 663, de 28 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a criação do Centro de Atendimento Juvenil Especializado – CAJE.

O Centro de Atendimento Juvenil Especializado – CAJE, tem como finalidade prestar atendimento socioeducativo a adolescentes infratores privados de liberdade, como determina o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Até o dia 17 de março de 2000 era uma Instituição vinculada à Fundação do Serviço Social e, a partir dessa data, por meio do Decreto nº 21076/2000, a Fundação foi extinta, passando seu quadro de pessoal e suas unidades especializadas para a Secretaria da Criança e Assistência Social.

Após a desativação da COMEIA as mudanças que surgiram ocorreram no sentido de ampliação das bases físicas da unidade do CETRO, e não na construção de um prédio completamente novo, isto é, que pudesse contemplar todas as exigências colocadas pelo novo tipo de atendimento exigido pelo ECA. E, dentre os profissionais que trabalhavam na COMEIA, alguns foram remanejados para o

CETRO, atualmente denominado CAJE. Nesse contexto, o CAJE simboliza uma resposta ao novo ordenamento jurídico (ECA), ao mesmo tempo em que reflete uma tradição de atendimento à infância e à adolescência, cujo modelo último estava calcado nos moldes da FEBEM, trazendo em seu bojo profissionais que participaram do modelo antigo (simbolizado na COMEIA), do período de transição (de CETRO para CERE) e do surgimento do CAJE até os dias atuais.

1.2 - Coleta de dados: Uma aproximação com o caso

Utilizamos das visitas ao CAJE para um contato mais próximo da realidade a ser estudada e estabelecer vínculos facilitadores de uma pesquisa participante que combinou, dentre outras técnicas, a entrevista semi-estruturada com estudo de caso.

A primeira visita da pesquisadora na Instituição foi em abril de 2008, quando apresentou, em conversa com a Diretora, a proposta de investigação, sua metodologia e objetivos. A permissão para realizar o trabalho veio a partir da solicitação por escrito.

O trabalho de campo teve continuidade com a realização de um pré-teste para validar o roteiro de entrevista. Após a validação deste roteiro foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas individuais. Este número de entrevistas foi definido pelo pouco espaço de tempo permitido para o mestrado, o que inviabiliza o aprofundamento da análise de um material mais extenso e também por se aproximar da Portaria n.º 340 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece uma equipe mínima para a atenção integral de adolescente em conflito com a lei.

Foram entrevistados: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um assistente social e um psicólogo. A sétima entrevista foi realizada por um membro da direção da Instituição. As entrevistas foram realizadas na própria Instituição e em local previamente definido pela direção.

As entrevistas abordaram os seguintes conteúdos: a rotina de trabalho, as práticas relacionadas à educação e orientação sexual, a percepção sobre a visita íntima, sexualidade, a relação entre os serviços de saúde e educação da instituição, o modelo de saúde desenvolvido pelos profissionais e a capacitação recebida. Os entrevistados foram informados sobre o objetivo da investigação, assim como sobre

os preceitos éticos (participação, anonimato), e participaram do consentimento informado.

Durante a investigação a pesquisadora teve a oportunidade de participar de algumas atividades comemorativas com a presença dos internos e verificar que a Instituição promove atividades comunitárias, permitindo a exposição e venda de artesanato e comidas aos seus funcionários.

As informações coletadas em sete horas de gravação perfizeram um total de quarenta e duas laudas transcritas. Para evitar a informação de nomes cada profissional recebeu uma letra que o identificou em toda a análise. Estes documentos se encontram de posse da pesquisadora.

As observações foram realizadas na unidade de atendimento médico, nas salas de atendimento familiar e no pátio. O acesso aos documentos institucionais foi solicitado por escrito, ao Diretor da Instituição. Foi entregue o Plano de Atendimento Individual – PIA as fichas de atendimento de saúde e a proposta do atendimento da Gerência de Saúde. Complementando a análise foi utilizado o Instrumento de Avaliação das Ações de Saúde, elaborado pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, em conjunto com a Escola de Saúde Pública da FIOCRUZ, e o Plano Operativo Estadual⁸.

1.3 - Análise e tratamento dos dados

Quando fiz os agrupamentos dos dados sistematizados da pesquisa foi como um fio condutor para a análise sem desperdícios de experiências de acordo com os objetivos propostos no estudo. O material coletado nas entrevistas foi organizado em categorias: os limites da sua atuação; a capacitação dos profissionais; o *modelo de atenção* à saúde realizada pelos profissionais de saúde; as *práticas* em relação saúde sexual e saúde reprodutiva junto aos adolescentes, *sexualidade* e adolescência e privação de liberdade.

Também apresentaremos alguns resultados referente a entrevista semi-estruturada que poderão contribuir para identificar de que maneira as práticas estão

⁸ O Plano Operativo faz parte de uma das etapas para a qualificação das Secretarias Estaduais de Saúde na atenção integral à saúde de adolescentes, conforme previsto na Portaria nº 340/SAS de 2004. O Distrito Federal cumpriu todas as etapas desta Portaria no ano de 2006, recebendo recursos para o desenvolvimento das ações de saúde na Unidade CAJE.

relacionadas com o princípio da integralidade e da Doutrina da Proteção Integral a partir da categoria demanda e oferta.

A partir do questionário foram utilizadas outras categorias para agrupar as perguntas de forma a facilitar a discussão que foi disposta da seguinte forma: educação e orientação sexual, aconselhamento para a testagem do HIV; Insumos e métodos utilizados; sexualidade, saúde e medida socioeducativa; articulação com a saúde e educação; percepção do profissional quanto ao conhecimento da temática;

Essas categorias foram analisadas buscando-se as recorrências e divergências nos discursos dos informantes. Para esta análise organizamos e sistematizamos os dados por agrupamento de questões similares e divergentes extraindo daí o conteúdo das análises.

Para a análise dos dados o material coletado nas entrevistas foi organizado em categorias: os limites da sua atuação; a capacitação dos profissionais; o modelo de atenção à saúde realizada pelos profissionais de saúde; as práticas em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva junto aos adolescentes; sexualidade e adolescência; e privação de liberdade.

Essas categorias foram analisadas buscando-se as recorrências e divergências nos discursos dos informantes. Para esta análise organizamos e sistematizamos os dados por agrupamento de questões similares e divergentes, extraindo daí o conteúdo das análises.

CAPÍTULO 2

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Trato de analisar este estudo por meio da teoria das ausências e emergência e o trabalho de tradução, para construir uma interpretação crítica em relação aos limites e possibilidades do exercício do direito à saúde no contexto das práticas profissionais das equipes de saúde em relação à saúde sexual e a saúde reprodutiva no âmbito do CAJE.

Em seu texto “A Gramática do Tempo: Para uma nova cultura política”, Santos (2006) apresenta um estudo inovador e muito interessante a respeito de como os movimentos sociais e as organizações não governamentais têm encontrado alternativas de luta contra a exclusão e a discriminação em diferentes domínios sociais produzidas pelo neoliberalismo. Ele chega a conclusão que a experiência social é muito mais variada, ampla e rica do que a tradição científica ocidental⁹ considera e valoriza.

Para o autor, esta riqueza de experiências está a ser desperdiçada e a tradição científica ocidental é a “responsável por esconder e desacreditar destas alternativas” (SANTOS, 2006, p.88). Esta ciência utiliza deste desperdício para sustentar a idéia de que não há alternativas e que nada vai mudar. Desta forma, defende a idéia de que há necessidade de enfrentar este desperdício de experiências, mas que não será possível combatê-lo sem uma crítica

do modelo de racionalidade ocidental dominante pelo menos durante os últimos duzentos anos. Todas as propostas apresentadas pela nova análise social, por mais alternativas que se julguem, tenderão a reproduzir o mesmo efeito da ocultação e descrédito (SANTOS, 2006, p.88).

Três pontos de partida serão fundamentais para apoiar na construção de uma nova teoria que irá se contrapor ao modelo de racionalidade ocidental, também chamada pelo autor de razão indolente, são eles: A compreensão do mundo vai além da compreensão do mundo ocidental; A compreensão do mundo e a forma como ele cria e legitima o poder social tem haver com as concepções do tempo e a temporalidade; A característica mais fundamental da concepção ocidental de racionalidade é o fato de, por um lado, contrair o presente como se fosse o todo, o

⁹ Para o autor, a tradição científica ocidental também é denominada de modelo da racionalidade ocidental.

absoluto e de outro expandir o futuro com uma concepção linear do tempo. (SANTOS, 2006)

A razão cosmopolita será o contraponto da razão indolente e seu fundamento será a inversão da temporalidade dada pela razão indolente, ou seja, expandir o presente e contrair o futuro, pois “[..]só assim será possível criar o espaço-tempo necessário para conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que está em curso no mundo hoje para evitar o gigantesco desperdício de experiência que vivemos hoje” (SANTOS, 2006, pág.89). Para expandir o tempo, o presente usará a teoria das ausências, para contrair o futuro, a teoria das emergências e o trabalho de tradução as quais explicitamos a seguir:

A Teoria das ausências é a interpretação a ser dada ao modo como a razão indolente esconde as alternativas, os sujeitos, as culturas, os saberes, as experiências daqueles que não se enquadram numa determinada totalidade da ordem que é estabelecida pela razão indolente. Para isso utilizará sempre a inversão das palavras invisível, não-existência, ausência, impossível, descartável, desqualificado, subtração, ignorância, absoluto para evidenciar fragmentos da experiência social não socializada pela totalidade da ordem. É dar visibilidade a tudo que aparentemente parece estar invisível. Seu elemento subjetivo é a consciência cosmopolita e do inconformismo frente ao desperdício da experiência.

A teoria das emergências é a investigação das possibilidades, das alternativas, seu elemento subjetivo é o da consciência antecipatória e o inconformismo ante a uma carência cuja satisfação está no horizonte de possibilidades, do que é possível. É buscar alternativas possíveis à razão indolente nos mais variados campos em que ela se apresenta.

A teoria do trabalho de tradução é complementar a teoria das ausências e a teoria das emergências, pois visa criar uma inteligibilidade, coerência e articulação em um mundo enriquecido pela multiplicidade e diversidade de experiências. Estas experiências serão vistas individualmente cada uma em momentos diferentes do trabalho de tradução como totalidade ou como partes e como realidades que não se esgotam nessas totalidades ou partes. Ela incide sobre as práticas e os agentes e consequentemente seus saberes e culturas.

Essa interpretação teórica se aplica muito no meu objeto de análise em função da implantação de uma política de atendimento para adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade que apesar de possuir um instrumento

regulador como o Estatuto da Criança e do Adolescente encontra resistências por parte de suas práticas institucionais que se mantêm conservadoras diante da aplicação desse direito. Essa prática revela uma cultura que reforça uma perspectiva de subhumanidade em relação a estes adolescentes traduzindo forças e concepções que tornam invisíveis os seus direitos posto que ele não é visto como sujeito de direito. Nesse sentido, a política de atendimento da instituição em relação a este adolescente produz uma ausência por meio de práticas que reafirma a violência contra ele.

Nessa direção, a política pública de atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, em especial os que estão privados de liberdade é hoje um dos maiores desafios para os gestores, sociedade e governos tendo em vista as inúmeras situações de violações de direitos, maus tratos, negligência e abusos. Situação inadmissível frente ao Estatuto da Criança e do Adolescente que ainda não conseguiu romper com a hegemonia do antigo modelo do Código de Menores e que se apresenta como foco de grandes disputas entre o velho e o novo, como por exemplo, o retorno da discussão da maioridade penal.

É a apropriação do discurso conservador para mediatizar as práticas profissionais que são reveladas na rotina, nos regulamentos, nas condutas, nas linguagens e na organização, para produzir e reproduzir o modelo prisional repressivo. O horário é indispensável para a disciplina que irá controlar a duração de qualquer atividade retirando-lhe a autonomia da vontade. As necessidades mais subjetivas são ignoradas, pois interessa submeter os indivíduos a um processo de contenção do desejo para manter a ordem. Assim, nesse campo da contradição há uma ausência de participação desses adolescentes na matriz pedagógica da instituição. A instituição é que regulamenta o comportamento do adolescente produzindo uma relação unilateral.

A partir desses argumentos, Santos (2006) vai defender que uma das consequências dessa razão é que nenhuma das partes não pode ser pensada fora de uma relação com a totalidade, ou seja, não poderá existir Norte sem a sua relação com Sul. Nesta lógica se o adolescente está em conflito com a lei sua relação é com o crime, portanto ele é um criminoso. Uma relação perversa que subtrai a essência dos indivíduos negando a sua existência e, portanto negando seus direitos.

Nessa perspectiva é preciso construir alternativas emergentes dentro da instituição para que os adolescentes e os profissionais, em uma ação coletiva, encontrem alternativas e saídas que contribuam para elevar a participação a um processo democrático, onde o diálogo das forças que compõe este corpo¹⁰ institucional possa respeitar os saberes que ali estão envolvidos, produzindo humanização.

Onde o atendimento de saúde pode ser um espaço para desconstruir as ausências e reconstruir as emergências? Há lugar para as raízes humanas nesse campo institucional?

Uma das apostas deste estudo é inverter o espaço-tempo que subtrai a idéia de adolescência quando o profissional não o vê em sua integralidade e não estabelece um vínculo que seja capaz de apreender as experiências desses sujeitos, isto é, quando a tradução sobre esse sujeito nega a sua história, suas relações afetivas e sexuais, sua participação e a sua possibilidade de mudança.

Para Santos uma das manifestações da razão indolente é a razão metonímica que tem como características principais:

- A obsessão pela ordem – a totalidade está sob a forma da ordem;
- Só há uma lógica: a que governa tanto o comportamento do todo como as suas partes;
- O todo e as parte são homogêneas;
- As variações das partes não afetam o todo e são vistos como particularidades;
- A dicotomia vai expressar na simetria uma relação horizontal que oculta a relação vertical tal como homem/mulher; branco/preto; civilizado/primitivo.

A partir desses argumentos vai defender que uma das conseqüências dessa razão é que nenhuma das partes pode ser pensada fora de uma relação com a totalidade, ou seja, não poderá existir Norte sem a sua relação com Sul. Nesta lógica, se o adolescente está em conflito com a lei, sua relação é com o crime,

¹⁰ Não é um corpo harmônico. É um corpo conflituoso devem ser permeados para um processo de democracia participativa então todos devem estar envolvidos

portanto ele é um criminoso. Uma relação perversa que subtrai a essência dos indivíduos negando a sua existência e, portanto, negando seus direitos.

Como é possível, diante destas tensões, encontrar caminhos para garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos para os adolescentes que estão em privação de liberdade, numa perspectiva emancipatória? Como desconstruir mitos e tabus internalizados nas práticas institucionais que regulamentam e controlam a sexualidade, o desejo e o afeto dos adolescentes, como se o seu corpo e sua intimidade pertencessem à instituição? A sexualidade é um tema que envolve a intimidade dos indivíduos, seus mitos e tabus. Portanto, conversar sobre este tema é refletir como cada um se coloca nesse debate.

Destaca que há uma necessidade de desqualificar, descartar e invisibilizar para gerar a não-existência, essencial para garantir a hegemonia do saber, do conhecimento (eu sei tudo). Portanto, “se você não está enquadrado no meu conhecimento, você é ignorante”. A classificação social vai naturalizar as diferenças e ocultar a hierarquia como, por exemplo, a racial e de sexo. O que predomina aqui é a opressão para se sentir inferior. Assim, a produção social dessas ausências resultará na subtração do mundo e na contração do presente para expandir o futuro. É uma lógica perversa que vai definir quem é igual e quem é desigual.

Focando os parâmetros de análise tanto no contexto socioeducativo quanto nos saberes traduzidos pelos diferentes atores sociais nas zonas de conflito que se estabelecem na instituição identificamos que há uma forte relação de poder entre estes saberes. Uma relação desigual entre os saberes técnicos dos profissionais e os saberes não técnicos e as experiências de vida acumuladas destes adolescentes como também suas vivências. Essa desigualdade ignora este sujeito que passa a ser visto dentro de uma totalidade da ordem, que não reconhece a sua história social e quer “ressocializá-lo” para reintegrá-lo à sociedade ajustado a uma ordem social de acordo com os padrões e expectativas vigente.

Segundo Santos (2006), o princípio da incompletude dos saberes será a condição da possibilidade do diálogo. Diferentes formas de conhecimento de saberes contribuirão de que forma cada um pode orientar uma dada prática na superação de uma dada ignorância. O conceito de clínica ampliada opera neste mesmo sentido, na construção de novos saberes a partir dos saberes existentes de cada um. É a parte construindo o todo, dando novos sentidos e soluções a novos problemas entre profissional de saúde, paciente, indivíduos que consiste em

conceber “igualdade de oportunidades”. Não há verdade absoluta, há várias verdades e experiências vividas nos mais diversos contextos.

Para a mudança das práticas de saúde dos profissionais que atuam no âmbito das unidades socioeducativas esta incompletude é fundamental e essencial para a construção de uma razão cosmopolita dentro da instituição. Envolver os saberes dos adolescentes como conhecimentos não científicos é arejar a instituição, é olhar esse adolescente não como descartável e sim como parceiro. Aliás, não seria este o sentido do Art. 86 do Estatuto, ao indicar que as políticas de atendimento serão realizadas por meio de um conjunto articulado de ações/saberes governamentais e não governamentais?

E por último o “trabalho de tradução”¹¹ que incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas e os seus agentes. Quando incide nos saberes pode assumir a forma de hermenêutica diatópica e entre os saberes hegemônicos e não-hegemônicos. Na forma diatópica será a interpretação de duas ou mais culturas com a preocupação de encontrar significados lógicos conhecidos, mas que terão respostas diferentes sobre estes significados. A outra maneira é a tradução entre várias concepções de sabedoria e diferentes visões de mundo. Parte do princípio de que todas as culturas são incompletas e, portanto podem ser enriquecidas pelo diálogo e pelo confronto com outras culturas. O Brasil é um exemplo desta incompletude cultural.

Tanto do lado dos adolescentes como da instituição observa-se uma tradução conservadora sobre a sexualidade ou o exercício dela. Notam-se discursos homofóbicos, patriarcais, opressão de gênero, dentre outros, o que revela a polissemia dessas falas que nos ocultam de um lado e clareiam por outro, em uma perspectiva emancipatória neste campo.

O trabalho de tradução deve levar em consideração a contradição dos discursos, sem perder de vista os saberes que internalizam sentidos hegemônicos e não-hegemônicos e entre não-hegemônicos. Em se tratando deste último, o trabalho de tradução só será contra-hegemônico se for capaz de encontrar uma identidade entre esses, de forma a resignificar o conhecimento. E esta tomada de decisão se aplica sobre as práticas sociais e seus agentes.

