

DO QUE PRECISAMOS, TODOS PRECISAM: O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E AS VULNERABILIDADES NOS TERRITÓRIOS NA ADOLESCÊNCIA.

WHAT WE NEED, EVERYBODY NEEDS: THE HEALTH-DISEASE PROCESS AND THE VULNERABILITIES IN THE TERRITORIES OF ADOLESCENCE.

LO QUE NECESITAMOS, TODOS NECESITAN: EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD Y LAS VULNERABILIDADES DE LOS TERRITORIOS EN LA ADOLESCENCIA.

Ana Flávia Campeiz¹

Marta Angélica Iossi Silva²

Maria das Graças Carvalho Ferriani³

Ailton de Souza Aragão⁴

RESUMO

O adolecer como processo histórico tornou-se foco de políticas públicas, das quais destaca-se o fortalecimento dos vínculos entre os jovens e os territórios, entre elas o ProJovem Adolescente. Objetivou-se nesse estudo apreender a compreensão dos sujeitos acerca do processo saúde-doença e as vulnerabilidades nos territórios. Os territórios são espaços comunitários que expressam diferentes configurações, constituindo espaços de vida, de relações, construções e desconstruções de vínculos e que revelam significados atribuídos pelos diferentes sujeitos. O grupo de participantes foi composto por 51 adolescentes de cinco coletivos ProJovem. Para tanto, foram aplicados questionários e operacionalizados Grupos

¹Psicóloga, Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: fafacampeiz@hotmail.com

²Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: caroline@eerp.usp.br

³Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: maiossi@eerp.usp.br

⁴Sociólogo. Professor Adjunto III do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: as_aragao@hotmail.com

Resumen

de Discussão. Os dados dos questionários foram tabulados e os depoimentos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Vislumbrou-se que a desigualdade social oriunda das contradições da relação capital-trabalho, vividas pelos adolescentes, possui impacto no processo saúde-doença e podem influir tanto na apreensão/reprodução reduzida da saúde, quanto na apropriação do direito à saúde no território sob a forma de redes de proteção formal.

Palavras-chave: Adolescência. Política de saúde. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Becoming adolescent as a historical process has become the focus of public policies, from which the strengthening of the bond between young people and the territories are highlighted, including the Pro-young teenagers. The aim of this study was to grasp the understanding of the subjects about the health-disease process and vulnerabilities of the territories. Territories are community spaces that express different configurations, constituting spaces of life, relationships, constructions and deconstructions of bonds and that reveal meanings attributed by different subjects. The group of participants consisted of 51 adolescents from five groups "ProJovem". To this end, questionnaires were applied and groups of discussions were operated. Data from the questionnaires were tabulated and the testimonies were analyzed through thematic content analysis. It was concluded that the social inequality arising from the contradictions of capital-labour relation experienced by the teenagers has an impact on the health-disease process and can influence both on the reduced health levels and on the retrenchment of the health rights in the territory under the form of formal protection networks.

Keywords: Adolescence. Health policy. Health vulnerability.

RESUMEN

El adolecer como proceso histórico se ha convertido en objeto de estudios de las políticas públicas, de las cuales se destaca el fortalecimiento de los vínculos entre los jóvenes y los territorios, como el ProJovem. Este estudio tuvo como objetivo aprehender la comprensión de los jóvenes sobre el proceso salud-enfermedad y las vulnerabilidades en los territorios. Los territorios son espacios comunitarios que expresan diferentes configuraciones, constituyendo espacios de vida, de relaciones, construcciones y desconstrucciones de vínculos y que revelan significados atribuidos por los diferentes sujetos. El grupo de participantes consistió de 51 adolescentes de cinco grupos ProJovem. Con este fin, se aplicaron cuestionarios y fueron operacionalizados grupos de discusión. Se percibió que la desigualdad social que surge de las contradicciones de la relación capital-trabajo, que viven los adolescentes, tiene impacto en el proceso de salud-enfermedad y puede influir en la aprehensión de la salud como en la apropiación del derecho de la salud en el territorio en redes de protección formal.

Palabras clave: Adolescencia. Política de salud. Vulnerabilidad de la salud.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde dos adolescentes tem sido pensada em sua dimensão biológica, logo, cobrindo uma dimensão restrita, embora não menos importante no processo saúde-doença desse segmento populacional. Aliado a essa constatação, a percepção que os adolescentes possuem de seu próprio processo de adolecer e como esse devir influi na saúde tem sido pouco investigado. Esse salto dialético epistêmico e metodológico é conferido pelo conceito de promoção de saúde, que propaga a capacitação

das pessoas modificarem os determinantes sociais em benefício da própria qualidade de vida (ALMEIDA FILHO, 2010).

Desse modo, é fundamental construir uma abordagem que considere os contextos do processo de vida e, conseqüentemente, do processo saúde-doença. Em decorrência disso, tanto o adolecer quanto a percepção de saúde que os adolescentes possuem devem ser compreendidos nos seus respectivos territórios de vida, tendo como referência suas famílias e territorialidades (ALMEIDA FILHO, 2010), esse último, deve ser esse entendido muito mais no que concerne o aspecto simbólico e baseado nas relações de solidariedade.