¹¹ Conceito usado por Boaventura de Souza Santos para mostrar que os diversos saberes e experiências entre eles criam uma inteligibilidade, pois as culturas são incompletas e, portanto podem ser enriquecidas pelo diálogo e pelo confronto com outras culturas. (Santos, 2006)

Outro aspecto importante desta mesma concepção é quando o trabalho de tradução envolve diversos movimentos sociais, diversas culturas, sejam elas locais ou internacionais. Nesse sentido, o trabalho de tradução deve incidir simultaneamente entre as práticas sociais por um lado e os agentes por outro, para também identificar o que as une e o que as separa.

Assim, para melhorar as práticas sociais numa instituição como o CAJE é fundamental identificar as noções que inferem sobre o objeto deste estudo para identificar as práticas à luz das culturas e saberes que interagem na instituição.

A partir daí estão dadas as condições e procedimentos para o trabalho de tradução que podem ser elucidados da seguinte forma: O que traduzir? Entre o quê? Quem traduz? Quando traduzir? Traduzir com que objetivo?

O que traduzir? Está no conceito de zona de contato que significa campos sociais onde diferentes mundos-da-vida normativa e prática atuam. As duas zonas de contato será o conhecimento científico e os saberes populares e a zona colonial onde se deparam colonizados e colonizador.

Em que traduzir? A seleção dos saberes e práticas entre os quais o trabalho de tradução irá realizar são a conjugação e convergência das sensações de vazios, ausências e inconformismos, e da motivação para superá-los de uma forma específica.

Quando traduzir? Quando a zona cosmopolita for resultado de uma conjugação de tempos, ritmos e oportunidades.

Quem traduz? Os grupos sociais

Como traduzir? Por meio de um trabalho argumentativo, firme na emoção cosmopolita de partilhar o mundo com quem não partilha o nosso saber.

Para que traduzir? Consiste em que a teoria das ausências e a teoria das emergências em conjunto com o trabalho de tradução sejam capazes de criar alternativa à razão indolente. Ele permite criar as condições para emancipações sociais concretas onde as desigualdades e as injustiças geram desperdícios valiosos de experiências sócias.

2.1 - Ordenamento Jurídico Nacional e Internacional

Faz-se necessário examinar como o adolescente em conflito com a lei – pela via das normativas nacionais e sua aplicação no campo socioeducativo,

especificamente na internação – tem seu direito à saúde garantida na Constituição Brasileira.

A afirmação do direito à saúde e do conjunto de direitos da infância e da adolescência constituiu não uma pauta de negociação política em torno da qual se fizessem ajustes de natureza alheia ao interesse público, mas, sim, uma pauta de direito para ser garantida e implementada. Assim, em seu capítulo VII – da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, artigo 277, a Constituição define que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda e qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2005).

Da mesma forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n.º 8.069/90) reconhece que crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Ademais, reconhece a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoa em desenvolvimento.

Segundo Volpi (2000), a história do atendimento aos direitos da criança e do adolescente se divide entre o antes e o depois do Estatuto da Criança e do Adolescente. É a passagem da Doutrina da Situação Irregular à Doutrina das Nações Unidas para a Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente, ou seja, um sistema de normas jurídicas que irá amparar os direitos fundamentais da criança e do adolescente contra aqueles que porventura possam violá-los de alguma forma: a Família, a Sociedade e o Estado. Estes é que agora podem se colocar numa situação irregular frente às crianças e adolescentes que se encontram em situação de pobreza, abandonados ou perambulando pelas ruas, vítimas de violência ou autores de ato infracional.

Tal mudança inaugura uma nova institucionalidade ao estabelecer que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos. Portanto, é dever e responsabilidade do Estado, da família e da sociedade garanti-los. Alicerçado sobre estes princípios, o Estatuto estabelece a municipalização das ações e cria mecanismos de participação da sociedade que, por meio dos conselhos tutelares e

de direitos, serão os responsáveis por garantir, no cotidiano, os direitos dessa população frente às desigualdades sociais.

As antigas FUNABEM são substituídas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, ao qual cabe a função de estabelecer normas gerais e coordenar a política no âmbito nacional, de maneira interativa com os Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos. (CRUZ NETO, 2001).

No que tange aos adolescentes em conflito com a lei, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece direitos específicos previstos em seus Artigos 122 e 124. No Artigo 122, as medidas socioeducativas¹² são medidas de proteção que a autoridade competente aplica aos adolescentes que cometeram ato infracional, que compreendem em: I. Advertência; II. Obrigação de reparar o dano; III. Prestação de serviço à comunidade; IV. Liberdade assistida; V. Inserção em regime de semiliberdade; VI. Internação em estabelecimento educacional; VII. Qualquer uma das previstas no Art. 101, de I a VI.

As medidas socioeducativas levam em conta a capacidade dos adolescentes de cumpri-las, as circunstâncias e a gravidade da infração (Artigo 112 inciso 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente) e garantem os princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento¹³.

Desta forma, possuem caráter essencialmente pedagógico ao possibilitar que os adolescentes sejam capazes de superar as motivações e necessidade que os impulsionaram ao delito, e de construir um novo projeto de vida dentro dos princípios da ética, da justiça, da solidariedade e da dignidade humana.

A sua natureza é educativa e, de acordo com Selosse (apud Penso et al, 1997), sua função é o resgate das potencialidades de interação social e competência para a autonomia com um projeto de vida para inclusão social.

No Artigo 124 outros direitos específicos são elencados, tais como ter acesso aos objetos necessários à higiene e asseio pessoal, alojamento em

¹² A política de aplicação das medidas socioeducativas não pode estar isolada das demais políticas públicas. Os programas devem estar articulados com os demais serviços que visem atender aos direitos de adolescentes (saúde, defesa jurídica, trabalho, profissionalização, escolarização, etc).

¹³ O período que encerra os primeiros anos (infância e adolescência) constitui um momento peculiar da vida em face da relação de tensão que a caracteriza: por um lado, a necessidade que o jovem (criança ou adolescente) tem de cuidados especiais devido à grande dependência que possuiu do adulto para a criação das condições essenciais ao seu desenvolvimento, e por outro, a necessidade de exercitar a competência autônoma que o faz capaz de ser agente de sua própria trajetória (Lima, 2002).

condições adequadas de higiene e salubridade, participar de atividades culturais e esportivas e de lazer, ter acesso aos meios de comunicação social. Segundo Mendez (2007),

a partir da medida de privação de liberdade, em nenhuma hipótese poderão resultar, de forma direta ou indireta, outros tipos de privação [...], ou seja, não só previstas no Estatuto, mas, inclusive, expressamente proibidas por esta lei (pág.419).

Portanto, deverão ser assegurados aos adolescentes privados de liberdade todos os seus direitos previstos em lei, como a saúde, educação, esporte, lazer, cultura, dentre outros. Assim, a saúde deve ser considerada como parte integrante das medidas socioeducativas.

Em que pese a existência de um conjunto de garantias previstas em acordos, convenções, declarações e outros instrumentos internacionais ratificados pelo Brasil, bem como aquelas incluídas na normativa nacional, após 18 anos da promulgação do Estatuto o que verificamos é uma situação de absoluto desrespeito e violação dos direitos de adolescentes em conflito com a lei, dentre os quais se incluiu o direito à saúde.

Levantamento realizado pelo MS/MJ-DCA/FONACRIAD (2002), os adolescentes privados de liberdade estão distribuídos em 211 unidades socioeducativas localizadas em 94 municípios dos 26 Estados Federados e do Distrito Federal, representando uma população de 11.835 jovens. No entanto, boa parte dessas unidades apresenta superlotação, péssimas condições de higiene, baixa qualidade das refeições oferecidas, ausência de colchões e poucas atividades de lazer e profissionalizantes, o que demonstra a inadequação para o atendimento e acolhimento desses adolescentes.

Estudo realizado por Silva e Guerresi (2003), apresentou um diagnóstico amplo da situação socioeconômica e de saúde dessa população; 90% dos adolescentes são do sexo masculino e 6% do sexo feminino; 76% tinham idade entre 16 e 18 anos; 63% não eram brancos e destes 97% eram afrodescendentes; 90% não concluíram o ensino fundamental; 81% viviam com a família quando praticaram o ato infracional; 66% viviam em famílias cujo rendimento mensal varia de menos de um até dois salários-mínimos; 85,6% eram usuários de droga antes da internação; 51% não freqüentavam a escola; e 49% não trabalhavam.

Em todas as unidades os adolescentes têm acesso aos serviços de saúde, mas a maioria ocorre de forma muito precária, quando não totalmente ausente: 31%

realizam ações de promoção e prevenção; 29% oferecem tratamento a dependentes químicos e usuários de drogas; 30,6% realizam coleta de exames laboratoriais de rotina; 40% desenvolvem ações de imunização; apenas 0,8% oferece tratamento para tuberculose; 72% promovem atividades de orientação sobre DST/Aids; 22,6% distribuem preservativos; 57% encaminham para exame de HIV; e apenas 3,4% das instituições disseram dispor de espaços para encontros íntimos.

Na pesquisa “Sem Prazer e Sem Afeto”¹⁴, 13% dos adolescentes afirmaram ter tido alguma relação sexual durante o período de internação. Estes dados indicam que o ambiente de privação de liberdade favorece a vulnerabilidade do exercício da sexualidade vivido por estes adolescentes.

Quando há a utilização da rede pública, os adolescentes encontram problemas de deslocamento para a unidade de saúde, o constrangimento de serem escoltados com algemas e a resistência e preconceitos dos profissionais de saúde, levando muitas vezes à negação e à negligência do atendimento.

Em todos os Estados a atuação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é muito tímida no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes, de modo a concluir que essa população está em sua maioria excluída do SUS.

É neste contexto que a saúde pode ser considerada um dos pontos mais delicados no atendimento a esses adolescentes, uma vez que os mesmos estão privados de liberdade em ambientes insalubres, superlotados, violentos, sem os recursos humanos na área da saúde devidamente capacitados para as especificidades deste atendimento. Por estarem em situação de vulnerabilidade social grave¹⁵, quando entram nas unidades apresentam comprometimentos importantes na sua saúde, tais como o perfil nutricional agravado, problemas dermatológicos, comprometimento com a saúde mental, problemas odontológicos, DSTs, Aids, além dos relacionados a drogadição e sexualidade.

Dentre os problemas apontados, três questões chamam a atenção: a primeira é compreender que no processo saúde/doença há uma complexa interação

¹⁴ Pesquisa realizada pela Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI, UNICEF, Coordenação Nacional de DST/Aids (Ministério da Saúde) no ano de 2002 (ANDI, 2002).

¹⁵ Há um alto índice de adolescentes confinados em estabelecimentos de natureza prisional, vinculados aos órgãos de segurança pública, como cadeias, delegacias e presídios, em total precariedade de condições e absoluto desrespeito à doutrina da proteção integral.

entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e institucionais que interferem e impactam significativamente na saúde desses adolescentes. A segunda é o aspecto contraditório do papel da saúde que constitucionalmente deveria promover a equidade e, no entanto, acaba por aprofundar a exclusão desta população ao negar o seu direito à saúde. E a terceira são as situações de vulnerabilidade a que estão submetidos esses adolescentes dentro das próprias instituições socioeducativas.

Para uma compreensão mais abrangente destas três questões faz-se necessário trabalhar o conceito de vulnerabilidade – inicialmente utilizado nos estudos da epidemia da AIDS para a identificação dos fatores que levariam uma pessoa a tornar-se mais vulnerável e mais tarde ampliado por Ayres (1996).

Segundo o autor, há uma relação intrínseca entre o indivíduo e o meio social onde ele vive. Nessa perspectiva, se estabelece três planos que seriam determinantes a uma maior ou menor suscetibilidade às doenças, aos agravos e à proteção: A vulnerabilidade individual, que se refere ao grau e à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre os seus problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a vulnerabilidade social, que está relacionada às desigualdades sociais, de renda, de acesso a serviços, desigualdade de gênero, dentre outras; e a vulnerabilidade institucional ou programática, que consiste na avaliação para responder ao controle das enfermidades, além do grau de compromisso das instituições, recursos, da gerência e do monitoramento dos programas.

Segundo Leal(2004), vulnerabilidade pode ser considerada “um estado de fragilidade do poder de defesa, presença e negociação dos sujeitos em situação de conflito e risco social nas dimensões pessoal/comportamental, social e institucional”. (Leal, 2004, p.136). E como explica Cruz Neto (2001) ao ampliar para a realidade social o conceito de vulnerabilidade:

Qual a relação entre violência, pobreza e vulnerabilidade no caso dos jovens? Essa nova geração sofre as conseqüências das desigualdades sociais e reage de diferentes maneiras. Na opção pelo lucro e na defesa do mercado, grande parcela dos jovens é excluída pela sociedade. A pobreza é o indicador mais sensível da concentração de renda no Brasil e, diante deste quadro, a principal forma de violência passa a ser a violência estrutural perpetrada pelo próprio Estado constituído, gerando a opressão de pessoas e grupos, negando-lhes bens e oportunidades necessárias, tornando-os mais vulneráveis às mazelas sociais, ao sofrimento e à morte (...) A vulnerabilidade social manifesta-se de forma contundente junto aos segmentos mais empobrecidos da população. Uma pobreza que permeia a sobrevivência das pessoas, seja através do desemprego, dos baixos salários, das péssimas condições de moradia e de saneamento básico.

Uma vulnerabilidade engendrada pela violência estrutural que acaba por atingir a auto-estima e a dignidade dos envolvidos (pág. 47).

Portanto, a noção de vulnerabilidade será abordada neste texto como um fator essencial à compreensão dos principais fatores de risco que envolve a população adolescente em conflito com a lei, em especial os que estão privados de liberdade, tais como, o preconceito, a discriminação quanto à raça, o uso abusivo das drogas, a pobreza, a (não) escolarização, ao (não) exercício da sexualidade e a violência institucional

A violência institucional a que estão submetidos estes adolescentes está frontalmente em desacordo com o artigo 123 do ECA, o qual estabelece que “a internação deverá ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecida à rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade de infração”.

O Relatório IV Caravana Nacional de Direitos Humanos¹⁶ expressou em vários trechos a indignação dos deputados frente ao tratamento dado aos adolescentes autores de ato infracional nas unidades de internação:

O ‘Sistema Febem’ é o conjunto de mecanismos institucionais responsáveis pela reprodução do paradigma do encarceramento em tudo contrário ao que dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse sistema é ‘produtor do mal’ porque distribui sofrimentos, precipita vínculos criminais e promove uma identidade delinqüente entre os internos.

Ao mesmo tempo, a recente publicação do Relatório das visitas realizadas simultaneamente em 21 estados e no Distrito Federal em março de 2006 pelas Comissões Nacionais de Direitos Humanos dos Conselhos Federais de Psicologia e Ordem dos Advogados do Brasil, confirma a distância da prioridade absoluta e da garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para a população adolescente privada de liberdade.

As queixas relativas às condições de higiene e saúde abrangem um leque bastante variado. Não há visita íntima, algumas unidades não disponibilizam preservativos, e o atendimento ginecológico para as adolescentes do sexo feminino não acontece em todas as unidades. Os adolescentes reclamam da ausência de programas para as DST/Aids e drogadição. (...). Em uma das unidades a psicóloga revelou temer os adolescentes, atendendo-os com um agente de segurança ao lado. Um adolescente revelou que gostaria de contar coisas que não fala devido à presença do agente. (OAB, CFP, 2006, pág. 114)

¹⁶ IV Caravana Nacional de Direitos Humanos. Disponível em:
<<http://www2.camara.gov.br/comissões/cdhm/relatórios/febems/html>>

O relatório do VIII encontro de articulação do CONANDA com os Conselhos Estaduais, Distrital, Municipais e das Capitais, dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares, realizado em 2006, aponta que atualmente o Brasil possuiu 39.578 crianças e adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. Segundo dados do IPEA/MJ, 2002, a cada 10 mil adolescentes, 2,88 estão privados de liberdade, e os estados que superam esta média são da Região Norte: Acre (7,4), Amapá (8,4) e Roraima (5,3); na Região Centro-Oeste: Distrito Federal (6,0) e Mato Grosso do Sul (3,9); na Região Sudeste: São Paulo (6,3) e Espírito Santo (7,4); e na Região Sul: Rio Grande do Sul (4,6).

De acordo com o relatório, em 1996 o número de adolescentes privados de liberdade era de 4.245. Dez anos depois era de 14.074, ou seja, houve um aumento de 325%¹⁷.

Nesta direção, colocam-se como perguntas-chaves para a análise do problema: Qual é a prática profissional das equipes de saúde que atuam no âmbito das unidades de internação e internação provisória em relação aos direitos sexuais e direitos reprodutivos dessa população? Como essas práticas se legitimam, se incorporam no contexto da institucionalidade socioeducativa, a partir do princípio da integralidade do SUS e do Estatuto da Criança e do Adolescente e dos instrumentos jurídicos internacionais?

Quais os desafios existentes no exercício destas práticas profissionais a partir da implantação da política de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade?

2.2 - Integralidade nas práticas profissionais

As fragilidades do Sistema Único de Saúde para uma atenção à saúde desses adolescentes e as recomendações apresentadas por diversos órgãos governamentais e instituições não governamentais, apontaram a urgência do

¹⁷ A região que mais contribuiu para essa mudança foi a Região Nordeste, com um aumento de 506%. E o Centro-Oeste foi a Região que apresentou um menor crescimento, 210% durante o mesmo período. A Região Sudeste foi a que sempre apresentou um número maior de adolescentes em medida socioeducativa de internação desde 1996, e com relação ao crescimento nos dez anos, esta região ficou atrás, somente, do Nordeste (CONANDA. Relatório do VIII encontro de Articulação do CONANDA com os Conselhos Estaduais, Distrital, municipais das capitais dos Direitos a Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares. Brasília-DF, 2006). Disponível em <<http://www.presidencia.gov.br/sedh/conanda>>.

Ministério da Saúde¹⁸ em criar mecanismos para que este tema passasse a ser incluído na pauta de todo o sistema público de saúde, em todos os níveis de governo.

Frente a esta realidade de descumprimento dos princípios constitucionais e em resposta a esse cenário de desassistência, foi elaborada, pela Área Técnica da Saúde de Adolescentes e Jovens, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Adolescente em conflito com a lei, privado de liberdade, por meio da Portaria Interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004¹⁹, com o propósito de “implantar estratégias de promoção de saúde, com o objetivo de promover uma ambiência saudável, estimular a autonomia, e desenvolver ações socioeducativas, atividades corporais e de melhoria das relações interpessoais, bem como o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias.” (art.1, parágrafo 2º).

Para dar operacionalização a estas diretrizes, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 340, de 14 de julho de 2004, que estabeleceu as normas, os critérios e os fluxos para a implementação da atenção à saúde a esta população, bem como a definição das ações de promoção de saúde, de práticas educativas, de assistência à saúde, voltadas ao acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial, à saúde sexual e saúde reprodutiva, imunização, à saúde bucal, à saúde mental, ao controle de agravos, e à assistência à vítima de violência.

A concepção principal desta Política é organizar os serviços de atenção básica nas unidades de internação a partir da lógica e dos princípios estabelecidos pelo SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90), o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE²⁰, ou seja, é levar o SUS para dentro destas Instituições. É sensibilizar os gestores municipais e estaduais de saúde de que o cuidado com a saúde desses

¹⁸ De 2002 a 2003 foram realizados encontros com os diversos ministérios para estabelecer um plano de ação que buscasse resolver os problemas apresentados. No caso da saúde, foi elaborado um documento referencial intitulado Plano Nacional para Adolescentes que Cumprem Medidas Sócio-educativas de Internação, Internação Provisória e semiliberdade.

¹⁹ Portaria Interministerial nº 1426/GM de 2004 envolvendo Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

²⁰ Sistema cujo objetivo é normatizar os artigos de nºs 90, 91, 92, 93 e 94 do ECA, buscando uma estreita articulação com as demais políticas setoriais e definindo as competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como os recursos financeiros para a sua execução.

adolescentes também faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), que estabelecem vários pontos, tendo como principais:

- a) A responsabilidade pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união e a promoção da equidade na atenção à saúde;
- b) Considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como o princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- c) Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- d) Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou União.

Desta forma, podemos dizer que em se tratando do direito à saúde, cabe aos gestores de saúde, em especial as secretarias municipais de saúde, a responsabilidade para com esta população em estreita articulação e parceira com as secretarias gestoras do sistema socioeducativo. É cada um fazendo o que é de sua competência com o compromisso de garantir no dia a dia a proteção integral a esta população, pois

não se trata de uma opção de cada governante decidir se dará ou não apoio prioritário às crianças e aos adolescentes. Na execução das políticas sociais, o Estado tem a obrigação de promover programas e ações positivas visando garantir a sua proteção. (DALLARI, 2007, pág. 42)

Seguindo esta orientação, o Ministério da Saúde normatizou o atendimento de saúde aos adolescentes privados de liberdade nas unidades de internação e internação provisória, propondo uma significativa mudança nesta realidade, tendo como concepção um modelo de saúde integral que:

- ✓ Não visa apenas ao atendimento médico e tratamento de doenças;
- ✓ Adota uma perspectiva do indivíduo como um todo, que leve em conta e promova o envolvimento do adolescente, sua família, comunidade de origem e da unidade de internação;
- ✓ Garante a implantação de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde;
- ✓ Favorece a atuação interdisciplinar;

- ✓ Tem como foco e prioridade as necessidades e demandas de saúde dos adolescentes;
- ✓ Leva em conta a promoção de uma ambiência saudável e de mudanças positivas no cotidiano dos adolescentes privados de liberdade.

Além disso, indica quais ações devem ser desenvolvidas nas práticas educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva direcionadas aos adolescentes de ambos os sexos para uma abordagem positiva nos temas sobre planejamento familiar, gravidez na adolescência, paternidade/maternidade responsável, contracepção, DST, Aids e o exercício da sexualidade de forma livre, responsável e segura.

Orienta ações específicas para a assistência em saúde aos adolescentes do sexo feminino, como a prevenção e controle do câncer cérvico-uterino; orientação e promoção do auto-exame da mama; contracepção; pré-natal e acompanhamento nutricional da gestante e lactante; adequação dos ambientes para o aleitamento materno; pós-natal; e orientação para a postergação de gravidez subsequente. Em relação à prevenção e assistência as DST/Aids orienta para o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS, tendo como componentes: a coleta para diagnóstico do HIV; ações de redução de danos; materiais educativos e instrucionais; abordagem sindrômica²¹ das DST; garantia de medicamentos para Aids e outras DST, e tratamento para adolescentes soropositivos.

Ao mesmo tempo, estabelece a composição de uma equipe mínima de saúde composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário e define que o atendimento em saúde poderá ser realizado em unidade de saúde localizada dentro da unidade de internação ou pelas equipes de saúde da família, conforme a definição do gestor municipal de saúde; a garantia de acesso aos adolescentes à assistência de média e alta complexidade, por meio da PPI, com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIT; o incentivo financeiro aos gestores municipais e/ou estaduais que aderirem a esta portaria, dentre outros.

²¹ A abordagem sindrômica foi sugerida pela OMS em 1991. É um método que consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sintomas e sinais, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames. Desde 1993 o Brasil recomenda e utiliza este método, pois ele permite um atendimento rápido, além de fornecer gratuitamente medicação necessária, preservativos e orientação quanto às formas de prevenção. Disponível em <http://www.sbcp.org.br/revista/nbr241/P70_72.htm>

2.3 - Mediação e articulação: Construindo práticas coletivas

No primeiro ano de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Adolescente em Conflito com a Lei, houve um intenso processo de sensibilização por parte do Ministério da Saúde. Foram realizadas 13 oficinas macro regionais com a participação dos 26 Estados e Distrito Federal, envolvendo as secretarias estaduais e municipais de saúde, as secretarias responsáveis pelo sistema socioeducativo, Ministério Público, conselhos estaduais e municipais de direitos da criança e do adolescente e de saúde, com o objetivo de orientar e estabelecer um entendimento comum sobre a política e definir um cronograma mínimo para cada etapa estabelecida nas portarias²².

Por se tratar de uma política intersetorial, que traz um novo modelo de atenção à saúde, que tem como público a população adolescente e jovem com demandas especiais, particulares e próprias, a Coordenação da Área Técnica da Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde definiu estrategicamente que o desenvolvimento desta política só seria possível a partir de um processo que envolvesse em suas várias etapas a definição de indicadores, o monitoramento, a avaliação e a qualificação²³.

Durante esses dois anos, a partir desta estratégia, verificamos que os obstáculos para a execução desta política estão presentes tanto nas práticas institucionais das unidades socioeducativas quanto nos serviços de saúde e nas práticas profissionais das equipes que atuam nestas instituições, que podem ser compreendidos a partir da abordagem apresentada por Muller e Surel (1998), quando identificam que uma política pode ter o seu sentido explícito, implícito, de decisão e não decisão, podendo esta ser não intencional, não decisão controversa e a não execução.

²² As etapas previstas na Portaria SAS/MS 340/04 são as seguintes: elaboração do Plano Operativo Estadual (que deve conter o planejamento de todas as ações a serem desenvolvidas, bem como o processo de implantação dos serviços e da operacionalização), assinatura do Termo de Adesão, comprovação de encaminhamento do projeto de construção, reforma/adequação dos estabelecimentos de saúde, quando for o caso, à vigilância Sanitária, avaliação sanitária da unidade como um todo, aprovação do pleito perante a Comissão Intergestores Bipartite-CIB e nos Conselhos estadual/municipais dos direitos da criança e de saúde.

²³ A Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/ Ministério da Saúde firmou convênio com a Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca /FIOCRUZ com o objetivo de acompanhar todo o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei desde o seu início. A partir do acompanhamento sistemático em três estados por parte da equipe de pesquisadores da FIOCRUZ e a equipe técnica da ASAJ, foi possível verificar as principais dificuldades no processo e buscar solucioná-las, não só nos três Estados, mas também nos outros Estados.

Ao mesmo tempo a mídia reforça esta imagem retratando esses adolescentes como indivíduos de alta periculosidade, associados a animais, como seres de natureza perversa, transgressores, sujeitos sem recuperação ou desumanos, com agressividade incontrolada (NJAINÉ e MINAYO, 2002) e revela que este estigma é produzido e reproduzido na própria sociedade. Segundo Galvão, (1994) estigma

é a percepção diferenciada, e até mesmo estereotipada de um indivíduo/grupo social para com o outro indivíduo/grupo social, percebido em atitudes discriminatórias ou segregatórias, sedimentadas e legitimadas das representações presentes nas construções mentais-psicológicas e sócio-culturais de uma determinada coletividade, podendo determinar a conformação e introjeção de uma identidade tida como desviante, levando os indivíduos/grupos, alvo desta discriminação, a um processo de exclusão social (pág.54).

2.4 - A importância das convenções e conferências internacionais: efetivando os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes

O século XX, principalmente as duas últimas décadas, registraram grandes avanços nos compromissos assumidos internacionalmente pelos países em seus ordenamentos jurídicos em relação aos direitos humanos de crianças e adolescentes.

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança²⁴ será o principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes ao demarcar duas mudanças fundamentais na concepção internacional sobre crianças e adolescentes: a primeira ao considerar que crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento e, portanto, não podem ser objetos passivos de intervenção das famílias, Estado e sociedade. E a segunda, reconhecer que crianças e adolescentes têm o direito a todos os direitos humanos assegurados para todas as pessoas e a outros direitos específicos inerentes a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento²⁵.

²⁴ A Convenção considera como criança todo ser humano com menos de dezoito anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes (Brasil, Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, 2004).

²⁵ Vale a pena destacar as observações assinaladas por Lima (2002) ao identificar outras razões para a necessidade de uma ênfase especial à população infanto-juvenil, dentre elas estão: a) Crianças e adolescentes não são capazes, em razão desta condição específica de maturação física e psíquico-social de exercitarem, em todos os níveis, a defesa de seus próprios direitos; b) Os direitos humanos constituem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada e os direitos sociais e econômicos, de segunda geração, são garantia sócio-econômicas para o exercício dos demais direitos civis e políticos, de primeira geração; Os direitos humanos são acionáveis e exigíveis e o compromisso com a sua realização constitui tarefa de todos com a dignidade humana; A garantia dos direitos humanos assim como a dos direitos à saúde da população, em especial da população infanto-juvenil, exige, além da afirmação normativa, a definição de políticas públicas específicas capazes tanto de superar um discurso retórico quanto de promover uma atuação articulada de diferentes atores sociais; A

No que tange aos direitos sexuais e direitos reprodutivos para a população infanto-juvenil, a normativa internacional e nacional seguirá respaldada no documento maior da Convenção, quando outros tratados específicos serão elaborados sobre este tema, incluindo a população adolescente e jovem enquanto sujeito de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Assim, este tema é considerado pela primeira vez na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, quando os direitos de mulheres e adolescentes são reconhecidos como parte integrante indivisível dos direitos humanos, reconhecendo-se como tarefa indispensável inserir a proteção e a promoção destes direitos com base na igualdade entre homens e mulheres, nos cuidados de saúde acessíveis e adequados e ao maior leque possível de serviços de planejamento familiar, bem como a igualdade no acesso a todos os níveis de educação (CAIRO,1994) .

Apesar dos avanços, os direitos sexuais e direitos reprodutivos ainda não apareceriam como direitos humanos no plano internacional, dificultando a negociação e implementação destes direitos, principalmente na população adolescente. Nesse processo, o debate se aprofunda e uma das principais reivindicações dos movimentos de mulheres de todo o mundo ganha espaço e se consolida na Conferência do Cairo, qual seja: Que as decisões sobre a vida sexual e a vida reprodutiva e as plenas condições para o seu exercício, de forma livre e segura, sejam garantidas como direitos fundamentais assegurados pelo Estado.

Esta mudança significou ampliar a concepção dos direitos reprodutivos para além de um controle demográfico e considerar que os direitos reprodutivos são direitos básicos de todos os casais e devem se pautar pela igualdade de gênero na abordagem da sexualidade e reprodução humana. Assim, define o conceito de saúde reprodutiva como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (CAIRO, 1994), o que implica em garantir as condições necessárias para que

as pessoas possam ser capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura, tendo a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e como muitas vezes irá fazê-lo. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é a valorização da vida e relações pessoais, e não meramente o aconselhamento e cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis (CAIRO, 1994).

garantia dos direitos à saúde deste grupo populacional infanto-juvenil é resultante de múltiplos fatores de ordem política, sócio-econômica, jurídica, cultural, ambiental e não exclusivamente de natureza física.

Ao mesmo tempo, a população adolescente ganha destaque na Plataforma do Cairo ao ser valorizada em seu item “e” do Capítulo VII - Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva. O documento reconhece que adolescentes possuem necessidades em saúde reprodutiva, mas que enquanto grupo, ainda são ignorados pelos serviços de saúde reprodutiva e que por isso esforços devem ser realizados por todos para que os mesmos atinjam “um nível de maturidade necessária para fazer decisões responsáveis” (Cairo,1994). Ademais, sublinha que, enquanto sujeitos de direitos, adolescentes devem ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva e recomenda que para garantir estes direitos será necessário:

- Encorajar e promover um comportamento reprodutivo responsável e saudável;
- Respeitar os valores culturais e crenças religiosas;
- Salvaguardar os direitos à privacidade, confidencialidade, ao respeito e consentimento informado;
- Promover a educação dos pais, visando melhorar suas funções educativas e apoiar o processo de crescimento de seus filhos, em especial nas áreas de comportamento sexual e saúde reprodutiva;
- Ampliar o acesso aos serviços e informações de que necessitem;
- Garantir mecanismos para responder às necessidades peculiares dessa população, com a participação de ONGs e de movimentos organizados de adolescentes e jovens.

Outro aspecto relevante a ser observado na Plataforma do Cairo é a concepção de que sexualidade e relações de gênero estão interligadas e, dependendo do grau de desigualdade entre elas, pode afetar significativamente na saúde sexual de homens e mulheres. Por isso

É necessário, em particular, salientar a parte de responsabilidade que cabe aos homens na função parental e no comportamento em matéria de sexualidade e reprodução e encorajá-los a assumir ativamente essa responsabilidade (...)

Estes programas devem educar e habilitar os homens adultos e adolescentes a compartilhar mais igualmente do planejamento familiar, das tarefas domésticas da educação das crianças e da responsabilidade quanto à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, portanto devem ser promovidos nos locais de trabalho, em casa, em espaços de lazer, nas escolas, organizações juvenis dentre outros espaços jovens (CAIRO, 1994).

Nesse contexto de importantes consensos internacionais em relação aos direitos reprodutivos, a IV Conferência Internacional da Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, representou um marco na garantia dos direitos de mulheres e adolescentes ao reconhecer os direitos sexuais como direitos humanos. Além disso, reconheceu que a pobreza é um dos obstáculos para se conquistar a igualdade entre homens e mulheres e promover os direitos sexuais, pois só será possível alcançar um mundo melhor para todos se os países garantirem políticas que possibilitem

desenvolver as potencialidades dos jovens e das mulheres de todas as idades e garantir a sua plena e igual participação na sociedade, reforçando o seu papel no processo de desenvolvimento de cada país.” (PEQUIM, 1995).

Assim, um dos principais avanços da Plataforma de Ação de Beijing foi conceituar os direitos sexuais de maneira diferenciada e autônoma em relação aos direitos reprodutivos, ficando assim definido:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas conseqüências” (PEQUIM, 1995).

Posteriormente, este conceito foi ampliado dando uma dimensão mais representativa ao considerar que

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada no respeito de si mesmo, que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana, e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, incluiu o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.²⁶

Sem dúvida alguma, a ampliação deste conceito remete a uma compreensão de que os indivíduos devem ser considerados como os principais sujeitos do interesse maior da autonomia de seus corpos como um fim em si mesmo. Aborda de forma positiva a sexualidade, “em lugar de algo sempre violento, insultante, ou santificado e escondido pelo casamento heterossexual e pela gravidez”

²⁶ Hera – Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1999.

(PETCHESKY,1999, pág.19, Apud SIMIONI, 2003, pág. 13), e separa a sexualidade de reprodução.

Ressalta-se que nesta definição, em que pese não ter mencionado o segmento populacional *adolescente*, entende-se que homens e mulheres foram considerados em todos os seus ciclos de vida ao se levar em conta que esse conceito está respaldado nos princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança e os acordos de Cairo e Pequim.

Esta afirmativa é confirmada no documento revisado do Programa do Cairo realizado em 1999 pela ONU, que avança nos direitos de jovens ao garantir o direito de adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva e deixa de incluir o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes²⁷.

E recentemente, com a Declaração de Santiago do Chile²⁸, jovens representantes da América Latina e Caribe lembraram a necessidade de reafirmar os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens ao salientar os compromissos assumidos pelos Estados na Plataforma de Ação do Cairo, relacionados ao direito à educação sexual e informação integral sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos; a participação juvenil na formulação de políticas, programas e projetos e acesso aos serviços integrais que abordem as especificidades e necessidades em saúde sexual e saúde reprodutiva desta população.²⁹

Como explica Buglione (2002)

a mudança das condições de vida da população contribuiu para a transformação dos significados atribuídos à concepção e contracepção. Isso ressalta que as práticas reprodutivas, assim como a sexualidade, além de serem episódios biológicos, estão condicionadas por determinantes sócio-culturais, além de remeterem constantemente ao campo da ética (pág.6)

Isto significa dizer que os direitos reprodutivos abarcam um conjunto de direitos sociais como saúde, educação, trabalho, dentre outros, ou seja, para que ele

²⁷ Em 2003, a Declaração Geral nº 4 do Comitê de Direitos da Criança chama a atenção para o tema saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes, enfatizando a sua relação direta com o desenvolvimento e afirma que independente da anuência dos pais. Os serviços de saúde devem garantir o atendimento aos adolescentes, pois isto vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. (VENTURA, Miriam 2004. Direitos Reprodutivos no Brasil. UNFPA, 2004).

²⁸ Documento apresentado durante a reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do período de sessões à Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) em Santiago do Chile, 2004.

possa ser exercido é necessário que haja acesso a serviços de saúde, de educação e orientação sexual, insumos para que o direito de decidir quando e como ter filhos seja garantido sem riscos a saúde, o que implica responsabilidades e ações diretas do Estado.

No caso dos direitos sexuais, além de interagirem com estes direitos, envolve também os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e a inviolabilidade da intimidade (VENTURA, 2004), exigindo assim que o Estado proteja os indivíduos contra qualquer tipo de prática discriminatória que possa restringir o exercício da sexualidade e o direito à livre orientação sexual. Nesse sentido, há uma diretriz clara nos documentos de Cairo e Pequim de que a restrição de direitos (tanto no âmbito das relações sociais como no âmbito estatal) no campo da sexualidade e da reprodução favorecem a vulnerabilidade das pessoas.

É importante nesse cenário identificar de que forma estas novas concepções de saúde sexual e saúde reprodutiva – e o reconhecimento de que os direitos sexuais e direitos reprodutivos são direitos humanos – irão influenciar na normatização dos direitos sexuais e direitos reprodutivos dos adolescentes no ordenamento jurídico brasileiro, e indica a necessidade de uma cidadania da intimidade.³⁰

2.5 - Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes no Brasil

Em âmbito nacional, a legislação brasileira recepcionou o sistema de defesa e garantias de crianças e adolescentes definidos na normativa internacional, estando em total consonância com as normas da Convenção ao adotar princípios semelhantes na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8069/90, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente.