O território, conceito originário da Geografia, tem sido amplamente adotado como referências nas Ciências Humanas e Sociais e na Saúde Coletiva. É definido por espaços comunitários que expressam diferentes configurações, constituindo espaços de vida, de relações, construções e desconstruções de vínculos e que revelam significados atribuídos pelos diferentes sujeitos (ALMEIDA FILHO, 2010). Essa adoção derivada organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que, na capilaridade dos territórios, instituiu os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) como referência para o mapeamento, a sistematização e a oferta de projetos e programas que compõem a proteção social básica.

Desta maneira, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos em sua vertente voltada para Adolescentes e Jovens, ou tão somente, o Projovem Adolescente, tem como objetivo o fortalecimento da convivência familiar e comunitária e estimula a permanência dos adolescentes no sistema de ensino e atividades que reforcem a convivência social e uma formação geral para o mundo do trabalho (BRASIL, 2008).

O referencial da política pública preconizada pelo SUAS destinada aos adolescentes é o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1993), pois demonstra a superação da doutrina da situação irregular, instituída pelo Código de Menores “Mello Mattos”, de 1927, e corrobora a doutrina da proteção integral que os considera, juridicamente, sujeitos de direitos, prioridade absoluta. No entanto, essa premissa é atravessada pelos determinantes sociais presentes nos territórios, oriundos das históricas contradições sociais.

Os determinantes sociais de saúde permitem uma compreensão dialética dos processos de luta e efetivação de direitos, individuais e coletivos, cuja ausência expõe os sujeitos a situações de vulnerabilidade. Os determinantes não se desenvolvem aparta-

dos dos territórios e seus sujeitos, logo, esse referencial exige uma compreensão ampliada ao considerar as contradições existentes nos planos micro e macroestruturais. Assim, Carvalho e Buss (2008) definiram diversos planos de determinação do processo saúde-doença: idade, sexo e fatores hereditários; estilos de vida dos indivíduos; redes sociais e comunitárias e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Entendendo a saúde como processo histórico, sua análise como resultante dos determinantes sociais encontra no conceito de vulnerabilidade um denso aporte teórico-metodológico. No plano social, a vulnerabilidade limita o alcance das pessoas a bens e serviços coletivos que, portanto, negam o exercício efetivo de direitos sociais (MALAGÓN-OVIEDO, CZERESNIA, 2015). Na acepção de Ayres, Paiva e França (2011) podemos apreender as vulnerabilidades nas dimensões: individual, social e programática.

A dimensão individual toma como ponto de partida os comportamentos e os modos de vida das pessoas, que podem contribuir (ou não) para a vulnerabilização. Um desses elementos é o acesso e apropriação das informações disponíveis e dispostas aos indivíduos.

A dimensão social está referida à capacidade de uma comunidade se organizar politicamente para reivindicar não apenas bens e serviços, mas também exigir direitos coletivos. Assim, a construção de creches ou de postos de saúde e a exigência do respeito à diversidade sexual e étnica, por exemplo, englobam demandas que revelam a coesão do tecido social comunitário na redução de dos determinantes sociais de saúde. Direitos que cuja ausência expõem comunidades inteiras à uma cidadania de segunda categoria (SANTOS, 2003).

A dimensão programática se refere aos impactos da maior ou menor disposição e gerenciamento de recursos públicos na efetivação de direitos como saúde, educação, assistência social, cultura, saneamento básico cuja ausência impactam no processo saúde-doença de territórios inteiros e afetam segmentos sociais em maior situação de vulnerabilidade, como crianças e adolescentes. Essa dimensão se refere às condições macroestruturais ao situar os impactos positivos ou negativos de políticas ou programas e como esses garantem o acesso aos bens e serviços que resultam na maior ou menor vulnerabilização de segmentos sociais e comunidades.

As três acepções da vulnerabilidade impõem-nos a necessidade de compreender o adolecer como processo histórico que

nos auxilia na apreensão crítica da concepção etária e biológica e nos distancia do estigma de ser conservador, sem perspectiva e despolitizado (IBASE, 2005).

Superar tais conceitos é construir novos saberes que promovam o debate e a proposição de ações estruturantes que incluam, por exemplo, a territorialidade da produção da saúde do adolescente (AYRES, PAIVA, FRANÇA, 2011). Nesse viés, o/a adolescente deve ser considerado em suas dimensões biológicas, sociais, psíquicas, culturais, políticas, econômicas e em suas estratégias para viver a condição juvenil, ou seja, para além das delimitações etária ou biológica (AYRES, PAIVA, FRANÇA, 2011).

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o Ministério da Saúde expôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. O objetivo é promover a saúde integral desse público, com abordagem multiprofissional, apontando a importância de construção de estratégias intersetoriais que contribuam para a modificação das dimensões de vulnerabilidades de adolescentes e jovens, favorecendo o desenvolvimento saudável (BRASIL, 2010).