De acordo com o Estatuto, a proteção integral à criança e do adolescente deverá estar alicerçada em três segmentos das políticas públicas; 1) as sociais básicas, como a saúde, educação, esporte, lazer e cultura, ou seja, referente aos direitos de todas as crianças; 2) as políticas de proteção, destinadas a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social (trabalho infantil, exploração

²⁹ Apresentada durante a reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do período de sessões à Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) em Santiago do Chile, 2004

³⁰ Vide - Cidadania Íntima- acsantos1975@yahoo.com

sexual, maus tratos, violência sexual, meninos(as) de rua; e 3) as políticas socioeducativas, estas direcionadas especialmente aos adolescentes que cometeram algum ato infracional. O direito à saúde sexual e saúde reprodutiva e a política socioeducativa serão analisadas aqui com mais profundidade, por ser objeto dessa pesquisa.

O Estatuto da Criança e do Adolescente traz a prioridade absoluta na atenção integral e reassegura o direito à vida e à saúde “mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência (Art. 7) e garante a atenção integral à criança e ao adolescente, através de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art.11)”, além de estabelecer obrigações no setor saúde para garantir a atenção à gestante e seus filhos.

Embora o Estatuto não mencione explicitamente os direitos sexuais³¹ e os direitos reprodutivos de adolescentes, alguns de seus mecanismos permitem que estes direitos sejam assegurados na atenção à saúde, a saber:

- 1) Reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos implica na garantia da privacidade, na preservação do sigilo, do consentimento informado como direitos invioláveis na assistência à saúde;
- 2) A garantia do direito ao respeito, como inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral desses sujeitos, e preservação da imagem, identidade, autonomia, dos valores, das idéias e crenças, da opinião e expressão, dos espaços e objetos pessoais;
- 3) O direito à autonomia e sua absoluta proteção à vida e à saúde de forma que permita seu desenvolvimento sadio e harmonioso;
- 4) Garantia da atenção integral à saúde

Como explica Ventura (2004)

é preciso compreender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolvem a assistência à saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, tais como: o direito à saúde, à privacidade, à liberdade de exercer a sexualidade e autonomia reprodutiva, no direito brasileiro (pág.169)

³¹ Se considerarmos que os principais documentos internacionais que reconhecem os direitos sexuais e direitos reprodutivos como direito humano e que fazem referências explícitas sobre a população adolescente foram elaborados depois de 1990, esta pode ser uma das justificativas por não ter sido explicitado estes direitos no texto da Lei n. 8069/90

Nesse sentido, o direito à saúde é um direito humano fundamental que integra os direitos individuais e sociais, portanto, um direito protetivo, tutelar, que “excluiu qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado: a saúde da pessoa humana” (VENTURA, 2004, p.169).

Esta interpretação aplicada às diversas normas relacionadas aos direitos de crianças e adolescentes no campo da saúde é essencial para garantir o acesso a programas de educação, orientação e assistência sexual, possibilitando a prevenção, assistência e promoção à sua saúde, sem juízos de valor, sem empecilhos, sem qualquer exigência que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente ao seu direito à saúde, como exigir a presença dos pais na consulta de algum profissional de saúde, na autorização para o acesso a métodos anticoncepcionais, preservativos, exigência de atestado de virgindade, dentre outros.

A promoção e proteção da saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e proteção dos direitos humanos e não compreender isso, segundo Mann, pode levar formuladores e gestores de políticas na área da saúde, bem como os operadores de direito, a cometer o grave erro de elaborar estratégias ineficientes e discriminatórias. E parafraseando Rebecca Cook (2002, Apud SIMIONI, 2003), a ausência dessa consciência é um dos motivos pelo qual as normas internacionais e nacionais não têm sido aplicadas de forma efetiva para reparar desvantagens e injustiças em que vivem adolescentes, unicamente por serem adolescentes.

Alguns autores (MATTAR, 2008; SIMIONI, 2003; VENTURA, 2004) salientam que a falta da referência expressa na legislação brasileira³² traz dificuldades e dúvidas para os profissionais quanto ao direito ao acesso de informações e serviço em saúde sexual e saúde reprodutiva. E observam que o fato de a legislação nacional fixar diversos limites etários para o exercício da vida civil³³ de adolescentes também é outro fator significativo que impede o pleno exercício de seus direitos, bem como dificuldades para implementar políticas públicas relacionadas à saúde

³² A Lei n 9.263/1996 que garante o direito ao planejamento familiar, regulamenta o direito universal ao planejamento familiar “em todos os ciclos vitais”, e em seu art. 4 estabelece como diretriz a garantia de ações preventivas, ações educativas e acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

³³ No Código Civil foram fixados vários limites etários: para os atos da vida civil como casar, firmar obrigações, contratar os adolescente menores de 16 não podem exercer esses direitos. Já os maiores de 16 e menores de 18 podem exercê-lo com a anuência de seus pais ou autorização judicial. A idade mínima para o casamento é de 16 anos desde que com a anuência dos pais sem precisar da autorização judicial. No direito penal menores de 18 anos são inimputáveis. O ECA reiterou as faixas etárias estabelecidas no código civil, mas determinou expressamente que o adolescente seja ouvido nos casos de adoção. No direito eleitoral o jovem pode votar aos 16 anos, mas só aos 18 pode concorrer a um cargo eletivo. O trabalho penoso, noturno e insalubre é proibido aos menores de 18 anos, qualquer trabalho é proibido a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal:saúde, um direito de adolescentes. Brasília:Ed. MS, 2006)

sexual e à saúde reprodutiva. Como ressalta Simioni (2003, p.20), se todo o ser humano é titular de direitos sexuais “causa-nos estranheza a criação de empecilhos, [...], em determinadas moralidades e, em especial, na (in)capacidade jurídica do adolescente para o exercício dos direitos sexuais”.

No que diz respeito ao adolescente em conflito com a lei o Estatuto dedicou 25 artigos para definir uma política socioeducativa que não só responsabiliza o adolescente pelo ato infracional (caráter coercitivo da medida socioeducativa) como também exige do poder público um novo ordenamento para esse atendimento, levando em consideração o respeito, a dignidade, a identidade e a privacidade desses adolescentes (caráter pedagógico da medida socioeducativa).

Ao levar em conta o grau da infração, definiu-se em seis as medidas socioeducativas, sendo a internação a mais severa, pois priva o adolescente do direito de ir e vir. No entanto, condicionou a aplicação dessa medida a três princípios: da brevidade, da excepcionalidade e do respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Estes princípios estão em total sintonia com os principais instrumentos internacionais que abordam especificamente a privação de liberdade de jovens. São eles: a Convenção Internacional, Regras de Beijing e as Regras Mínimas das Nações Unidas para Jovens Privados de Liberdade.

Neles há o reconhecimento dos efeitos negativos da privação de liberdade, em especial da pessoa em condição peculiar de desenvolvimento. Neste sentido, “[...] o sistema de justiça da infância e adolescência não deveria poupar esforços para abolir, na medida do possível, o encarceramento de jovens [...]”, e também ressalta que “[...] reconhecer a responsabilidade do adolescente não significa impor maior castigo, mas respeitar sua identidade e estimular os processos de socialização.” (MENDEZ, 2006, pág. 419)

Desta forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente introduziu uma série de garantias que foram definidas por um rol de direitos fundamentais³⁴. No entanto, é

³⁴ V - Ser tratado com respeito e dignidade; VI - permanecer internado na mesma localidade ou naquela mais próxima ao domicílio de seus pais ou responsável; VII - receber visitas, ao menos, semanalmente; VIII - corresponder-se com seus familiares e amigos; IX - ter acesso aos objetos necessários à higiene e asseio pessoal; X - habitar alojamento em condições adequadas de higiene e salubridade; XI - receber escolarização e profissionalização; XII - realizar atividades culturais, esportivas e de lazer; XIII - ter acesso aos meios de comunicação social; XIV - receber assistência religiosa, segundo a sua crença, e desde que assim o deseje; XV - manter a posse de seus objetos pessoais e dispor de local seguro para guardá-los, recebendo comprovante daqueles porventura depositados em poder da entidade; XVI - receber, quando de sua desinternação, os documentos pessoais indispensáveis à vida em sociedade. § 1º - Em nenhum caso haverá incomunicabilidade (Brasil, Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, 1990)

interessante observar que o caput deste artigo usa a expressão “dentre outros”, deixando claro que ele não é taxativo, ou seja, outros direitos podem ser agrupados, inclusive os direitos sexuais e direitos reprodutivos. As Regras de Beijing também detalham de forma exaustiva todos os direitos inerentes ao jovem privado de liberdade, quando ao direito à saúde, educação e a responsabilidade da comunidade, família, meios de comunicação social, as políticas sociais e a legislação e administração da justiça de menores.

Partindo desses pressupostos, é clara a orientação no sentido de garantir dispositivos que possam “inverter” a privação de liberdade da tendência de institucionalização total. Nesse sentido, o princípio da incompletude institucional é essencial para contrabalançar esta tendência, possibilitando “converter a internação em uma medida o mais dependente possível dos serviços e atividades do mundo exterior” (MENDEZ, 2006, pág.419). Ademais, a obrigatoriedade de atividades pedagógicas é o que caracteriza a natureza socioeducativa da medida de internação. É ela que irá possibilitar o caminho para o desenvolvimento pessoal e social do adolescente. Sendo assim, no campo da saúde esta ação pedagógica deve estar baseada no princípio de que os adolescentes têm direito ao conhecimento e aos cuidados com a sua saúde, a receber educação e orientação sexual. Isto implica em dizer que a abordagem da sexualidade, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos deve fazer parte do projeto pedagógico da instituição, sendo desenvolvida de forma sistemática, integral e estruturada.

CAPÍTULO 3

ALGO MAIS PARA CONCLUIR E CONECTAR

Inicialmente farei uma breve narrativa do espaço e ambiência institucional, para retratar o lócus onde os adolescentes cumprem medidas socioeducativas de internação.

Ao entrar no Centro de Atendimento Juvenil Especializado - CAJE a primeira visão é de um espaço amplo, aberto, com jardins, área de esporte, funcionários e adolescentes circulando, mas, à medida que vamos aproximando das instalações físicas, este enquadramento vai se modificando para uma outra visão, de um espaço mais fechado, de pinturas de cor cinza, cores desbotadas, muitas portas, grades e salas. Nesse momento vê-se, numa relação de restrição de liberdade, os adolescentes e os funcionários, sendo que estes procuram, por meio de diferentes práticas, controlar as ações e sentimentos íntimos daqueles.

Neste cenário fica nítido que a política de atendimento socioeducativo ainda não conseguiu transformar as antigas estruturas físicas herdadas pelo antigo modelo da Doutrina da Situação Irregular conhecido como o modelo FEBEM, percebida pela sociedade como aquela instituição que mais reprime do que educa.

A atual direção do CAJE vem trabalhando numa proposta pedagógica iniciada em 2003, mas ainda encontra dificuldades em sua implantação, não só em relação ao espaço físico, a superlotação, a falta de recursos financeiros e humanos, como também à cultura institucional baseada no modelo correcional que valoriza a disciplina e a coerção como forma de controlar tudo. “Até pela cultura institucional, da resistência, da necessidade de um olhar diferenciado, o novo, medo do novo (G25)”.

Não possui autonomia financeira, o que dificulta a operacionalização de questões do cotidiano como a compra de materiais de higiene para os adolescentes, ou despesas miúdas como o vale transporte para a visita dos familiares que residem em outras regiões do Distrito Federal. O processo burocrático é lento para a compra dos materiais necessários à Instituição, causando em alguns momentos descontinuidade de algumas atividades.

Outro aspecto é a cultura institucional que ainda está permeada pelo castigo, pela coerção, e a disciplina como forma de controle.

A Instituição possui três edifícios divididos em quatro blocos, assim distribuídos: Bloco 1 - onde está localizada a Direção, o Setor Administrativo e o pavilhão de seguros, pavilhão disciplinar, a ala feminina e 08 oficinas profissionalizantes; Bloco 2 - composto pela escola, serviço de internação estrita, com capacidade para 190 internos (atualmente com 269 adolescentes); Bloco 3 - composto pela equipe de segurança, guarda e portaria; e, Bloco 4 - serviço médico, atendimento odontológico e internação provisória. Possui em seu quadro profissional cerca de 399 funcionários entre efetivos e contratados temporariamente.

Os adolescentes sentenciados³⁵ vivem em módulos, divididos em grupos, sendo que em algumas situações é levada em conta a região onde o adolescente mora, pois em algumas cidades satélites há desavenças entre grupos de adolescentes: “Se eles têm problema de rixa procuramos separar por módulos para evitar conflito interno e que eles se machuquem” (anotações de campo).

Os adolescentes que cometem atos graves à pessoa humana ficam em alas separadas. Eles constituem o grupo que possuiu menos liberdade na Instituição, não podem sair no mesmo horário dos outros e não participam das atividades coletivas de comemorações, etc. Aliás, só participam aqueles que têm bom comportamento.

Nesses módulos pequenos, com capacidade para 04 camas, eles dormem, se banham e assistem televisão. As roupas, a televisão e os pertences pessoais são trazidos pelos familiares. Os adolescentes não usam uniforme e podem vestir suas próprias roupas, desde que seja da cor branca ou azul. Eles saem das alas em horários determinados para as atividades de profissionalização, esporte, educação e oficinas de arte e artesanato.

Nas anotações de campo foi constatado que o acesso público e de funcionários do CAJE é feito por uma única entrada, onde há uma recepção e um sistema de segurança de responsabilidade da Polícia Civil. A receptividade desses funcionários é cordial e atenciosa para aqueles que procuram a Instituição. A pesquisadora pôde presenciar esta cordialidade não só para quem precisa entrar no CAJE como também para a orientação prestada aos parentes ou responsáveis pelos adolescentes acerca de situações que os envolvam no processo do cumprimento da medida. Observou, ainda, que para entrar na Instituição é necessária a identificação pessoal e a informação sobre com quem vai falar, para que o agente, por telefone,

³⁵ Adolescentes que já foram julgados e estão cumprindo a medida de internação.

avise no Setor a ser visitado. Da recepção até o local de destino o visitante é sempre acompanhado por um agente de segurança.

Logo na entrada estão afixadas várias regras para visita à Instituição, não sendo permitida a visita de menores de 12 anos de idade por questão de segurança. Todavia, esta visita pode ocorrer quando o adolescente ou a criança estiver acompanhado de familiares nos dias de visita.

Nas diversas idas à Instituição algumas situações me chamaram a atenção: a primeira foi a circulação “livre” dos adolescentes pela Unidade, sem as mãos para traz e sempre acompanhados por um Agente Social. A aparência deles é saudável, se apresentam asseados, os cabelos não são raspados, porém curtos, e usam muito bermudões.

A segunda foi observar que os adolescentes do sexo feminino têm um período de lazer no horário da tarde e pela manhã onde saem dos seus quartos e ficam no pátio localizado em frente à sede administrativa. Durante este período as adolescentes ficam sempre juntas em grupos de quatro ou cinco, conversando muito e algumas escrevendo cartas. Como há circulação de adolescentes do sexo masculino neste horário e às vezes há jogo de futebol, as adolescentes se colocam no canto deste pátio para “ficar mais perto” e ver os adolescentes. Recordei-me dos tempos de colégio quando as escolas passaram a serem mistas e as adolescentes em pequenos grupos se espalhavam por vários pontos do pátio da escola para ver os colegas jogando futebol, flertando e conversando assuntos sobre eles. Por um breve momento pensei que talvez a Instituição estivesse mudando. Assim como os adolescentes, as jovens têm aparência saudável, cabelos na maioria compridos e arrumados, e geralmente usam calças jeans.

Esse momento do encontro, mesmo que distante, são oportunidades singulares onde os adolescentes podem expressar e vivenciar suas relações afetivas. “Nós temos meninas e meninos que se apaixonam só de olhar, juras de amor eterno, cartas apaixonadas e que geram conflitos, que brigam, pois elas mandam várias cartas para vários meninos” (A13).

Com o aprofundamento dos trabalhos de campo, todavia, a pesquisadora observou que esta aparente liberdade para o exercício e o aprendizado da sexualidade é fortemente reprimida pela Instituição, que assume posições ambíguas, confusas e preconceituosas neste campo, conforme será apresentado no decorrer desta investigação. “Os adolescentes passam carta para mim para que eu possa

entregar para a menina, mas aí eu digo que não posso, que tenho que passar para o monitor e o segurança para ver o conteúdo” (B25).

Para os adolescentes que possuem namoradas a visita é nas terças-feiras de 8h às 11h e de 14h às 17h. Estes encontros acontecem no salão multiuso onde ocorrem as principais atividades socioculturais da Instituição. No dia da visita o adolescente fica sentado numa cadeira com a sua namorada de frente para ele, sentada em outra cadeira, de forma que a aproximação permite o contato físico de mãos, pernas, coxas e abraços, mas com beijos tímidos, já que a visita é supervisionada por um agente social e de segurança. Em algumas visitas observei que uma namorada levou uma criança de cerca de uns três anos (não soube se era filho do adolescente).

Para os que são casados ou possuem uma união estável com suas companheiras, as visitas são nos finais de semana, quando aparecem também outros familiares como mães e filhos. Nesta visita pode ocorrer um contato mais íntimo entre o adolescente e sua esposa ou companheira. “A casa não se organiza para a visita íntima, mas eu não posso garantir para você que não há relação. Os quartos ficam abertos, então pode ocorrer relação sim dentro dos quartos” (A1). Nota-se que há por parte da instituição um “consentimento”, mesmo que velado, já que é ela que determina quando as portas se abrem e se fecham. “Não temos espaço apropriado para que elas aconteçam oficialmente embora saibamos que eles sempre dão um jeitinho. Então, fazemos de conta que a gente não sabe e eles fazendo de conta que nós não sabemos” (G7). Para Foucault (1987, pág. 118), esses métodos foram chamados de disciplina, cujo objeto central de controle é o corpo, “lhe impondo uma relação de docilidade-utilidade, lhe impondo limitações, proibições ou obrigações”.

Esta situação não acontece com as adolescentes do sexo feminino, pois a maioria não possuiu uma relação estável ou não é casada, apesar de algumas já terem filhos.

CAPÍTULO 4

AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA INSTITUIÇÃO SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO PARA ADOLESCENTES, EM RELAÇÃO À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.

4.1 - Modelos assistenciais de saúde e as práticas profissionais: Entre ausências e emergências

Para compreender de que maneira as práticas de saúde podem interferir no processo saúde-doença dos adolescentes, em especial as relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva, partiremos de duas concepções que nos parecem elucidar as tensões vividas entre práticas fragmentadas e práticas integrais. São elas: O modelo assistencial com uma abordagem de clínica fragmentada e o modelo assistencial com uma abordagem da clínica ampliada³⁶. Neste trabalho o conceito da clínica será entendido como um conjunto de competências que o profissional de saúde utiliza para dar assistência à saúde aos indivíduos. A partir desses conceitos buscaremos caracterizar essas práticas e localizar em qual das duas concepções elas se identificam.

A clínica fragmentada é aquela que está centrada no binômio queixa e doença, sujeito biológico x sujeito integral, onde apenas algumas partes do seu corpo serão “olhadas” e ainda de forma descontextualizada das condições econômicas e sociais dos indivíduos, portanto reducionista. “A gente vê os preservativos, folders, cartazes, tem o próprio preservativo que vem da unidade de saúde, pois a gente fica muito aqui na boca. Tem cartazes de como se pega Aids” (E4). É o sujeito recortado em alguma parte de seu corpo que perde o seu significado diante do outro que passa a vê-lo na relação objeto x sujeito. É a força da razão metonímica interferindo nas práticas profissionais. “A saúde é vista só do ponto de vista da doença. Não tem a visão de prevenção, de orientação, palestra. A equipe fica só na função técnica” (B15).

Constrói uma relação de poder vertical onde o saber é único, não possibilitando assim a troca, o diálogo e a interação entre saberes e o vínculo, não

³⁶ Conceito adotado atualmente nas práticas de saúde para responder as questões de saúde dos indivíduos tendo como foco a integralidade.

só entre os paciente como também entre os profissionais. Uma clínica de um olhar embaçado, míope e que tem múltiplas raízes que fogem ao tema da discussão deste projeto e na crescente ênfase das especialidades médicas, no ensino das diversas profissões ligadas à saúde, nos currículos desatualizados e que não respondem mais às necessidades de saúde dos cidadãos envolvidos na complexidade dos problemas sociais como a violência, estresse, desemprego, dentre outros.

Ficamos sem enfermeiro. O auxiliar de enfermagem passou a executar a função de assessor do núcleo de saúde. Ele não aceitava as minhas idéias, e eu não aceitava as idéias tecnicistas dele. Um enfermeiro não pode ser só um técnico e aí isso não dá certo. Duas cabeças diferentes não funcionam. Tem que ter uma ligação muito boa para fazer. Eu tentei continuar o trabalho, mas percebi que o auxiliar estava apresentando mais do que o enfermeiro. Como uma auxiliar vai executar uma função acima do (...) hierarquicamente está errado. Então fica difícil você fazer isso. (B4)

Em relação à população adolescente essa atuação é ainda mais perversa, pois outros fatores, como a percepção dos profissionais de saúde sobre a adolescência, se constituirá em obstáculos, aumentando a vulnerabilidade dessa população em relação as suas necessidades de saúde, que muitas vezes não são percebidas por ela. Como bem assinala Lemos, “a visão desses profissionais fica eclipsada pelas construções de sua imaginação que preestabelecem a realidade, classificando as pessoas e as coisas, impedindo-os de reconhecerem os adolescentes reais que estão à sua frente” (LEMOS, 2005 apud MOSCOVICI, 2002).

Em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva as práticas são marcadas pela demanda espontânea dos adolescentes. “Mais basicamente por solicitação, o interno tem alguma queixa, nós fazemos o agendamento posterior para a médica (B6). ”Agente conversa com eles de acordo com a demanda deles, a questão da namorada, quando ele vai para o “saidão”, a preocupação do relacionamento, aí no decorrer você vai conhecendo o menino e você vai criando uma vinculação que te permite estar conversando e que ele aceite a sua interferência neste sentido”(C6).

Alguns profissionais optam por uma postura distante sem se implicar com a questão.

Não cabe a minha profissão, às vezes eles comentam. A gente conversa basicamente sobre a herpes na boca e que ela pode estar também na genitália, mas basicamente é isso o que agente conversa com eles. É mesmo só pedir que use sempre a camisinha, sempre, em qualquer tipo de relação seja ela oral, vaginal do jeito que for. (E6)

Nota-se uma abordagem reducionista diante do comentário que é feito pelo adolescente. A atenção dispensada a essa população deve ser feita sem menosprezo, e sua orientação sem infantilização.

De acordo com os profissionais não há nenhum programa em educação sexual para ambos os sexos. Houve uma iniciativa no ano de 2007 para os adolescentes do sexo feminino, mas por mudanças gerenciais este programa foi interrompido. As atividades que envolvem esta temática necessitam de planejamento, estudo, conhecimento destes assuntos, criatividade e conhecimento profundo de que a população adolescente está sendo atendida, pois adolescentes não constituem um grupo homogêneo, mas sim um conjunto de individualidades.

A equipe de profissionais que não estabelece um planejamento sistemático para o desenvolvimento das atividades educativas nesta área está fadada a reduzir a sua atuação numa “concepção bancária”, expressão usada por Paulo Freire para caracterizar a relação vertical entre educador e educando. “Entre os que se julgam sábios e os que se julgam nada saber” (FREIRE, 2007, pág. 67) Esta situação já foi verificada em diversos estudos que atualmente questionam as estratégias junto à população adolescente, baseada apenas no uso da camisinha e nas DST e na Aids, reduzindo assim o debate da sexualidade tão importante neste período. A orientação para a dupla proteção também não é realizada. “Há disponibilização do preservativo mesmo não havendo orientação sexual” (B7). Esta é a principal atividade em saúde sexual e saúde reprodutiva junto aos adolescentes da instituição.

Nesse debate a questão que se coloca é que esta abordagem, chamada também de “preventivista³⁷”, não consegue ultrapassar os limites entre o conhecimento do preservativo e o seu uso. A pergunta “por que os adolescentes não usam o preservativo se eles têm informação sobre o seu uso?” continua sem resposta. Outra característica é a omissão dos profissionais frente à negação ao direito sexual e ao direito reprodutivo. As falas revelam confusão, dúvida, reconhecimento e aceitação frente a essa realidade. De acordo com o estatuto o adolescente só está privado do direito de ir e vir. Portanto, eles têm direito a informação, cuidados e assistência relativos à sua saúde. “Os preservativos são disponibilizados só quando eles tem o benefício do ‘saidão’. Aqui dentro não é

³⁷ Nome dado por Arilha&Calazans (1998 apud PIMENTA, 2001) para denominar uma abordagem para o uso do preservativo que não leva em conta a compreensão do comportamento dos indivíduos para a dupla proteção

disponibilizado” (D7). “Eu acho isso uma hipocrisia” (D8). “Eles não têm atividade sexual dentro do CAJE. Quando ele sai ele assina que recebeu” (controle).

“Quem disponibiliza o preservativo é a administração” (B7). Aqui fica evidente uma prática desintegrada. Os profissionais, de um lado, abordam a prevenção; e, de outro, a administração é quem disponibiliza e só quando ele sai. E dentro? Qual o motivo para não disponibilizar, já que a Instituição sabe que há práticas sexuais dentro de suas próprias instalações. O que isso quer dizer?

Alguns profissionais informam que não falam sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, mas no desenrolar da conversa acabam conversando com os adolescentes sobre isso porque eles perguntam.

Já a clínica ampliada, como bem define Campos (2003), é aquela centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessa existência, que, complementado por Cunha (2005), é capaz de transformar a atenção individual e coletiva, possibilitando que outros aspectos do sujeito possam ser considerados para além do biológico.

Tem como elemento central o vínculo: uma técnica que qualifica o trabalho em saúde e que considera essencial para uma ação em equipe reconhecer os saberes dos profissionais de saúde, buscando a valorização de cada um para uma dinâmica de trabalho que implique cada profissional com o outro para alcançar o resultado final. (CUNHA, 2005). Nesse sentido, o “*trabalho de tradução*”³⁸ permite aos profissionais identificar incompletudes e carências em seus saberes e práticas que vão estimular diálogos para identificar pontos de convergência e encontrar respostas para melhorar suas práticas.

No material coletado nas entrevistas com os profissionais foi possível identificar que o que caracteriza essas práticas é modelo assistencial de clínica fragmentada, centralizada no binômio doença e queixa, práticas desarticuladas internamente, ações de saúde segmentadas e pontuais, improvisação, regulação de condutas, abordagem limitada do ponto de vista do acúmulo tecnológico e científico sobre o tema, práticas omissas, pouca oferta do serviço de saúde e muita demanda por parte dos adolescentes.

Ao trazer a discussão dos modelos assistenciais de saúde e as práticas profissionais encontramos pontos de identidade com a teoria das ausências e

emergências de Boaventura de Souza Santos ao perceber que as práticas fragmentadas, desarticuladas são manifestações de um modelo instituído baseado na lógica, conseqüências de uma visão de mundo.

4.2 - Demanda e oferta nos serviços para quem?

A integralidade da assistência é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade. De acordo com Mattos (2006), ela tem vários sentidos que levam a um único caminho, uma *imagem-objetiva* que fala de um conjunto de valores pelos quais vale à pena lutar, pois se relacionam a uma idéia de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Nesse estudo seu sentido será uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados de tal forma que no plano individual sejam construídas a integralidade no ato da atenção individual e no plano sistêmico, onde se garantam a integralidade das ações na rede de serviços. (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

Isto significa olhar o ser humano como um todo; suas necessidades, demandas, conhecer sua história de vida, seu modo de viver e adoecer. “Buscar ampliar as percepções das necessidades dos grupos e se dispor a discutir interagir com o paciente” (MATTOS, 2006, pág. 64). A integralidade se estabelece em todos os níveis de atenção sendo uma responsabilidade e compromisso de todos. Ela é o objetivo da rede, por isso ela não se realiza totalmente apenas no esforço individual. É preciso inverter a lógica do sistema de saúde, de cada serviço para compreender que cada pessoa com suas múltiplas e singulares necessidades, deve ser sempre o foco, a razão de ser cada serviço como um todo e não ao contrário. (MATTOS, 2006)

Coincidentemente, o Estatuto da Criança e do Adolescente tem este mesmo sentido ao dispor em seu Art. 1º e 3º sobre a proteção integral de crianças e adoles-

³⁸ Conceito usado por Boaventura de Souza Santos para mostrar que os diversos saberes e experiências entre eles criam uma inteligibilidade, pois as culturas são incompletas e portanto podem ser enriquecidas pelo diálogo e pelo confronto com outras culturas. (Santos, 2006)

centes, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Portanto, a integralidade é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens.

Nesse sentido, vale destacar o comentário de Vercelone (2006) sobre este artigo, ao reforçar que em força da proteção integral, crianças e adolescentes têm o direito de que os adultos **façam coisas em favor deles**, e complementa que a

liberdade e a dignidade são os bens mais preciosos de toda as pessoas humanas e por isso impõe à coletividade a eliminação de qualquer obstáculo que, limitando de fato a liberdade e a igualdade dos cidadãos, impeça o pleno desenvolvimento da pessoa humana (pág.33).

A partir desta concepção buscaremos relacionar as práticas assinaladas no item anterior com o princípio da integralidade e da Doutrina da Proteção Integral. Para isso vamos usar a categoria “demanda e oferta”, não só por ela ter aparecido de forma intensa e recorrente nas respostas dos questionários, como também por verificar no discurso dos profissionais a relação entre a demanda e oferta com as práticas profissionais da equipe de saúde no cotidiano da Instituição, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, como também observar esta dinâmica relacional a partir das percepções e significados que são atribuídos pelos atores, nas suas práticas profissionais em relação aos adolescentes e aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Mas qual o conceito de demanda e oferta será utilizado? Consideraremos que a **oferta** de serviços de saúde está relacionada ao tipo e à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde; e a **demanda** não apenas à atitude do indivíduo na busca de um serviço, mas também a **demanda não explícita**, ou seja, aquela que nem sempre é reconhecida ou identificada pelo usuário. Como bem assinala Arruda (1998, Apud PINHEIRO e MATTOS [orgs], 2006), “nem sempre será a expressão da necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo que elas precisam (assintomáticos), pela desinformação ou a disponibilidade de pagar pelo serviço ou a ausência do mesmo” (pág. 69).

Pinheiro (2006) assinala que nessa divisão entre demanda e oferta há uma relação *não vista* [...] que imprime um caráter dicotômico, estático às duas categorias, como se cada uma fosse de um lado para o outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos” (pág. 69).

Desta forma, considerar o contexto onde ocorre a relação “demanda e oferta” é de fundamental importância para a compreensão do objeto da nossa pesquisa. Portanto, o contexto será o cotidiano das instituições, definido por Castorialis (1982, Apud PINHEIRO e MATTOS (orgs), 2006) como uma “autocriação da sociedade”, que reproduz, mesmo que sinteticamente, os mecanismos mais gerais de funcionamento das relações entre sociedade e Estado e, parafraseando Pinheiro (2006),

no caso das instituições socioeducativas de internação, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido “não como um objeto natural, uma coisa”, mas como uma prática social, influenciada pelas antigas práticas da situação irregular, as novas práticas socioeducativas e as práticas políticas e sanitárias. (pág. 70)

4.2.1 - Oferta de serviços: educação, orientação sexual, insumos e métodos anticoncepcionais

Neste grupo estão relacionadas as respostas referentes à forma como é realizada a educação e a orientação sexual, de que maneira e quais são as abordagens dos profissionais a partir da sua organização de trabalho. Quais os principais métodos utilizados, insumos, e de que forma são disponibilizados aos adolescentes de ambos os sexos.

A Instituição não possuiu um programa de educação e orientação sexual e as ações são desenvolvidas de forma fragmentada, desarticulada e esporádicas. Quanto ao aconselhamento para a testagem do HIV, ela só é feita a partir da demanda do adolescente. “Já foram feitas algumas atividades, mas não é freqüente. Tem a entrega da camisinha só no saidão, aí são orientados” (D4). “Com certeza tem alguma orientação. Aqui dentro eu falo mais das DST por sexo oral (C4). Não sei se nesse ano foi feita alguma coisa” (C4). “Eles só procuram quando a DST está agravada” (B4). “Nos momentos de terapia comunitária a gente aproveita para falar sobre este tema” (F4).

Em relação à abordagem com os adolescentes os profissionais adotam uma postura de advertência, controle, amedrontamento e risco. “Olha, se você for namorar no final de semana, então, cuidado, você pode pegar herpes. Eles têm que ser tratados como pacientes normais!” (E4).

Passei o dia com a minha mãe. E de noite, o que você fez? E aí ele fala, “fiquei com as mulher. Ai voltei de manhã”. E aí vamos conversando como ele foi, quem é esta mulher, se é mais velha, se é menor de idade, mais

nova, você já conhecia?, você só foi para ficar? Aí você vai conversando e trabalhando a questão da sexualidade, da prevenção. Até porque eles recebem camisinha também. (C6).

Às vezes ele quer só uma informação, ele quer saber quando ele sair daqui, que ele quer constituir uma família, como ele vai fazer. A pessoa pensa que esses garotos não têm essas idéias, mas eles têm. Eles querem saber quando eles saem no saidão como eles fazem (D6). A gente conversa informal com os adolescentes no atendimento” (E6).

A postura da Instituição frente a este tema é uma e a do profissional é outra, questão observada nas falas. “Você não pode admitir que aqui tenha sexo, apesar de não acreditar” (D4). “Em relação à sexualidade ele é muito reprimido no CAJE” (B4).

A camisinha é o insumo mais utilizado. Ele é disponibilizado para os adolescentes de ambos os sexos apenas no benefício do “saidão”, pelo Setor Administrativo, e quando eles já estão “literalmente saindo”. A camisinha feminina também é disponibilizada, mas as adolescentes não gostam de usar. A pílula é o método utilizado, mas só é disponibilizado quando as adolescentes pedem ou quando apresentam algum quadro clínico que justifica o uso. Neste caso é o Setor de Saúde que disponibiliza. Pela fala dos profissionais podemos inferir que os anticoncepcionais oferecidos às adolescentes são a pílula e o preservativo feminino e masculino. Em relação à anticoncepção de emergência os profissionais nunca pensaram nisso, tanto para os adolescentes do sexo masculino quanto para os do sexo feminino.

As atitudes inconstantes dos adolescentes em relação ao uso ou não da camisinha trazem muito desconforto para os profissionais, afinal os adolescentes estão descumprindo regras, não estão obedecendo. A resposta frente a isso? É preciso punir. Dessa forma, o profissional adota em relação ao adolescente uma postura aética, negligente e descompromissada com o bem estar dele.

Elas precisam vir na enfermaria para tomar todos os dias às 17h00 porque se não elas não tomam direito. Para falar a verdade elas não tomam nenhum, elas falam que se tomar a pílula não precisam usar o preservativo, não entendem que precisam usar em qualquer situação e aí a meu ver é melhor que elas não tomem anticoncepcional. Pelo menos ela se preocupa em usar a camisinha, pois a preocupação maior é não engravidar, não é pegar qualquer doença, é não engravidar. E algumas amam tanto o namorado que querem engravidar. (D9).

Na concepção deste mesmo profissional há uma confusão em relação à anticoncepção de emergência pela maneira com a resposta foi dada. Para este profissional a Anticoncepção de Emergência é considerada abortiva? A que ele responderia?

Não usamos a AE, porque a gente encaminha para o IML, para a delegacia e para onde for necessário. Aqui a gente não tem isso. Realmente não fazemos nada em relação a isso, caso a menina chegue e diz que a camisinha furou, ela teve uma relação desprotegida... Até hoje não. Em relação à orientação para a AE é muito difícil trabalhar em uma Instituição como essa. Porque se você utiliza esse método você vai responder por alguma coisa. (D9)

Outra profissional argumenta que ela sai com o preservativo e depois “ela vem e conta que saiu, namorou e não usou o preservativo” (D9).

Aí na terapia comunitária eu tenho oportunidade de falar. Mas você sabe né? Já está informada. O que te impediu de usar? Não sinto uma preocupação nelas, se vai engravidar ou não. Porque aquele homem é o homem da sua vida naquela hora. Então, uma gravidez é o melhor presente que posso dar para o meu homem. É uma coisa de cultura complicada. (F5)

4.2.2 - Percepção sobre sexualidade, saúde e medida socioeducativa

A sexualidade se desenvolve desde o nascimento e faz parte da nossa vida em todos os momentos. Exercemos a nossa sexualidade quando vivenciamos com prazer as nossas relações com nós mesmos e com o mundo. Ela envolve desejos e práticas relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos e ao exercício da liberdade. Em relação aos adolescentes esta vivência será marcada por dois aspectos que serão fundamentais no processo estruturador da sua identidade enquanto pessoa. As mudanças do corpo advindas da puberdade e a descoberta do desejo sexual.

Compreendida como importante eixo da vida humana, o tema é motivo de debate teórico constante, tendo em vista os contextos e dimensões em que a sexualidade é experimentada e vivenciada em diversas culturas, populações e grupos específicos. Dessa forma, a sexualidade como construção histórica comporta diferentes visões e significados. “Por razões diversas (econômicas, políticas, religiosas, etc...) em todas as épocas houve uma necessidade de controlar e interferir na sexualidade humana” (TAQUETTE, 2008, pág. 105).