Informações divulgadas pelas Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2010), mostram que em 2007 foram registrados 2.370 casos de violências na faixa etária de 10 a 19 anos. Entre esses, a violência sexual representou 56% dos atendimentos; seguida das agressões psicológicas (50%), físicas (48%) e negligências e abandono (13%). Das 24.603 notificações de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) no ano, 80% pertencem ao grupo etário de 13 a 24 anos. As causas externas ocupam o primeiro lugar na mortalidade desse grupo populacional. Esses dados revelam a necessidade premente de que as políticas públicas, notadamente as de saúde, dirijam um olhar especial para as necessidades e as demandas específicas. Nesse contexto, o conceito de Promoção de Saúde ganhou força com a elaboração de políticas públicas saudáveis enquanto estratégias motivadoras para um trabalho articulado do setor saúde com os demais setores, como a educação e a proteção social. Entende-se, portanto, a necessária reorientação paradigmática dessas políticas: da perspectiva biologicista restrita à prevenção de agravos, que responsabiliza o indivíduo pela maior ou menor exposição ao risco de adoecer biologicamente para uma abordagem ampliada que considere os determinantes sociais do processo saúde-doença dos

adolescentes nos territórios (ALMEIDA FILHO, 2010; BRASIL 1993, 2008; CARVALHO, BUSS, 2008).

O presente texto justifica-se, inicialmente, por verificarmos a escassez de estudos acerca das políticas públicas de promoção de saúde de adolescentes bem como sua capacidade de promover alterações estruturais nos territórios de vulnerabilidade. Ainda que esses territórios contem com equipamentos de proteção social, como os CRAS, as políticas que os originam estão ancoradas em uma percepção reducionista de um dos seus segmentos: os adolescentes.

Considera-se, ainda, a necessidade de compreender o adolescer de modo contextualizado em sua historicidade bem como os sentidos atribuídos pelos mesmos na contribuição para a (re)organização de serviços, projetos e programas no sentido da Atenção Integral e, conseqüentemente, na efetivação da cidadania, como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Sob esse olhar, a investigação objetivou apreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos frequentadores do ProJovem Adolescente de Uberaba-MG acerca da construção da saúde em meio à situação de vulnerabilidade em que se deparam nos territórios.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Esse método é utilizado, pois compreendemos que as experiências vividas pelos adolescentes são antagônicas e revelam as contradições inerentes aos cenários de desigualdade social. Logo, as interpretações oportunizadas pela pesquisa variam em função da classe social, do gênero e da faixa etária dos sujeitos.

Os dados foram obtidos por meio de questionário estruturado e a condução de grupos focais (OLIVEIRA, 2011) cujas sessões foram audio-gravadas, transcritas e analisadas. O questionário oportunizou a obtenção de dados sócio demográficos sobre o processo de vida dos adolescentes nos territórios. E o Grupo Focal favoreceu a obtenção de sínteses coletivas sobre as temáticas expostas nos questionários.

A combinação de métodos de pesquisa, como o questionário estruturado e o grupo focal, permitiu obter um olhar ampliado das contradições sociais e como as subjetividades são construídas ou desconstruídas, afirmadas ou re-avaliadas entre os adolescen-

tes. Ao mesmo tempo, privilegia a interação do grupo entre si e proporciona uma maior inserção do pesquisador no universo dos sujeitos, sobretudo, após uma experiência de inserção dos sujeitos pesquisadores no campo dos sujeitos pesquisados (OLIVEIRA, 2011).

O grupo de participante foi composto por 51 adolescentes de ambos os sexos; na faixa etária entre 11 e 16 anos de idade. Foram conduzidos quatro grupos focais com todos os participantes do ProJovem Adolescente, em cinco CRAS (do total de oito) na cidade que mantinham o Programa em funcionamento. A seleção dos cinco CRAS se deu em função da pactuação da Universidade com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS) para a realização de atividades de extensão com os adolescentes.

A aplicação dos questionários e o desenvolvimento dos Grupos foram realizados no período entre novembro (2013) e maio (2014). A análise dos depoimentos foi desenvolvida por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2010). Essa metodologia privilegia a identificação das unidades de sentido/expressões-chaves proferidas pelos próprios sujeitos, a partir da interpretação dos conteúdos, gravações dos depoimentos nos grupos focais, foram constituídas categorias empíricas de análise problematizadas a partir da categoria analítica exposta pela determinação social da saúde.

A pesquisa cumpriu as disposições das Resoluções n.º 196/1996 e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 51 adolescentes (N: 51), sendo 52% do sexo feminino. A faixa etária variou entre 11 e 16 anos, destes 51% de 11 a 13 anos e 49% de 14 a 16 anos. Um aspecto comum aos sujeitos participantes é que todas as famílias integravam o Programa Bolsa-Família, do Governo Federal. Em relação à escolaridade, todos os adolescentes estudam e sempre estudaram em escola pública.

Constatamos que 71,1% do grupo total estavam inseridos no Ensino Fundamental Incompleto. Desse grupo, o sexo masculino representou 54%, desses, 65% têm idade de 11 e 13 anos. Analisando a correlação idade-ano escolar, verificamos que, aproximadamente, 12% desses adolescentes estavam em descompasso na relação idade-série.