Nesse contexto, a adolescência como um grupo específico vem ocupando espaço significativo nas últimas décadas no campo da educação e da saúde, advindo das preocupações com problemas que estão atingindo os jovens em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, Aids, DST, aborto inseguro e a gravidez na adolescência.

Ao mesmo tempo, a abordagem destes temas junto à população adolescente tem sido motivo de inquietações dos profissionais de saúde e de educação que com eles se deparam no seu dia-a-dia, envolvendo valores, mitos, a percepção da população em relação ao adolescente, tabus e atitudes frente a estas questões. Alguns autores têm se preocupado com dois aspectos nesse debate: o primeiro é a visão que os adultos, de uma maneira geral, têm da adolescência; e a segunda é a forma como se apresentam as estratégias para a abordagem destes temas para que provoquem uma mudança de comportamento no exercício da sexualidade de forma livre, responsável e segura.

Segundo Bock (2004, pág. 33), a noção de “síndrome da adolescência normal”³⁹ caracterizada por uma sintomatologia que inclui vários aspectos, tornou-se referência para profissionais de várias áreas, principalmente na América Latina. Assim, a adolescência é vista como algo natural do desenvolvimento humano, carregada de conflitos naturais, uma fase, “um modo de vida entre a infância e a vida adulta” (BOCK, 2004, pág. 33, Apud ERICKSON, 1976, p. 128). Desta forma, “a adolescência não só foi naturalizada como tomada como uma fase difícil” (BOCK, 2004, pág. 33). Isso explica a imagem que a sociedade tem da adolescência como uma fase difícil e problemática da vida que deve ser superada.

Esta concepção repercute no trabalho e nas práticas profissionais por ter uma forte representação no imaginário social, determinando uma gama de situações que desautorizam o jovem a participar do mundo adulto como sujeito de sua vida, inclusive para o exercício da sua sexualidade.

Em contraponto a esta visão a autora traz a visão sócio-histórica onde a adolescência é vista como uma construção social e histórica no processo dialético da sociedade. A partir daí serão construídas as significações sociais onde os jovens terão a referência para a construção de sua identidade, o que os torna parceiros sociais. Então, adolescência e juventude podem ser consideradas como processos complexos de emancipação que não se restringem a simples passagens da escola para o trabalho. Elas envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam as desigualdades sociais, as de gênero, classe, raça e etnia; as relações de trabalho; e, por último, as trajetórias individuais de cada indivíduo. Nessa perspectiva, o processo da passagem para a vida adulta é uma inter-relação

³⁹ Esta noção foi usada por Knobel para caracterizar a adolescência.

entre as atividades e decisões dos sujeitos que, inseridos na sociedade, irão sofrer constrangimentos das estruturas econômicas e sociais e dos dispositivos institucionais.

Em relação à segunda questão que trata sobre as estratégias utilizadas para a abordagem em saúde sexual e saúde reprodutiva, em especial nos temas relacionados à gravidez na adolescência, DST e Aids, alguns estudos e pesquisas têm demonstrado que elas estão ligadas à idéia de mudança de comportamento individual, desvinculada de uma reflexão mais contextualizada sobre sexualidade. E quando se trata do uso do preservativo está associada à noção de risco, principalmente quando se trata de parceiro desconhecido. Uma visão unilateral que não leva em conta que para usar é preciso negociar com o parceiro, o que envolve as questões de gênero.

A abordagem “preventivista” é outro aspecto criticado, pois parte do princípio de que a mudança de comportamento vai acontecer pelo simples fato de dizer ao outro o que é melhor, na expectativa de que o outro mude a sua forma de pensar. Segundo Monteiro (1995 Apud PIMENTA, 2002, pág.47), o desafio está em compreender o comportamento, portanto as intervenções não devem ficar tanto na perspectiva normativa e sim buscar entender como acontece “a lógica que rege o comportamento dos indivíduos e grupos” (PIMENTA, 2001, pág. 48). Concordando com esta visão Heilborn (2006) complementa que esta compreensão permite fugir da focalização apenas técnica, possibilitando perceber os diferentes fatores que facilitam ou dificultam o exercício da sexualidade pelos jovens de forma prazerosa e segura, devendo ser compreendidas como práticas sociais e não apenas como métodos a serem utilizados em determinadas ocasiões.

Como dito anteriormente, a sexualidade é a própria vida, está em todos os lugares, inclusive nas instituições responsáveis pela medida socioeducativa de internação, quer queiram, quer não queiram os educadores. E parafraseando Groppa Aquino (1997:9, Apud ABRAMOVAY, 2004)

a sexualidade insiste em mostrar seus efeitos, deixar seus efeitos no corpo da instituição... Ela se inscreve, literalmente, às vezes na estrutura e nas práticas das unidades de internação. Exemplo disso? Nos bilhetes trocados, nos olhares nos momentos de recreação no pátio, nos beijos e abraços nos encontros com as namoradas e com as esposas. O que quer dizer, então, dos olhares à procura de decotes mais arrojados, de calças mais justas, de um batom, um perfume. (pág. 39)

Como conviver com estes impulsos e desejos que são individuais e característicos de cada um em instituições de privação de liberdade, onde o horário, a ordem, a punição e a disciplina fazem parte de um controle que funciona como um microscópio do comportamento, fabricando assim “corpos submissos e dóceis”? (FOUCAULT, 2007, pág. 119).

Nessa mesma linha, Louro (1998:87/88, Apud ABRAMOVAY, 2004) observa que a escola, assim como qualquer outro espaço social, “[...] é um espaço sexualizado e generificado.” Nela estão presentes as concepções de gênero e sexuais, que historicamente e socialmente constituem uma determinada sociedade”.(pág.39)

A este debate é necessário levar em consideração que a sexualidade deve ser preocupação de todos numa perspectiva de direitos humanos, principalmente dos adultos que têm um papel significativo na vida dos adolescentes e jovens e que estão presentes em quase todo o tempo de sua vida.

Perguntados sobre a importância de conversar sobre saúde sexual e saúde reprodutiva com os adolescentes, os profissionais consideraram que é muito importante e reconhecem a importância do seu papel na orientação e nas informações sobre esse tema. Apontam que o diálogo com eles é fundamental para estabelecer o vínculo. “Muito importante, pois tá na mão do profissional. Os meninos são muitos jovens, então são meninos de rua, não tem pai, não tem mãe, não tem ninguém, são meninos desprovidos de tudo. Tem menina que não sabe como colocar um modess”. (B19). Por outro lado, como a Instituição não possui um programa de orientação e educação sexual, essa importância é dada pela demanda dos adolescentes. “Eu acho interessante, pois os meninos falam, adolescência é uma fase que eles são muito soltos e liberados, querem tudo e todas ao mesmo tempo” (C19).

Também foi observada uma pré-concepção naturalizante de um indivíduo incompleto, que ainda lhe falta competências. “Quando eles querem fazer o exame do HIV a gente reforça a importância do preservativo, da importância de ele escolher, que o preservativo pode falhar, então da importância de ele escolher a pessoa que ele vai se relacionar sexualmente. Eles são muito imaturos, as coisas são muito experimentais, mas cada um tem o seu ritmo. Uns mais responsáveis, uns nem pensam nisso” (C19).

As idéias distorcidas e estigmatizadas por parte dos profissionais em relação a esses adolescentes os levam a adotar uma postura desqualificada frente as suas opiniões. A transcrição a seguir aponta isso.

Conversar sobre a saúde sexual sim, mas a reprodutiva eu acho que não é o momento. Mas só que como eles têm uma promiscuidade muito grande aí já entra a necessidade de falar sobre reprodução. Se eles fossem normais, normais que digo, sem estarem presos aqui, contidos, não haveria necessidade, mas com eles é necessário porque eles acham que quando eles formam uma família mesmo nesta idade eles se tornam mais responsáveis, são pais de família, então eles sempre são pais mais novos, mais novos do que os outros que estão soltos na rua. Você vê muita garota que tem 17 anos que já tem filho aqui. (D19)

Só os adolescentes em conflito com a lei são pais e mães na adolescência? Não podemos falar de saúde reprodutiva para adolescentes de uma maneira em geral? A necessidade de falar sobre este assunto está determinada pela classificação que damos aos adolescentes? Se ele é ou não promíscuo?

A concepção naturalizada da adolescência traz uma idéia de moratória desse período que na “falta do que ser” torna-se um intérprete dos desejos dos adultos, mesmo possuindo todas as condições cognitivas, afetivas e fisiológicas para participar do mundo adulto. O tempo será um fator essencial nessa concepção de adolescência para que não haja a subtração deste sujeito, por isso é imperativo que os profissionais de saúde identifiquem em suas práticas como as ausências se apresentam e de que forma podem encontrar novos caminhos e alternativas (emergências) que somadas as experiências de cada um, inclusive dos adolescentes seja possível construir novas atitudes e práticas emancipatórias que levem em conta as necessidades de saúde desta população.

Esta visão no campo da sexualidade vai se deparar com uma tensão entre um ideal socialmente difundido, seguido geralmente por um discurso moralizante, por um controle e por uma suposta idade certa para o início da vida sexual por parte dos profissionais, e pelas práticas e experiências vivenciadas pelos adolescentes no exercício da sua sexualidade, levando-se em conta o contexto social e cultural desses adolescentes.

Os profissionais de saúde entrevistados traduzem esta tensão ao relacionar medida socioeducativa, saúde, sexualidade, incluindo aqui a visita íntima. A maioria considera complicada esta relação e adota uma postura passiva diante desta situação. É como se ela (esta situação) não tivesse jeito. Esta temática não está integrada no projeto pedagógico da Instituição. A visão reduzida do conceito saúde

também contribuiu para uma prática desassociada das necessidades de saúde dos adolescentes.

Favorece a desintegração, dificulta a discussão sobre este tema, como também limita a intervenção dos profissionais de saúde. “A medida de internação é privação de liberdade e de sexualidade para eles. Tanto que são poucos os meninos que falam como eles ficam na ausência dessa sexualidade. O que eles fazem para sobreviver. Alguns falam, mas na brincadeira, “vocês não sabem o que a gente sofre...” (C20). “Eu acho que essa relação não é muito boa não. A partir do momento que você tira a liberdade de alguém, eu acho que aflora mais a necessidade de sexo e é complicado, ainda mais que os garotos estão cheios de hormônios, as meninas aqui dentro são mais contidas, os meninos não” (D20).

A concepção de que os adolescentes do sexo masculino são mais “ativos” do que os do sexo feminino reflete um mito de que homens possuem uma sexualidade “incontrolada” e as mulheres não. A privação do sexo dentro da Instituição traz uma tensão a mais para os adolescentes. Esta situação é relatada por alguns profissionais revelando o conflito da homossexualidade entre os internos, a omissão da Instituição frente a esta situação e uma negligência por parte dos profissionais de saúde que sabem desta prática, mas ignoram-na, deixando os adolescentes numa situação de vulnerabilidade frente às DST e Aids.

Às vezes por uma necessidade fisiológica eles vivenciam uma situação atípica: o homossexualismo em ambos os sexos que acaba transformando a vida deles numa coisa que eles não haviam planejado. Há casos e casos aqui. Mas nesse aspecto, ninguém assume nada, fala nada, você deduz. Eles (os adolescentes) não falam sobre isso, eles jamais admitem, mas a gente sabe que acontece que existe, então acho que atrapalha tudo. Do meu ponto de vista o maior problema é esse com os adolescentes. (E20)

Alguns aspectos relacionados a esta questão chamam a atenção nos discursos dos profissionais pela maneira como os adolescentes reagem frente às DST, conforme estão descritas a seguir:

Eles têm muito medo do que o outro colega vai pensar em relação a ele. Tanto que quando ele está com uma DST ele não conta pra ninguém. Só para o profissional. Seria bem mais fácil para o tratamento. Mas ele não pode chegar no quarto com uma medicação para tratar um condiloma, uma verruga. Porque se um outro adolescente do quarto perceber que ele está com verruga no pênis ele é discriminado. É perigoso até eles matarem ele. (B18)

Aqui eles não almoçam lingüiça. Porque lingüiça é símbolo de pederastia. Eles têm uma regra entre eles que não pode almoçar lingüiça. Ai daquele que comer lingüiça. Então tem algumas coisas da cultura dele que você pode trabalhar. É de todos. Acredito que em casa eles vão comer lingüiça. Mas aqui. Por que? É uma sexualidade a flor da pele nesta fase. Vai que gosta. O medo da homossexualidade. Dessa experiência. Já perguntaram

como é a vivência sexual dele, entre eles. O preconceito é tão grande que se a aproximação entre eles acontece é motivo é risco de morte. (F5)

Ficam algumas perguntas: Por que atitudes tão extremadas dos adolescentes frente a um diagnóstico positivo de DST? Porque os outros adolescentes não podem saber que ele está com uma DST? Será puro preconceito ou porque ele pode contaminar outro adolescente. Isso significa que há sexo entre eles? É uma forma de se preservar perante os outros?

Para os adolescentes privados de liberdade, adquirir uma DST ou a Aids pode fazer parte da sua vida que já é de muitos riscos. Pode ser um movimento auto-destrutivo. Por isso, encontrar caminhos, desenvolver estratégias criativas para conversar sobre temas ligados à saúde sexual e à saúde reprodutiva pode ser “a senha” que permita ao profissional se aproximar dos adolescentes para que o mesmo se abra e revele suas angústias, permitindo, assim, que os profissionais de saúde possam intervir mais adequadamente na solução do problema.

O modelo assistencial da clínica fragmentada não permite aos profissionais uma visão crítica e uma prática emancipatória baseada na valorização dos sujeitos e em suas necessidades. Nesse contexto, prevalece uma relação de poder autoritária

“[...]dos que se julgam saber aos que se julgam nada saber – a alienação da ignorância, pois o educador que aliena a ignorância se mantém em posições fixas e invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto que o educando será sempre o que não sabe. A rigidez dessas posições nega a educação e conhecimento como processos de busca” (FREIRE, 2005, pág. 67).

Conhecer os saberes dos adolescentes, suas experiências de vida, permite que o profissional encontre aberturas que lhe permita abordar os conhecimentos e informações que os adolescentes já dominam para desconstruí-las pedagogicamente quando se tratar de preconceitos, mitos ou equívocos.

Temos meninas virgens aqui. Para ela, ela é um caso de vergonha em relação às outras. Tanto que quando fomos fazer o exame de papanicolau, as que eram virgens nós fizemos o mesmo ritual para que elas não ficassem diferenciadas. Elas avisaram que eram virgens. Chamávamos, colocávamos de camisola, fingíamos que estávamos fazendo a mesma coisa. A mesma coisa acontece com os meninos, ninguém pode saber que ele é virgem. Olha a imaturidade” (B19) . O que representa isso?

Na maioria das vezes a situação de conflito com a lei é um percalço na vida desses adolescentes, uma queda diante de obstáculos que envolvem questões sociais, econômicas e familiares. Todavia, nem tudo está perdido. Ele não está determinado a viver nessa situação para o resto de sua vida, por isso o investimento deve ser maior por parte dos profissionais, em especial dos profissionais de saúde,

para que possam ofertar todas as tecnologias, todas as experiências e estudos científicos em prol desses adolescentes para que possam usufruí-las e, com isso, adquirir competências cognitivas e produtivas para o cuidado com a sua saúde e sua vida.

CAPÍTULO 5

DESAFIOS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

De acordo com a proposta pedagógica da direção da instituição, a gerência de saúde deve se orientar por uma visão ampla de saúde, que possibilite ao adolescente reconhecer seu corpo como matriz de sua saúde, de sua vida, perceber os diferentes contextos onde vive e atua, ter acesso a toda a informação necessária para a compreensão de experiências saudáveis nas diversas áreas que envolvem sua vida.

Para isso a gerência de saúde “deverá abordar os temas que envolvem sexualidade, conhecimento do corpo e relacionamentos afetivos e familiares, além disso, oferecer acesso aos eixos de prevenção para uma vida saudável, como as redes de apoio social e suporte familiar, as práticas educativas em saúde e o acompanhamento individualizado ou grupal” (CAJE, 2007).

Esta abordagem deverá ser desenvolvida por meio de ações integradas para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como sua reabilitação e assistência por meio de uma equipe multidisciplinar, cuja via principal é o Plano de Atendimento Individualizado - PIA, ancorada “por uma ação socioeducativa responsável, exigente e que respeita a singularidade dos sujeitos”. (CAJE, 2007)

De acordo com as Portarias n.ºs 1426 e 340/SAS, de 2004, que instituiu a Atenção à Saúde Integral de Adolescentes Privados de Liberdade, a atenção à saúde desses adolescentes deverá ser realizada por uma equipe multidisciplinar, desenvolvendo suas ações de forma integrada com o restante das diversas áreas e gerências que compõem o atendimento socioeducativo para garantir a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção humanizada e de qualidade.

Da mesma forma, o SINASE compreende que a saúde é parte integrante do processo socioeducativo, devendo articular-se a outras políticas, como também aos programas de execução das medidas, visando à proteção integral aos adolescentes. No entanto, os profissionais que atuam na equipe de saúde estão divididos em dois grupos distintos, coordenados por duas gerências que se interagem pouco dentro do conceito ampliado de saúde. Uma parte está localizada na enfermaria onde estão os profissionais de enfermagem, auxiliares e dentistas, e a outra (os profissionais psicólogos e assistentes sociais) no Setor Técnico (Gerência Psicossocial). Esta

realidade é percebida por um dos profissionais, conforme seu depoimento transcrito a seguir.

Ela precisa está em sintonia com todos os outros setores, precisa criar uma sinergia, porque a saúde não pode se restringir a só uma saúde ambulatorial. Ela faz parte do contexto, do cotidiano, de estar participando do adolescente deste a sua entrada, nos movimentos que ele faz nos módulos, nas oficinas, na escola, junto com os técnicos, ele não pode ser tratado de forma diferenciada. Ele é único, então a saúde permeia todo o espaço desta casa. (G2).

Essas diretrizes representam um avanço para nortear as práticas profissionais da Equipe de Saúde da instituição, mas a organização do trabalho e a visão fragmentada da atuação de cada um não favorecem a integração da Equipe com outros profissionais, como também entre assistentes sociais e psicólogos.

Mesmo a gente atendendo meninos, nos dividimos por horário. Então, eu e a psicóloga atendíamos, só que cada uma em uma sala. Mas como só tem um telefone, era aí que tínhamos oportunidade de trocar informações, tanto ela como os meninos, e assim tínhamos uma interação maior. (C15)

O telefone (grifo nosso) foi o fator de integração entre as duas e não o adolescente. Onde está a centralidade no sujeito? Esta realidade distancia o setor de saúde da sua missão e não orienta as práticas para uma ação participativa, integradora, envolvente, que possibilite aos profissionais de saúde contribuir para as mudanças necessárias na Instituição em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Os profissionais, em suas abordagens com os adolescentes, incorporam o lado repressor e punitivo da Instituição. A saúde, que deveria cuidar dos adolescentes, adota uma postura autoritária, negligenciando o atendimento, o que gera uma situação ainda mais vulnerável para os adolescentes, como é o caso da disponibilização do preservativo só na saída, mesmo os profissionais reconhecendo que há relacionamento sexual dentro da Instituição.