DO QUE PRECISAMOS, TODOS PRECISAM: O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E AS VULNERABILIDADES NOS TERRITÓRIOS NAS ADOLESCÊNCIA

A Tabela 1 apresenta a relação dos adolescentes com o trabalho, religião e cor da pele em relação ao sexo e à idade.

Tabela 1. Relação com o trabalho, com a religião e cor da pele dos adolescentes dos ProJovens relativamente ao sexo e à idade. Uberaba-MG. 2013- 2014.

Sexo	Idades		Trabalho		Religião			Cor da pele			
	n	%	n	%		n	%		n	%	
Masculino	11 a 13 anos	13	25,4	2	3,8	Católica	5	38,4	Preta	7	53,8
						Apenas acredita em Deus	3	23,1	Parda	4	30,8
						Sem Religião	2	15,4			
						Evangélica	2	15,4	Branca	2	15,4
						Espírita	1	7,7			
	14 a 16 anos	10	19,6	3	5,7	Evangélica	3	30	Parda	4	40
						Católica	2	20			
						Espírita	2	20	Branca	2	20
						Apenas acredita em Deus	1	10	Indígena	2	20
						Sem religião	1	10	Preta	1	10
Outra religião						1	10	Outra raça (moreno)	1	10	
Feminino	11 a 13 anos	13	25,6	0	0	Evangélica	8	61,5	Parda	6	46,1
						Católica	3	23,1	Branca	4	30,8
						Espírita	1	7,7	Preta	2	15,4
						Apenas acredita em Deus	1	7,7	Amarela	1	7,7
	14 a 16 anos	15	29,4	1	1,9	Católica	5	33,2	Branca	4	26,6
						Espírita	4	26,6	Preta	4	26,6
						Evangélica	3	20	Indígena	4	26,6
						Sem religião	2	13,4			
						Apenas acredita em Deus	1	6,8	Parda	3	20

Fonte: Sistematização a partir das informações obtidas com os questionários.

Constata-se que os adolescentes do sexo masculino da faixa etária entre 11 e 13 anos representam 25,4% do grupo de participantes. Nesse grupo temos 3,8% dos adolescentes em situação de trabalho; a religião predominante é a católica, representando 38,4%; e a cor da pele predominante é a preta com 53,8%.

Os dados demonstram que a maioria dos adolescentes participantes do ProJovem são da cor de pele parda e preta, corroborando com estudos Souza et al (11) que alega que os jovens negros e pardos são os mais vitimizados pela violência estrutural. Ou seja, aquela que se manifesta devido, dentre outros fatores, pela concentração de renda e pelas iniquidades no acesso aos serviços públicos essenciais. Ainda, segundo a autora, os homicídios foram responsáveis por 39,3% de todas as mortes de jovens, de 15 a 24 anos, no Brasil em 2011, atingindo, sobretudo, pessoas do sexo masculino, de cor da pele preta/parda, vivendo em territórios empobrecidos.

Não obstante, verifica-se que 11,4% dos adolescentes exercem alguma função de trabalho, o que contradiz, segundo o Ministério Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) os princípios do ProJovem, já que uma das suas diretrizes é prover o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais que promovam a permanência do adolescente no âmbito educacional e criar condições para inserção no mercado de trabalho, de acordo com o preconizado pelo ECA.

As reflexões nos grupos focais foram norteadas pela questão disparadora: "o que é saúde para você?". No decorrer dos grupos, os adolescentes debateram entre eles a temática central, sendo estimulados a exporem sobre os seus hábitos de vida, cuidados relacionados à saúde e cotidiano ("O que devemos fazer para ter saúde?" "Como você avalia sua saúde?" "O que você precisa para melhorar sua saúde?" "O que mais prejudica a saúde dos adolescentes hoje?". Outras questões secundárias foram inseridas na discussão, a fim de captar temáticas que fossem do interesse dos adolescentes com vistas ao aprofundamento da pesquisa, como: alguma situação ou condição na comunidade que gera insegurança ou incômodo; acesso aos bens e serviços que consideram fundamentais e a utilização dos serviços públicos (saúde, segurança, denúncia anônima, corpo de bombeiro).

Na posterior análise dos resultados e da aplicação da técnica de análise de conteúdo temática, obtivemos duas categorias que emergiram espontaneamente dos relatos, a saber: Saúde, corpo saudável, mas não só e Do que precisamos, todos precisamos.

1. SAÚDE, CORPO SAUDÁVEL, MAS NÃO SÓ

Os depoimentos dos sujeitos apontam, por um lado, para uma perspectiva de saúde que reforça o paradigma biomédico. Resultado de um processo de socialização tanto familiar quanto educacional que restringem o conceito saúde ao complexo anatômico, ou seja, a ausência de doença. Contudo, os participantes da pesquisa corroboram ainda, uma visão mais ampliada desses conceitos, por meio de subjetividades e possibilidades de apreender a complexidade saúde-doença. Discursos semelhantes se dirigem à concepção de doença, cuja resultante reside na exposição aos agravos ou situações de risco (ALMEIDA FILHO, 2010; CARVALHO E BUSS, 2008), mas com novas inserções em sua compreensão.