Outra questão importante para os profissionais é compreender a medida socioeducativa para além do processo sancionatório (predominante ainda) e incorporar o conceito ampliado de saúde para responder às necessidades de saúde dessa população, que vai muito além das queixas e doenças. A oferta de serviços em saúde sexual e saúde reprodutiva é muito limitada, se não ausente, sobretudo se considerarmos que uma das atividades principais de uma equipe de saúde é a educação e orientação sexual de forma sistemática. Esta abordagem possibilita a discussão de várias temáticas que muitas vezes são considerados tabus e mitos para os adolescentes.

Nesse aspecto devemos levar em consideração que um dos fatores essenciais nessa educação é integrar os adolescentes no processo de elaboração desta educação, sem este comando qualquer projeto nessa área tende ao fracasso. Mas como fazer isso num espaço tão reprimido? Utilizar o trabalho da tradução para evidenciar as ausências e possibilitar as emergências para ampliar as experiências disponíveis e possíveis.

A maioria dos profissionais não possui capacitação adequada para a discussão desta temática. A exemplo disso cita-se o caso de um profissional que admitiu adquirir informações em jornais e revistas. Outros, sequer mencionaram como buscam informações. Portanto, a capacitação, a realização de cursos, é fundamental para abrir a discussão dentro da instituição e permitir o debate a partir das várias visões existentes. O desconhecimento por parte dos profissionais em relação à Portaria n.º 340/SAS do Ministério da Saúde, é outro fator limitador para uma atuação mais adequada. “Não nunca vi sobre esta portaria” (B21). “Eu estou conhecendo por você hoje aqui”. (E21)

Não há um espaço de discussão sobre as práticas profissionais. Os mecanismos de controle dessas práticas são nulos, sendo necessário avaliar como a Instituição realiza esse controle para que os profissionais não excedam em suas funções, já que estamos tratando de uma Instituição de privação de liberdade, sem que os adolescentes tenham um canal de expressão claro. Sua voz não é ouvida como sujeito de direito.

Na medida em que não há participação desses sujeitos surge uma vulnerabilidade que se torna forte, dada à distância entre demanda e oferta, e isso também revela como o modelo repressivo da instituição vai se incorporando nas práticas de saúde, na gestão e na passividade dos adolescentes, que são obrigados a se submeter às normas da Instituição.

A desarticulação é pronunciada como um dificultador no trabalho junto ao adolescente, mas, apesar destas dificuldades, há uma preocupação em conhecer quem é esse adolescente atendido e o que o levou a cometer a infração. “Mas aqui a minha dificuldade era o fato de ir para o estudo de caso sem ter conhecimento dos meninos porque eu não consigo desvincular ele de um todo. Eu não vejo só a profissionalização... O vejo dentro de uma relação social, sociofamiliar e dentro da unidade: como ele está, a relação dele na ala, com a monitoria, com os meninos e

com a escola, então, o fato de já ter participado do setor da equipe técnica, foi possível a integração”.

Essa necessidade de conhecer o adolescente é uma das várias vozes que aponta o diálogo como ponte de acesso, como forma de integração entre os próprios profissionais e os adolescentes, na trilha do atendimento socioeducativo para uma atuação profissional baseada nos princípios éticos e nos direitos humanos de adolescentes enquanto sujeito de direito, também relatado em seguida:

A medida em si já é um programa de saúde. Ele não tava bem, então a medida socioeducativa em si já diz: olha, é uma necessidade de saúde. Saúde é muito mais que receber um remédio e a sexualidade dele precisa estar neste contexto. Ela não pode ser vista de forma separada. (G14)

Em que pese estas dificuldades existem possibilidades imediatas que podem progressivamente ir se contrapondo a razão indolente e dando espaço a razão cosmopolita permitindo que o trabalho de tradução crie as condições para emancipações sociais concretas.

Por meio das ausências e emergências será possível revelar ou denunciar o desperdício e as injustiças praticadas nestas instituições favorecendo a atuação dos profissionais de saúde como mediadores na defesa dos direitos destes adolescentes. tais como: A mudança da Direção da instituição que está favorecendo o diálogo interno e proporcionando mais abertura para os adolescentes, elaboração do plano pedagógico em fase final, diretrizes para o atendimento em saúde como parte integrante do Plano pedagógico, mudanças na organização do trabalho psicossocial favorecendo o diálogo e espaços concretos de discussão com os adolescentes com a inclusão da técnica da terapia comunitária, discussão permanente com a gerência de segurança para reverter os métodos de punição que envolviam o uso de cassetete, integração dos adolescentes que estão na ala de “seguro” na terapia comunitária junto com outros adolescentes, o que não ocorria antes.

Refletir sobre esse olhar os desafios da prática dos profissionais de saúde, buscando os limites e possibilidades de sua atuação como agente mediador na defesa do direito à saúde, é encontrar os caminhos para prevalecer a razão cosmopolita, conforme ressalta Leal (2004).

A complexidade que envolve o tema abordado deve se pautar na idéia principal de que a mediação (intervenção) aproxime-se ao máximo da realidade dos adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade, à luz de uma visão macrossocial que possibilite a construção de uma razão crítica transformadora do real. (pág.131)

À GUIA DE CONCLUSÃO

A sexualidade sempre foi um campo de interesse científico e, nas últimas décadas, dezenas de estudos já foram realizados sobre o tema “adolescência e sexualidade”. Mas, sem dúvida, após o advento da Aids, a preocupação sobre o assunto aumentou significativamente e evidenciou os adolescentes como um público importante a ser alcançado pelas políticas públicas de saúde, principalmente pela sua dimensão demográfica (35 milhões de adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos).

No Brasil, as décadas de 80 e 90 apresentam importantes avanços nessas políticas, as quais ganham lugar na Agenda de Governo e são reforçadas por eventos internacionais como as Conferências de Cairo e Beijing, que deslocam a concepção centrada no controle populacional para a premissa do direito dos indivíduos inseridos nos processos de desenvolvimento econômico e social de seus países.

Ganham destaque os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos, com especial atenção para a população feminina, adolescente e jovem, que são populações que se tornam mais alvos ao usufruto desses direitos frente às desigualdades sociais, relações desiguais de gênero, ausência de leis que as protejam e as violências.

Em relação à população adolescente, outros fatores irão influenciar na consecução desses direitos, que envolvem as diversas maneiras como ela vivencia o aprendizado e a experiência da sexualidade e demais formas de relacionamento; como se apresentam as ofertas de serviços em saúde para esta população; como a sociedade os vê; como aprendem sobre os papéis de gênero e as relações de poder.

Nesse contexto, a população adolescente em conflito com a lei, privada de liberdade, ganha evidência no cenário nacional devido a denúncias de maus tratos e às políticas de atendimento que estão frontalmente em desacordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Frente a este cenário, pesquisas⁴⁰ são realizadas e

⁴⁰ Pesquisas realizada pela ANDI “Sem Prazer e Sem Afeto” realizada em 2002, pelo Projeto “Fique Vivo” criado em 1998 pelo Fórum de Prevenção de DST/AIDS na Febem”, formado por instituições como a Febem, Núcleo de Pesquisas sobre AIDS da Faculdade de Saúde Pública da USP (NUPAIDS), Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids do Instituto de Psicologia da USP (NEPAIDS), pesquisadores da PUC-SP, Programas DST/AIDS do Estado e do Município e as ONGs: Associação de Prevenção e Tratamento da AIDS (APTA), Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS) e o relatório da IV Caravana Nacional dos Direitos Humanos realizada em 2001.

evidenciam as péssimas condições de saúde, índices elevados de DST e Aids e a negação do direito à sexualidade.

Com o objetivo de aprofundar esta temática e trazer elementos-chaves para a reflexão da atenção à saúde para essa população, este estudo procurou refletir sobre as práticas profissionais de uma equipe de saúde que atua em uma instituição de medida socioeducativa de internação para adolescentes de ambos os sexos, discutindo como são desenvolvidas essas práticas profissionais em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, à luz do princípio da integralidade da assistência em saúde e da Doutrina da Proteção Integral para o exercício da sexualidade de forma livre, segura e responsável por parte dos adolescentes.

Na análise dos dados da pesquisa os profissionais de saúde estão numa situação privilegiada para o cuidado com a saúde dessa população. Sua atividade principal se insere numa única instituição socioeducativa de internação e internação provisória que atende cerca de 269 adolescentes que, em sua maioria, permanece, em média, um ano e meio na instituição para o cumprimento da medida socioeducativa, além de receber adolescentes que ainda serão sentenciados (internação provisória), o que gera uma grande rotatividade de adolescentes. Esta situação acarreta alguns transtornos à instituição e ao serviço de saúde devido à superlotação em alguns períodos, prejudicando o atendimento em saúde mental.

Assim, aparentemente, do ponto de vista do Estatuto e do direito à saúde, esses adolescentes poderiam ser considerados uma população privilegiada em relação à oferta de serviços de saúde na atenção primária. No entanto, ao investigar como é desenvolvida a prática profissional da equipe de saúde dessa instituição em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, iremos verificar que muitos são os limites para alcançar a integralidade da assistência e a proteção integral, conforme preconiza o SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

O primeiro item que nos chama a atenção é como este serviço está inserido na instituição e como esses profissionais se inserem no processo de trabalho em articulação com outros setores dentro da instituição e na rotina desses adolescentes. O serviço de saúde se encerra nele mesmo, é um casulo, alienado de tudo. Ele está lá só para atender às dores de dente, às lesões, aos machucados, que de uma maneira geral são bem atendidas pelos profissionais. Mas esses só atendem os que se chamam “substantivos”; os que se chamam “sujeitos”, não. Este é oculto. Além

disso, por não se considerar parte integrante da medida socioeducativa, se envolvem muito pouco na rotina dos adolescentes, nas suas relações afetivas e na sua vida familiar, com exceção do profissional psicólogo clínico, cuja função são as atividades psicossociais junto aos adolescentes.

Tal serviço está estruturado num modelo assistencial com uma abordagem clínica fragmentada e curativa, centrada na queixa e na doença onde só algumas partes do corpo serão examinadas e só essas terão significado. Perde-se a centralidade no sujeito, não há vínculo, e o que prevalece é a onipotência de um único saber. No lugar do diálogo, um monólogo.

Um modelo que esvazia o sujeito para dar lugar à doença que, segundo Campos (2003) é como se ela ocupasse toda a personalidade, todo o corpo do sujeito. O “Francisco” desapareceria para dar lugar a um psicótico, um psicopata. Esse modelo não seria um resquício da medicina higienista⁴¹? Que resultado terá a interseção deste modelo com a Instituição nas práticas profissionais em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva? Reconhece os direitos sexuais e direitos reprodutivos dos adolescentes privados de liberdade? Favorece programas educativos que contribuam para proteger a sua saúde e para que exerçam seus direitos? Oferece educação sexual que permita aos adolescentes exercer sua sexualidade de forma segura, livre e responsável? Oferece métodos anticoncepcionais e insumos para sua proteção em relação às DST/Aids ou gravidez na adolescência? Envolve os adolescentes nesta discussão?

Os resultados nos mostram que não. Apesar de o tema “sexualidade, cuidado com o corpo” estar inserido nas ações da gerência de saúde⁴², a instituição não possuiu um programa de educação ou orientação sexual⁴³ para os adolescentes. Tal tema não faz parte da rotina dos profissionais junto aos adolescentes. O assunto só aparece quando os adolescentes perguntam ou demandam algum tipo de serviço, como ir ao ginecologista, fazer a testagem para o HIV e usar algum anticoncepcional. Há, portanto, uma relação desproporcional entre demanda e oferta. A relação é estática para ambos, dicotômica (de um lado para outro) e sem relação com o contexto em que estão inseridos. Esta relação empobrece a clínica e distancia o profissional da integralidade da atenção, pois nem toda a oferta de

⁴¹ Medicina higienista foi o termo usado para conceituar uma prática dos profissionais de saúde voltada para sanear

⁴² Estas ações fazem parte do Plano pedagógico da instituição

serviços está diretamente relacionada à demanda. Existem demandas que não são explícitas, são aquelas que o indivíduo não as percebe, não é aparente e não tem sintoma, mas que precisam ser atendidas e, conseqüentemente, ter ofertas.

Para a população adolescente, incluindo os adolescentes privados de liberdade, as demandas não explícitas são as principais, são aquelas que merecem maior atenção por parte dos profissionais de saúde, como no caso das dúvidas em relação ao exercício da sua sexualidade, aos métodos anticoncepcionais, aos mitos que envolvem esta temática, às relações de gênero quando envolvem a negociação do uso da camisinha, às relações afetivo-sexuais, dentre outras. Nesse sentido, o Estatuto foi claro em seu Art. 11 ao assinalar que a atenção integral à saúde dessa população se dará por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Esta realidade fica evidente quando verificamos que são ofertados apenas o preservativo masculino, o preservativo feminino e a pílula. A anticoncepção de emergência (AE) e outros métodos não são ofertados. Nesse sentido, o direito à informação e à proteção à saúde está sendo negligenciada.

Outro aspecto que chama a atenção são as atitudes veladas, ambíguas, por parte da Direção e dos profissionais quanto à prática do sexo dentro da Instituição. Oficialmente ela não é permitida, mas informalmente é, ou seja, os adolescentes “driblam” a segurança, “dão um jeitinho” e praticam sexo com suas esposas e companheiras nos finais de semana. Vale lembrar que a Instituição não tem espaço adequado para a visita íntima. Se a direção sabe desta situação, porque não disponibiliza o preservativo dentro da Instituição? O que representa isso? A Instituição considera que está abrindo uma exceção? Admite, mas não sabe o que fazer? Ou é um mecanismo de punição?

Um aspecto que chamou a atenção no estudo foi a postura dos profissionais frente a situações em que os adolescentes demonstram preconceitos ou tabus sobre determinados assuntos. Ao invés de debater, discutir com eles sobre estas situações, os profissionais se omitem, fingem ou reforçam esses tabus e preconceitos, revelando que há uma ausência de discussão sobre esses temas com

⁴³ Na entrevista com a direção nos foi informado que a elaboração do plano é uma meta da instituição

os adolescentes. Os temas referidos foram virgindade e homossexualismo na Instituição.

A participação dos adolescentes nessa temática enquanto sujeitos de direitos não foi observada, assim como nenhum outro espaço de escuta que possibilitasse a discussão e o debate fora do atendimento psicossocial. O único momento percebido sobre este espaço de negociação ocorreu num momento de tensão. Um profissional informou que ao chegar à Instituição para trabalhar pela primeira vez, houve um princípio de rebelião, e o motivo era a visita íntima. Diz ele: “parece que eles conseguiram”. Esta situação confirma um dos achados na pesquisa.

Mas, voltando à pergunta anterior, que resultado terá a interseção deste modelo com a Instituição nas práticas profissionais em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva? Podemos dizer que os dois modelos se complementam: de um lado a fragmentação, a doença como a centralidade; e de outro, o modelo do código de menores baseado na repressão. São dois modelos que fazem parte da mesma “moeda”. Um reprime e o outro usa a punição como justificativa para negar direitos. São várias as situações que deixam claro que a Instituição está em conflito com a lei. Está irregular perante o Estatuto e a Doutrina da Proteção Integral. São saberes baseados no poder de punir.

Diante desta situação de violação de direitos a que estão submetidos os adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade, que parâmetros, que referências esses adolescentes terão se aqueles que deveriam protegê-los e orientá-los para outras trajetórias de vida são os que estão em situação irregular? Que política de socioeducação se sustenta sob essa moral e essa (não) ética?

Alguns profissionais e a atual direção da Instituição percebem em suas práticas as limitações do atendimento fragmentado e do modelo curativo, frente aos enormes desafios da política de atendimento que ainda reflete os valores e concepções da antiga Doutrina da Situação Irregular, e perguntam como fazer.

É preciso levar em conta as limitações que os profissionais de saúde encontram em suas práticas para o atendimento aos adolescentes privados de liberdade na direção de uma saúde integral, da redução das desigualdades, da inclusão social e na garantia de direitos dessa população. Percebemos nas falas dos profissionais uma abertura maior na Instituição devido às mudanças provocadas pela direção.

Alguns documentos, diretrizes, estão em elaboração, em especial as diretrizes da gerência de saúde. Nessa direção, elencamos a seguir algumas reflexões que podem contribuir nas práticas profissionais no sentido de aproximá-las a cada dia do seu objetivo maior que é a defesa da vida.

- a) A implementação da Portaria n.º 340/SAS do Ministério da Saúde, que instituiu a atenção integral à saúde de adolescentes privados de liberdade, por meio de discussões internas;
- b) A criação de espaços de apoio à equipe de saúde para que ela possa avaliar e rever suas práticas;
- c) A instituição de um grupo interministerial e intersetorial envolvendo o Ministério da Saúde; a Associação Brasileira de Magistrados, Promotores e Defensores da Criança e do Adolescente – ABMP; o CONANDA; a Secretaria Especial de Direitos Humanos; a Secretaria de Políticas para as Mulheres; e o Fórum Nacional de Dirigentes de Instituições de Medidas Sócio Educativas – FONACRIAD, para estabelecer consensos e parâmetros frente aos desafios da garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para os adolescentes de ambos os sexos, privados de liberdade, envolvendo também as questões éticas e legais;
- d) Incluir esta temática nos levantamentos nacionais realizados pela Secretaria Especial de Direitos Humanos;
- e) Dar voz aos adolescentes para que suas necessidades em saúde possam ser ouvidas, respeitadas e acolhidas;
- f) Realizar uma pesquisa nacional sobre a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva e a percepção destes adolescentes sobre este tema;
- g) Realizar grupos de discussão com os adolescentes de ambos os sexos na unidade para a discussão de temas relativos aos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- h) Por meio do Plano Operativo Estadual que operacionaliza a Portaria n.º 340/SAS, instituir um grupo interno com a participação dos profissionais de saúde, da Direção da Instituição e da Secretaria Estadual de Saúde, para elaborar as diretrizes e orientações de como deve ser o atendimento em saúde aos adolescentes, à luz do princípio da integralidade e da Doutrina da Proteção Integral;

- i) A realização de cursos de atualização sobre esta temática que possam ser ofertados dentro e fora da Instituição com o objetivo de preparar melhor o profissional na sua abordagem junto aos adolescentes;
- j) Ampliar o leque de ofertas de materiais educativos para os profissionais e adolescentes e construir com eles esses materiais.

Por fim, este estudo evidenciou que as práticas dos profissionais da equipe de saúde de uma instituição socioeducativa de internação em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes privados de liberdade estão permeadas por desinformações, dúvidas, tabus e preconceitos que levam a práticas que favorecem ainda mais a vulnerabilidade desta população frente as DST/Aids, gravidez e outros agravos e doenças.