Assim, reportando ao discurso de um dos sujeitos, temos que a saúde:

[...] É uma pessoa saudável... que não toma remédio, que come verdura, fruta e legumes, esses negócios ai... né... praticar exercícios físicos... Não ficar à toa também né [risos] Não ficar parada, sem atividade... (Maria I, 15 anos CRAS I)

O depoimento também ilustra a preocupação com o estilo de vida adotado pelo adolescente no território. Assim, ter uma alimentação saudável e praticar exercícios afasta-o do risco de adoecimento, um dos princípios norteadores das Diretrizes Nacionais (BRASI, 2010). Contudo, o aspecto suscitado contrasta com as condições de vida familiar e territoriais de residência dos adolescentes, pois inseridos em territórios de vulnerabilidade social, a prática de exercícios físicos pode ser prejudicada/inviabilizada, devido à ausência de locais adequados e/ou de fácil acesso ou de exposição ao risco de assaltos ou outras formas de violência social (ALMEIDA FILHO, 2010; AYRES, PAIVA, FRANÇA, 2011; CARVALHO, BUSS, 2008)

Como aludido acima, a concepção de "saúde" reflete, em parte, o discurso biomédico, caracterizado pela ideia do controle técnico dos fenômenos naturais e sociais e o raciocínio causal-controlista (AYRES, PAIVA, FRANÇA, 2011). Essa lógica contrasta com a

concepção integrada, humanizada e participativa que deve ser a ação no campo da saúde pela promoção da saúde. Nessa concepção integradora, um dos componentes da saúde é a prática de uma religião, como demonstra o depoimento do adolescente:

É estar bem né, sem doença, sem tomar remédio; rezar também ajuda para ter saúde, consciência tranquila, isso é saúde eu acho (João IV, 14 anos CRAS V)

A prática religiosa surge como apoio a esses adolescentes, ao possibilitar a sociabilidade por meio de encontros em grupos, com orientação de condutas e preceitos que enfatizam a paz e a tranquilidade consigo e com os demais membros da coletividade. De outro modo, o grupo religioso se constitui como fator de proteção diante das vulnerabilidades do território que afetarão diretamente a saúde do adolescente pois constata-se a ampliação da rede de apoio social, tanto informais quanto formais, dessas escolas ao CRAS e a Equipe de Saúde da Família (ESF) no seu território (CASTRO, ABRAMOVAY, 2009; REICHERT, LOCH, CAPILHEIRA, 2012; SALES, MATOS, LEAL, 2012).

Ao mesmo tempo, nos depoimentos, a saúde fora considerada como o modo de viver a vida, estar com a consciência tranquila. Essa compreensão é relevante quando a aproximamos do desejo de tranquilidade dirigida à conquista da autonomia e a condução da própria vida. Amplia-se o conceito de saúde ao compreender que a tranquilidade contrasta com as contradições sociais que determinam o processo saúde-doença no território sem desprezarmos, sobretudo, a dimensão subjetiva da saúde humana, tal como expresso pelos adolescentes (SALES, MATOS, LEAL, 2012).

Aliada à compreensão biomédica de saúde, os adolescentes salientam que essa pode ser composta de um processo mais amplo e complexo, como exposto a seguir ao se reportarem às doenças que os afetam:

Obesidade, muita droga, gravidez, bulimia, anorexia... a vergonha [risos] sou muito tímido, isso me atrapalha... a falta de interesse, preguiça... não é doença mas pode considerar né? (João I, 14 anos CRAS I)

AIDS, Gripe, diabetes, dengue, sinusite, anemia, droga, magreza exagerada né, falta de vergonha na cara também podia ser doença hein? (João V, 14 anos CRAS III)

A construção da identidade pes-soal na adolescência inclui, necessariamente, a relação construída com o próprio cor-po; e essa relação se sedimenta ou não por meio da representação men-tal que o jovem tem do seu corpo, ou seja, através de sua imagem corporal (COSTA, VASCONCELOS, 2010). Somando essa premissa à adoção de estilos de vida que fogem ao “padrão saúde”, como alimentar-se em excesso pode, finalmente, contribuir para uma série de doenças debilitantes, como o sobrepeso e a obesidade ou mesmo diabetes e hipertensão. A recorrência dessas doenças nos depoimentos demonstra que elas estão presentes e recorrentes no significado e no cotidiano de doenças que os afetam (COSTA, VASCONCELOS, 2010).

Nota-se ainda o caráter moral no discurso do que é/ou deveria ser considerado doença: “a falta de interesse”, “preguiça”, “falta de vergonha na cara”. Esses aspetos remetem ao processo de socialização familiar e social que condena a vadiagem e impulsiona o adolescente à moralização, por exemplo, pelo trabalho, como meio para garantir sua autonomia e ampliar sua sociabilidade; adquirindo, ainda, um status social diante do grupo (ARAGÃO, 2011).

Ao mesmo tempo, podemos verificar que o desinteresse ou a preguiça pode conduzir o/a adolescente às drogas ou à gravidez, uma realidade frequentemente debatida na proposição de políticas de saúde destinados aos adolescentes. Esses dois aspectos foram referidos como ausência de saúde pelo grupo devido aos desdobramentos na vida do adolescente, da família e da comunidade. Contudo, os adolescentes não associam essas duas “doenças” à ausência de políticas públicas de saúde ou de lazer eficazes nos respectivos territórios. Esse aspecto, problemas com drogas e gravidez precoce é minimizado pela participação dos adolescentes ao ProJovem, uma vez que seu objetivo é o fortalecimento dos vínculos sóciofamiliares (BRASIL, 2008).

2. DO QUE PRECISAMOS, TODOS PRECISAM

É importante considerar a identificação das demandas dos adolescentes com as demandas dos territórios em que desenvolvem suas vidas. Diante dessa constatação, estão as ausências dos entes instituídos e as estratégias de enfrentamento ou de contorno emergencial das situações de vulnerabilidade individual e social, além da constatação de que os entes públicos não os reconhecem como sujeitos ativos na proposição de ações coerentes com seu

processo de adolecer (AYRES, PAIVA, FRANÇA, 2011; BRASIL, 2010).

Dentre os serviços acionados nos territórios, está a Polícia Militar, como destacam algumas das adolescentes em diferentes locais da cidade.

Também precisei ligar [para a polícia] quando meu padrasto tava batendo na minha mãe, eles demoraram muito, mas apareceram e eles conseguiram amenizar as coisas, os policiais conversaram muito com os dois e pararam... (Maria IV, 14 anos CRAS III)

A maioria daqui já, eu já utilizei polícia, porque meu pai e minha mãe estavam brigando, aí eles falaram “como você chama? Aonde você mora?” Eu só escutei um “vixi” e falou que ia mandar uma viatura mais próxima, mas demorou muito e chegaram três horas depois mas aí já não dava tempo. Eu vi meu pai matando minha mãe, meu avô me tirou de lá né... [pausa] Agora eu falo isso tudo de boa, faço psicóloga no CRAS e fazer o que né, é a vida. (Maria III, 15 anos CRAS IV)

[...]Aqui, ninguém quer vir pra cá, taxista, moto taxista, pizzaria, farmácia, todo mundo tem medo de vir pra cá, porque sabem que os policialnum vem pra cá. (Maria III, 15 anos CRAS IV)

Sob o olhar dos adolescentes, as comunidades onde residem apresentam carências de infraestrutura e a violência é vivenciada — seja em sua modalidade intrafamiliar ou comunitária — e agravada pela ausência das forças policiais, aqui em sua acepção ostensiva e não preventiva. Essa proximidade foi apontada em outros estudos (SOUZA ET AL, 2013; SOUZA, SOUZAS, 2012) que enfatizam quantidade significativa de jovens pesquisados que viram alguém morrer de forma violenta, que já haviam sido assaltados e que já tivera contato com arma de fogo alguma vez na vida.

Ainda, segundo Souza et al (2012) a violência, que atinge crianças e adolescentes na realidade brasileira, mobiliza todos os setores da sociedade e constitui um problema relevante de saúde, e, ainda, objeto de reflexão por parte de várias áreas do saber, entre elas a Saúde Pública, pelo papel que assume diante da morbimortalidade, ao vitimar crianças, jovens, adultos e idosos, indiscriminadamente (SALES, MATOS, LEAL, 2012).

Considerando o contexto histórico, econômico, social e cultural pode-se pensar em condições que favoreçam ou não a vulnerabilização de pessoas e comunidades (AYRES, PAIVA, FRAN-

ÇA, 2011). Malagón-Oviedo e Czeresnia (2015) afirmam que uma situação de vulnerabilidade implica a possibilidade de trajetórias individuais ou comunitárias conduzirem a desfechos indesejados e exige das pessoas envolvidas recursos, estratégias e flexibilidade para superar as circunstâncias de insegurança criadas. As autoras ainda sancionam:

A vulnerabilidade no plano social se refere à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas e que tiram os suportes institucionais de segurança social, ou seja, situações que negam o exercício efetivo de direitos e, portanto, insegurança presente e evanescência de projetos futuros (p.246)

No que tange aos adolescentes da pesquisa, esses se convertem em sujeitos vulneráveis na medida em que o direito à segurança pública é violado, seja pelo estereótipo de perigo ou pela violência que é rotulada à comunidade, seja pela indisciplina e ética desfigurada dos agentes de segurança. Uma realidade presente nos depoimentos é a violência doméstica. Uma das narrativas revelou uma intervenção positiva da Polícia, apesar da demora para seu comparecimento. Já no segundo relato, estão presentes a exposição do adolescente à violência, o direito violado à segurança pública e, ainda, o que lhe resta como consequência, o luto.

Nas três narrativas, verificam-se ambientes comunitários cuja violência social, dentre elas a da omissão dos entes instituídos, favorecem situações de violência doméstica. E recai sobre os vulnerados, em razão da faixa etária e do sexo, além da condição social, as principais consequências, dentre as quais destaca-se o processo saúde-doença em sua integralidade.