A concepção reduzida de saúde e a clínica fragmentada interferem negativamente no processo saúde-doença dos adolescentes, pois desconsidera suas necessidades em saúde e não leva em conta estes indivíduos enquanto sujeitos de direitos. Desta forma, as práticas se subordinam às regras punitivas e repressivas da instituição, não garantindo o exercício da sexualidade desses adolescentes. Os princípios de liberdade, dignidade, igualdade, o direito democrático da sexualidade não são respeitados, como também não é respeitada a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Espera-se que com essas proposições as unidades socioeducativas de internação, subsidiadas pelas normativas nacionais como o SINASE e a Portaria nº 340/SAS, possam implantar programas de educação e orientação sexual que incluam os adolescentes com os seus parceiros produtivos e ativos. Rever as abordagens realizadas pelos profissionais de saúde possibilitando um amplo debate entre a instituição e os adolescentes, para que as práticas em saúde sexual e saúde reprodutiva tenham possibilidades de oferecer aos adolescentes uma oportunidade de conhecer a si mesmos, entender seus limites e enfrentar suas dificuldades.

Confirmam-se as hipóteses levantadas anteriormente ao se identificar que as políticas macroeconômicas que orientaram a reforma (ou contra-reforma) do aparelho do Estado favoreceram a fragmentação das políticas públicas ao colocar como eixo central a focalização, em detrimento da universalidade dos direitos sociais, e atesta que esta tendência está contribuindo para reforçar uma prática profissional baseada no individualismo e na atividade pontual, reforçando o modelo

disciplinar e repressivo, situação esta verificada no estudo das práticas profissionais da equipe de saúde em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Essa prática reforça a cultura do não direito à liberdade do adolescente ao exercício pleno de sua sexualidade, ferindo os pressupostos de defesa e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos referidos em documentos internacionais e nacionais.

Agrava-se mais esta situação o descompasso entre o modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde e sua articulação com a Doutrina da Proteção Integral na prática profissional das equipes de saúde para a garantia do direito à saúde aos adolescentes privados de liberdade, em especial a sua saúde sexual e saúde reprodutiva.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRAMOVAY, Miriam. Juventude e sexualidade. Brasília: Unesco Brasil, 2004.

ALVES, Roberto Barbosa. Art. 2. In CURY, Munir, et al. (coords). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: Comentários jurídicos e sociais. 8 ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2006.

APM. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume 1, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

AYRES, J.R.C.M. O Jovem que Buscamos e o Encontro que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST, Aids entre Crianças e Adolescentes. Série Idéias, n.º 29, São Paulo: FDE, 1996.

AGUIAR, Viviane de Araújo. CAJE: Retratos de cotidiano de conflitos. Brasília, 2006.196f. Dissertação (Mestrado Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, [2006].

ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Infância. Sem Prazer e sem Afeto: Sexualidade e prevenção às DST/AIDS nas instituições de privação de liberdade de adolescentes. Pode ser adquirido no e-mail: adm@andi.org.br.

ÁVILA, Adricéser Antônio de; MATOS, Márcia Roberta Vieira; OLIVEIRA, Wagner José de. Atendimento ao Adolescente Infrator Privado de Liberdade no Distrito Federal – Uma abordagem Institucional. Brasília, 2000. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2002.

BEHRING, Eliane Rosset. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3 – Brasília: UNB, CEAD, CFESS, ABEPSS, 200, p.21-40.

BOCK, A.M.B. Caderno CEDES, Campinas, Vol. 24, n.º 24, p.26-43, abril 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal n.º 8.069/90 de 13 de julho de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Por uma política nacional de saúde para os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. Brasília, 2002 (documento referencial).

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, 2005.

BRASIL, leis, decretos, etc. 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. Brasília: Diário Oficial da União. 20 de setembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1426, de 14 de Julho de 2004. Diário Oficial da União, n.º 135. Brasília, 15 de Julho de 2004, Seção I, p.30. Republicada em 16/07/04.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 340, de 14 de Julho de 2004. Diário Oficial da União, n.º 135. Brasília, 15 de Julho de 2004, Seção I, p.81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Teórico e Referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. 56.p (Série B. Textos Básicos). Editora MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Série Pactos pela Saúde. V.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: Documento disponível na Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, 2007, 33p.

BRAVO, M. I. Souza. Conselhos de Saúde e Serviço Social: Luta política e trabalho profissional. Brasília, Revista Ser Social n.º 10, p.59, 2002.

BRESSER Pereira. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br>>. Acesso em: 23 de novembro 2006. Brasília, 1995.

BUGLIONE, Samantha. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. Jus Navigandi, Teresina, ano 5, n.º 49, fev. 2001. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1855>>. Acesso em: 29 de junho de 2008.

CAIRO, 1994. Disponível em: <<http://www.iisd.ca/cairo.html>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2008.

CAJE, Plano Pedagógico, 2007. Documento acessado em visita ao CAJE, em 26 de junho de 2008.

CAMPOS, G.W. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 3 ed., 2006.

_____ Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CRUZ NETO, Otávio. Nem Soldados, Nem Inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____ Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. FIOCRUZ/ENSP. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002>>. Acesso em 17 de novembro de 2008.

DALALARI, D. de Abreu. Art. 4. In CURY, Munir, et al. (coords). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais. 8 ed., São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2006.

FALEIROS Vicente de Paula. Fome, pobreza e exclusão social: desafios para o governo e a sociedade. Revista Ser Social, n.º 13, p.109-129. Brasília: 2003.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente: uma década de direitos. Avaliando resultados e projetando futuro. Campo Grande: UFMS.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: Nascimento da prisão; Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALVÃO. M.M.F. O exercício do (contra) poder por um grupo de adolescentes infratores privados de liberdade: em busca da inclusão social e reconhecimento da cidadania. 1994. Dissertação apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília.

GARCIA MENDEZ, Emilio. Derecho de la Infância em América Latina: de la Situación irregular a la proteccion integral. Bogotá: Fórum Pacis, 1994.

HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY (HERA). Direitos Sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação. Disponível em: <<http://www.iwhc.org/hera>>.

HEIBORN, Maria Luiza. O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

IPEA. Ministério da Justiça - Departamento da Criança e do Adolescente. Mapeamento Nacional das Unidades de Aplicação de Medidas de Privação de Liberdade ao Adolescente em Conflito com a Lei. Apresentado no XXXII FONACRIAD, Brasília, 2003.

LEAL, Maria Lucia Pinto. Avaliação de Metodologias de Intervenção social no enfrentamento da violência sexual entre crianças e adolescentes. Brasília, Revista Ser Social n.º 14, p.121-175, 2004.

LEMOS SERRA, Ana Sudária. Adolescentes em medida socioeducativa de internação: um estudo sobre as representações sociais de equipe de saúde. Dissertação (Mestrado Profissionalizante), Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005. 129p.

LESBAUPIN, I. O Desmonte da Nação em Dados. Petrópolis: Vozes, 2002.

LIMA, I.M.S.O. Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes; Estudo de caso. Salvador, 2002 – Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MATTAR, Laura. Cad. Pesquisa. Vol. 38, n.º 133, São Paulo, Jan/Abr. 2008. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>.

MATTOS, Rubem Araújo. Integralidade e políticas especiais. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start>>. Acesso em 23 de agosto de 2006.

MENDEZ, Emílio Garcia. In CURY, Munir, et al. (coords). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais. 8 ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2006.

MINAYO, M.C. de S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 21 ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994.

MULLER e SUREL. Tradução livre feita por Elcylene Leocádio – 1989. Texto em francês: L'Analyse des Politiques Publique. Edições Montchrestien, E.J.A. Paris, 1989.

NJAINE, K e MINAYO, M.C.S, 2002. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. Ciência & Saúde Coletiva, 7(2):285-297.

OAB, CFP, 2006. Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Relatório de visitas realizadas simultaneamente em 21 estados brasileiros e no Distrito Federal, 2006.

PEQUIM, 1985. Disponível em <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html>>, acesso em 20 de março de 2008.

PEREIRA, Potyara A.P. Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 3 ed., São Paulo: Cortez, 2006.

_____ Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências. NEPPOS/CEAM/UNB. Brasília, 1994.

_____ Perspectivas teóricas sobre a questão social no Serviço Social. In: Temporalis, ABEPSS, ano 4, n.º 7, p.112-122, Porto Alegre: 2004.

PENSO, et al. Oficina de idéias: uma experiência precursora com adolescentes em conflito com a lei pelo envolvimento com drogas. In: SUDBRACK, M.F. Olivier, et al. (org). Adolescentes e drogas no contexto da justiça. Brasília: Plano, 2003, p.191-201.

PIMENTA, Cristina Pimenta. Passagem Segura para a Vida Adulta: Oportunidades e Barreiras para a Saúde Sexual dos Jovens Brasileiros. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, 2001.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS: ABRASCO, 2006.

POLANYI, Karl. A Grande Transformação. As origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

RIZZINI, Irene; PILLOTTI, Francisco. A Arte de Governar Crianças. AMAIS e Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro, 1995.

SANTOS, Boaventura de Souza. A Gramática do Tempo: Para uma nova cultura política. Porto. Edições Afrontamento, 2006.

SILVA, E. e GUERESI, S. Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil. Texto para discussão n.º 979. IPEA. Brasília, 2003.

SILVA, Edson e MOTTI, Ângelo (coords). Estatuto da Criança e do adolescente - Uma década de direitos: Avaliando resultados e projetando o futuro. Campo Grande: Ed. UFMS, 2001.

SILVA, L.J. Da vacina à aspirina: considerações acerca das ações coletivas em saúde pública. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n2/02.pdf>> Acesso em 20 de fevereiro de 2008. Saúde Soc., 1996, vol.5, n.º 2, p.3-16. ISSN 0104-1290.

SIMIONI, Fabiane. Saúde, sexualidade e adolescentes no contexto jurídico brasileiro. Fundação Ford. Lima, Peru. Serias para el debate, n.º 2, Diciembre 2003. Disponível em: <http://www.convencion.org.uy/08Debates/Serias2/Simioni_Pinhal.pdf>.

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. 2 ed., São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da Nossa Época).

SOUZA, Nilson Araújo de. A Longa Agonia da Dependência. São Paulo: Alfa-Ômega, 2004.

TAQUETTE, Stella R. Uma contribuição ao enfrentamento da iniciação sexual feminina na adolescência. Maringá, Psicologia em Estudo, 2008.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas, 2004. Disponível em: <<http://www.unfpa.org>>. Acesso em 31 de maio de 2008.

VERCELEONE, Paolo. Art. 3, In CURY, Munir, et al. (coords). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais. 8 ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2006.

VOLPI, Mario. A Experiência de Privação de Liberdade na Percepção dos Adolescentes em Conflito com a Lei. Brasília, 2000. 133 f. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

WIEWIORKA, M. O novo paradigma da violência. Tempo Social, 1997.

World Health Organization. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Denmark: WHO Library, 2003.

ANEXOS

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO SOBRE A PESQUISA

Ao Diretor da Instituição CAJE

Senhor(a) Diretor(a),

Peço o consentimento para realizar nessa instituição para adolescentes que cumprem medida socioeducativa em meio fechado, uma pesquisa com 07 profissionais da equipe de saúde que atendem aos adolescentes do sexo masculino e feminino após consentirem livremente e cooperar com esse trabalho, por meio de entrevistas individuais, observação e grupo focais em locais institucionais previamente acordados entre nós.

Dependendo do encaminhamento da pesquisa, poderá haver necessidade de entrevistas outros profissionais que trabalham na instituição. Se isto ocorrer, o senhor(a) será consultado(a) e as pessoas escolhidas serão entrevistadas se, também derem seu consentimento.

A pesquisa faz parte do meu curso de mestrado em Política Social na área de concentração de políticas sociais, ministrado pela Universidade de Brasília. Ele visa subsidiar a construção de indicadores da prática dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de internação em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, álcool e outras drogas, de acordo com a Portaria Nº 1426/GM/MS e Portaria Nº 340/SAS/MS, de 14 de julho de 2004 do Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que estabelece diretrizes para a implantação e implementação da atenção a saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e de internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

Os resultados encontrados, bem como o trabalho final, estarão à disposição de todos aqueles que participaram da pesquisa, e da direção da instituição.

Informo que pesquisarei nas práticas dos profissionais de saúde no âmbito desta instituição os aspectos relativos à saúde sexual e saúde reprodutiva e álcool e outras drogas a partir do princípio da integralidade da assistência à saúde e da Doutrina da Proteção Integral.

Agradeço desde já a colaboração e estou à disposição para esclarecer dúvidas ou para outros contatos que forem necessários, nos telefones 92214539, 33152375 e no seguinte endereço, SQSW, Quadra 101, Bloco J, apto, 404 – Sudoeste.

Thereza de Lamare Franco Netto
CONRERP/3ª Região - 1279

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE ENREVISTA

Ao Senhor(a),

Solicito ao Senhor(a) a sua colaboração e o seu consentimento para participar da pesquisa sobre as representações sociais de profissionais de saúde que trabalham em instituição de medida socioeducativa em meio fechado para adolescentes do sexo masculino e feminino. O trabalho será realizado por meio de entrevistas individuais e grupos focais e observação em locais institucionais previamente acordados entre nós e a direção desta instituição. As informações serão anônimas e sigilosas.

A pesquisa faz parte do meu curso de mestrado em Política Social na área de concentração de políticas sociais, ministrado pela Universidade de Brasília. Ele visa analisar as práticas dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de internação em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, álcool e outras drogas, de acordo com a Portaria Nº 1426/GM/MS e Portaria Nº 340/SAS/MS, de 14 de julho de 2004 do ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que estabelece diretrizes para a implantação e implementação da atenção a saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e de internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

Os resultados encontrados, bem como o trabalho final, estarão à disposição de todos aqueles que participaram da pesquisa, e da direção da instituição. Agradeço a sua colaboração e estou à disposição para esclarecer dúvidas ou para outros contatos que forem necessários, nos telefones 92214539, 33152375 e no seguinte endereço, SQSW, Quadra 101, Bloco J, apto, 404 – Sudoeste.

Thereza de Lamare Franco Netto

Eu..... morador
na declaro estar esclarecido
a respeito da pesquisa que será realizada na instituição em que trabalho, bem como
os instrumentos que serão utilizados e sei que posso retirar o meu consentimento
em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para mim.
Consinto em colaborar com esse trabalho por minha livre vontade.

Local e data

.....

Assinatura

.....

**Roteiro de entrevista semi-estruturada para os profissionais de
saúde da instituição socioeducativa de internação**

ENTREVISTADO

Nº

DATA/...../.....

Profissão.....

Agradecer a colaboração do entrevistado e abordar, mais uma vez, o caráter sigiloso das informações.

1. Horário que trabalha: () manhã, () tarde, () noite
2. Qual é a sua carga horária dentro da instituição? () 20 horas semanais, () 40 horas semanais, () 30 horas semanais, () outro. Especificar
3. Existe algum regulamento, recomendação, protocolo específico para a prática dos profissionais de saúde que atuam na unidade?
4. Existe algum programa de educação ou orientação sexual para os adolescentes de ambos os sexos?
() sim () não
 - 4.1. Se sim, como são desenvolvidas as atividades?
 - 4.2. Quais são os temas mais abordados?
 - 4.3. Se não, que ações são desenvolvidas em saúde sexual e saúde reprodutiva junto aos adolescentes de sexo masculino? E para as adolescentes?
5. Como é a sua rotina de atendimento junto aos adolescentes?
6. Você realiza alguma atividade em saúde sexual e saúde reprodutiva dirigida aos adolescentes em sua rotina de trabalho?
7. Há disponibilização de preservativos para os adolescentes do sexo masculino?
() sim () não
 - 7.1. Se sim, quem disponibiliza? Em que situação?
 - 7.2. Se não, por quê?
8. Há disponibilização de preservativos para os adolescentes do sexo feminino?
() sim () não
 - 8.1. Se sim, quem disponibiliza? Em que situação?
 - 8.2. Se não, por quê?
9. Há disponibilização de métodos anticoncepcionais para as adolescentes?
() sim () não
 - 9.1. Se sim, quem disponibiliza? Em que situação?
 - 9.2. Se não, por quê?
10. Quais os métodos anticoncepcionais utilizados?
11. Há informação/orientação para as adolescentes sobre a anticoncepção de emergência?
() sim () não
 - 11.1. Se sim, em que momento?
 - 11.2. Se não, por quê?
12. Há informação/orientação para os adolescentes do sexo masculino sobre a anticoncepção de emergência? () sim () não
 - 12.1. Se sim, em que momento?
 - 12.2. Se não, por quê?
13. Existe articulação com o setor da educação para a discussão da temática saúde sexual e saúde reprodutiva junto aos adolescentes de ambos os sexos?
() sim () não
 - 13.1. Se sim, explicita.

14. Há uma ação continuada de aconselhamento junto aos adolescentes de ambos os sexos para a testagem do exame de HIV?
() sim () não
14.1. se sim, como é realizada?
14.2. se não, em que situação é realizado o exame?
15. Existe articulação com o setor da educação para a discussão da temática saúde sexual e saúde reprodutiva junto aos adolescentes de ambos os sexos?
() sim () não
15.1. Se sim, explicita
16. Existe articulação do setor de saúde do CAJE com outros setores da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de atividades em saúde sexual e saúde reprodutiva?
() sim () não
16.1. Se sim, quais?
17. Em sua opinião a visita íntima seria importante para o processo de socioeducação?
() sim () não
17.1. Se sim, explicita.
17.2. Se não, por quê?
18. Do seu ponto de vista quais são os assuntos relacionados à saúde sexual e saúde reprodutiva que trazem maiores dificuldades a serem abordados com os adolescentes?
19. Do seu ponto de vista quais são os assuntos relacionados a saúde sexual e saúde reprodutiva que trazem maiores dificuldades a serem abordados com os adolescentes de sexo masculino?
20. Em sua opinião é importante conversar com estes adolescentes sobre sua saúde sexual e saúde reprodutiva?
21. Para você que relação existe entre sexualidade x saúde e medidas socioeducativas de internação?
22. Você conhece a Portaria N 1426 e 340 do Ministério da Saúde que estabelece a atenção integral aos adolescentes privados de liberdade?

2. Capacitação e conhecimento de experiências importantes nesta área

- 2.1. Já participou de alguma capacitação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva em adolescência?
() sim () não
2.1.1. Se sim, especifique.
- 2.2. Você tem conhecimento de programas ou projetos em saúde sexual e saúde reprodutiva realizadas em outras unidades de internação que poderiam servir de referência?
() sim () não
2.2.1. Se sim, onde?
- 2.3. Você se sente capacitado para a abordagem desta temática junto aos adolescentes?
() sim () não
2.3.1. Se sim, especifique.