Os serviços dispostos no CRAS, como a psicoterapia, minimizam os efeitos individuais da violência social, haja vista a pouca eficiência de ações preventivas, seja da Segurança Pública, na atenção às famílias e às comunidades historicamente vulneradas, seja da Saúde, relativamente à prevenção de agravos oriundos da violência.

[...] Aqui nesse postinho num tem nada! Sabe dentista? Tem que chegar as 5h da manhã pra pegar 5 fichas, são 5 fichas de manhã e 5 fichas a tarde. Pra tudo ali tem ir as 5h da manhã. Ginecologista tem que madrugar, pediatra tem que madrugar, tudo! Médicos tem que madrugar. O pior é que se a gente precisa de um tratamento de canal, ou algo mais sério aqui no [bairro] não tem, aí eles

falam que não tem instrumento, não tem material e a opção que resta é arrancar o dente. Tem nego aqui que já perdeu três dentes, e umas menina bonita e sem dente. (Maria III, 15 anos CRAS IV)

A universalidade do acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1998). Aos gestores de políticas públicas brasileiras, cabe o desafio de cumprir essa premissa ao propor e implementar ações de saúde que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Nesse contexto, está inscrita a saúde bucal e espera-se que a universalização do acesso propicie a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, sobretudo na Atenção Básica, como disposto na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) e no ECA (BRASIL, 1993). Os adolescentes apresentam características e atitudes singulares, necessidades igualmente distintas e formam um grupo populacional não atendido pelos programas preventivos odontológicos (GRANVILLE-GARCIA, 2008; SOUZA ET AL 2012). Assim, alijados dos seus direitos de cidadania, os adolescentes dos territórios historicamente vulnerados não se constituem sujeitos de direitos, o que aprofunda o abismo das vulnerabilidades.

Os valores culturais relacionados à estética e a um maior acesso à informação sobre saúde são mais evidentes nas classes sociais de maior poder aquisitivo, o que pode justificar o fato dos adolescentes de escolas privadas citarem com maior frequência os dentes e os cabelos como muito importantes (JUNQUEIRA ET AL, 2012). No entanto, os adolescentes do presente estudo, a despeito de serem de escolas públicas, manifestaram claramente as mesmas preocupações, constatado também em outras pesquisas (JUNQUEIRA ET AL, 2012; SOUZA ET AL, 2012).

As reflexões nos grupos focais demonstraram a precariedade da infraestrutura na Unidade Básica de Saúde, inadequação de instrumentos e falta de profissionais. E, sobretudo, demonstram a condição de desamparo em busca da saúde constatada na alternativa arcaica, através da extração os dentes, para remediar em emergencialmente.

Essa constatação revela que a abordagem da saúde de adolescentes em territórios de vulnerabilidade ainda é feita com ênfase na prevenção de agravos e não na promoção de saúde. Essa realidade é verificada, por exemplo, no documento "Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e

Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010). Embora o documento traga uma compreensão ampliada da saúde de adolescentes e jovens e defenda a atenção integral e políticas intersetoriais e eleja como ações estratégicas aquelas voltadas à prevenção, o mesmo revela, de modo emblemático, as dificuldades de governos e de profissionais para construir ações e projetos voltados à promoção de saúde, derivado, dentre outros fatores, da amplitude dos determinantes sociais e das frustradas tentativas de alcançar esse público alvo nos respectivos territórios. Assim, isoladamente os serviços de saúde não obterão êxito em enfrentar as vulnerabilidades e promover a saúde de adolescentes em sua pluralidade histórica, étnica, social, cultural, econômica entre outros (SANTOS, 2003).

No que concerne à saúde, os adolescentes têm suas demandas, contudo não buscam informações nos serviços especializados pois não reconhecem neles as respostas às suas demandas. Presume-se então, a incompatibilidade de demandas das partes: adolescentes e a política pública de saúde vigente. Esses adolescentes buscam o empoderamento como sujeitos de direitos e denunciam falhas do sistema.

[...] às vezes não é isso que precisamos ou que os outros querem... devia ter mais conversa, debate, divulgação, chamar a gente para saber o que achamos... (Maria II, 15 anos CRAS I)

Você vai no CRAS atrás de aula de música e não tem vaga. Atrás de cursos e não tem jeito, ou é idade ou alguma coisa que não pode. Tudo é sexo, eles só falam disso. Aqui eles não tem outro assunto. A gente já entendeu tudo, mas vir aqui só pra escutar isso é um saco né (João III, 13 anos CRAS II)

Nota-se então o antagonismo de demandas. A política de saúde focada na prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis não atinge os anseios de um segmento social plural. Noutros termos, a não efetividade dos direitos sociais aliada à concepção de adolescente como destinatário de ações pontuais resulta no desestímulo, promove o distanciamento dos mesmos dos serviços (proteção social, segurança, por exemplo) e programas de promoção de saúde nos territórios.

Não obstante, esse contexto é influenciado historicamente pela formação profissional centrada na cura e na visão tecnicista do cuidado, não aprofundado na realidade social e na diversidade de

atenção à saúde e suas lógicas norteadoras das práticas de saúde (SILVA, SANTANA, 2015). Nessa conjuntura de desafios atuais, agrega-se a necessidade dos profissionais de compreender os aspectos subjetivos da saúde do ser humano, ao estabelecimento de uma nova relação dialógica entre sujeitos do processo saúde-doença e a combinação da objetividade com a escuta à singularidade de vida dos sujeitos, grupos e coletividades, para que então favoreça mudança de paradigmas (SILVA, SANTANA, 2015; GOMES, RAMOS, 2015).

CONCLUSÃO

O estudo evidencia a urgência de novas investigações, haja vista a intensidade das informações obtidas e o adensamento das temáticas que emergiram nos grupos e que, ao mesmo tempo, se apresentam instigantes para a apreensão do sentido dos fenômenos que dinamizam o adolescer nos territórios. Sob esse prisma, se recoloca a questão: qual a efetividade da seguridade social (educação, saúde e proteção social básica) na construção e apropriação da cidadania, ao se considerar Parâmetros Curriculares Nacionais, LOS e Lei Orgânica da Assistência Social ?

Já no que concerne aos serviços policiais nos territórios, verificou-se uma dissociação entre as violências vividas no ambiente doméstico com as muitas vulnerabilidades a que estão expostos, tanto o núcleo familiar quanto o adolescente.

Quanto aos serviços de saúde, os sujeitos anseiam por uma organização que os coloque enquanto prioridades, tal como expresso no ECA. Ao mesmo tempo, não há legitimidade dos serviços existentes nos depoimentos, uma vez que os mesmos não se identificam com as propostas, projetos ou iniciativas adotadas pelas Equipes de Saúde na Atenção Básica posto que as propostas não resultaram de um processo de escuta dos mesmos, afim de que se revertesse em construção de vínculos e de pertencimento. Para isso, faz-se necessária a implementação de ações das instituições e a reorientação dos profissionais, com o intuito de garantir a atenção para diferentes públicos e suas respectivas demandas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. Determinação Social da Saúde

e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 13-36.

ARAGÃO, A.S. Lapidando pedras brutas: formação disciplinar de adolescentes numa instituição assistencial para o (incerto) mundo do trabalho. R. Jur. Direito & Realidade, 2011, 01(01): 143-163.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (Orgs). Routledge Handbook in Global Public Health. Abingdon: Taylor and Francis Books; 2011, p.98-107.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988. 18.ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. Ministério do Bem-Estar Social. Lei 8080/90. Lei Orgânica de Saúde. 1990 [Acesso jun 2015]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

_____. Ministério do Bem-Estar Social. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069. Brasília, 1993 [Acesso jun 2015]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Lei nº 11.692. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Brasília, 2008 [Acesso em jun/2015]. Disponível em: <<http://www.projovem.gov.br/docs/pjurbano/leipjurbano.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. 2010. 132 p. [Acesso jun 2015] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

CARVALHO, A.I.; BUSS, P. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.141-166.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M. Quebrando Mitos: Juventude, participação e políticas. Perfil, percepções e recomendações dos participantes da 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para Juventude. Brasília: RITLA, 2009.

COSTA, L. C.F.; VASCONCELOS, F. A.G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. Rev.

bras. epidemiol. 2010, v. 13, n.4, p. 665-676.

GRANVILLE-GARCIA, A.F. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. Rev. da Facul.de Odont. 2008, v.13, n.1, p. 30-34.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. Interface (Botucatu), 2015, v. 19, n.52, p. 9-20.

IBASE. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; POLIS, Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. Juventude Brasileira e Democracia: participação, esferas e políticas públicas. São Paulo, 2005 [Acesso em jun 2015]. Disponível em http://www.ibase.br/userimages/dialogo_juv_final21.pdf.

JUNQUEIRA, S.R. et al. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do índice de necessidades em saúde: São Paulo, 2008. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012, v.17, n.4, p. 1015-1024.

MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. Interface (Botucatu). 2015, v. 19, n.53, p.237-49.

OLIVEIRA, D.L. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. Ciênc Saúde Coletiva. 2011, v.14, n.7, p. 3093-102.

REICHERT, F.; LOCH, M.; CAPILHEIRA, M. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Ciênc Saúde Coletiva, 2012. v. 17, n. 12, p. 3353-3362.

SALES, M.A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Orgs). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B.S. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 9ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, V.O.; SANTANA, P.M.M.A. Conteúdos Curriculares e o Sistema Único de Saúde(SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. Interface (Botucatu). 2015, v.19, n.52, p.121-32.

SOUZA, C.L.; SOUZA, S.R. Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços públicos. Rev. bras. enferm, 2012, n.65, v.6, p. 922-28.

SOUZA, G.B. et al. Práticas para saúde: avaliação subjetiva de adolescentes. Saúde debate, 2012, v. 36, n.95, p.562-571.

SOUZA, E.R. et al. Jovens em risco social: avaliação de programas de prevenção à violência armada. Editora Hucitec; 2013.

DO QUE PRECISAMOS, TODOS PRECISAM: O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E AS VULNEARABILIDADES NOS TERRITÓRIOS NAS ADOLESCÊNCIA

166p.