

**Fernanda Augusta Penacci Torralbo**

**O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO  
AO ADOLESCENTE INFRATOR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DA FUNDAÇÃO CASA**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação, do Mestrado  
Profissional em Enfermagem, da  
Faculdade de Medicina de Botucatu,  
para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem.**

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP- Botucatu  
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E  
TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Torrалbo, Fernanda Augusta Penacci.

O sistema de referência e contra-referência no atendimento ao adolescente infrator: percepção dos profissionais de saúde da fundação casa / Fernanda Augusta Penacci Torrалbo. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Assunto CAPES: 40602001

1. Serviços de enfermagem - Avaliação 2. Adolescentes infratores - Cuidados médicos 3. Sistema Único de Saúde

CDD 618.9280

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Saúde do adolescente institucionalizado; Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde

*Dedicatória*



*Agradeço a Deus pelo dom da vida e a coragem para nunca desistir diante das dificuldades impostas no caminho;*

*A meu pai Fernandes, exemplo de humildade e caráter, qualidades imprescindíveis de um ser humano;*

*A minha mãe Celina pela esperança e persistência, sem os quais não teria atingido mais uma meta na minha vida;*

*Ao meu irmão Fabio pela alegria, dom que hoje partilho junto dos que amo;*

*A minha filha Lívia Maria e meu esposo Renato, que sempre me acompanharam e agora participam da conclusão de mais uma etapa da minha vida profissional.*

*A vocês, meus familiares, dedico este trabalho.*

---

# *Agradecimentos Especiais*



*À professora Carmen Maria Casquel Monti Juliani, minha orientadora, por seu apoio, confiança, paciência e carinho, sem os quais não teria concretizado este sonho.*

---

*À Fundação CASA e aos profissionais das equipes de saúde das Unidades da Divisão Regional Sudoeste, pois sem suas contribuições, este trabalho não teria sido possível.*

---

# *Agradecimientos*



*À Assessoria de Imprensa da Fundação CASA e aos Diretores das Unidades pertencentes à Divisão Regional Sudoeste, que compreenderam a importância do estudo.*

*À Maria Eli, na época, Superintendente de Saúde da Fundação CASA, pelo apoio, incentivo e confiança no meu trabalho.*

*Ao Edson e à Rosana, que inicialmente me autorizaram a desenvolver o estudo. Ao Diretor Dario, pelo estímulo e autorização no prosseguimento dos estudos.*

*Aos colegas da Divisão Regional Sudoeste: Paula, pela disponibilização de material bibliográfico; Júnior pela disponibilidade em me orientar na área de segurança e à Viviane, pela revisão do texto, discussões e sugestões.*

*Às professoras da Faculdade de Enfermagem da UNESP: Silvia, pelo carinho, incentivo e reconhecimento dos meus esforços e à Heloisa, pela contribuição concedida no exame de qualificação.*

*À minha equipe do NASSA e à Fernanda, pela paciência e compreensão durante as minhas ausências.*

*À colega de turma Luciane, pela grande ajuda com a metodologia.*

*À colega Fernanda, pelas contribuições concedidas.*

*Às Bibliotecárias da UNESP, pela revisão das referências.*

*À Secretaria de Estado da Saúde, pela contribuição na oportunação deste trabalho.*

---

*Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, por efetivar e contribuir com nosso aperfeiçoamento profissional.*

---

# *Resumo*



## **O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE INFRATOR: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO CASA**

Enquanto Supervisora Técnica da área da saúde da Fundação CASA, o interesse pela temática surgiu em decorrência da preocupação com o direito à saúde, garantido por lei. O objetivo da pesquisa foi compreender a percepção da equipe de saúde da Fundação CASA (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) sobre o funcionamento do sistema de referência e contra referência da rede pública de saúde, quando se faz necessário o encaminhamento do adolescente. A metodologia, de caráter qualitativo, utilizou a fenomenologia. As entrevistas áudio-gravadas foram realizadas entre maio e agosto de 2007, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após as etapas de transcrição, redução e compreensão fenomenológica foram evidenciadas os temas e as categorias e. As categorias são: o acesso ao atendimento à saúde pelo SUS, a condição de ser adolescente em conflito com a lei, o direito à saúde e a organização dos serviços de saúde. Os achados mostram a importância do desenvolvimento de pactuações com os municípios, exigindo maiores responsabilidades dos serviços na formulação de políticas de saúde vinculadas ao adolescente, assim como deve ocorrer para qualquer cidadão. Isto implica, na necessidade de propostas de gestão e melhoria da organização conforme diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

**Palavras chave:** Acesso aos serviços de saúde; Saúde do adolescente institucionalizado; Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde.

---

*Abstract*



## **THE REFERRAL AND CONTRA REFERRAL SYSTEM IN THE CARE FOR JUVENILE OFFENDERS: PERCEPTION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS OF CASA FOUNDATION**

As a health care Technical Supervisor for CASA Foundation, the interest in this topic arose from the concern about the right to health care, which is warranted by law. This study aimed at understanding the perception of the health care team working for CASA Foundation (physicians, nurses and nursing auxiliaries) as regards the functioning of the referral and contra referral system of the public health care network when adolescents' referral is required. The qualitative methodology was used based on phenomenology. The audio-taped interviews were conducted from May to August, 2007 after a free and informed consent document was signed by the participants. Following the transcription, reduction and phenomenological comprehension phases, the topics and categories were shown. The categories are: access to health care through the Unified Health Care System (SUS), the condition of being an adolescent in conflict with the law, the right to health care and the organization of health care services. The findings show the importance of developing agreements among municipalities, requiring greater liability from services in the formulation of health care policies for adolescents, similarly to what should occur for any other citizen. This implies the need for management proposals and organization improvement according to guidelines and principles of the Unified Health Care System.

**Key words:** Access to Health Care Services; Institutionalized Adolescents' Health Care; Health Care Systems; Unified Health Care System.

---

# *Resumen*



## **EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE INFRACTOR: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA FUNDACIÓN CASA**

Como Supervisora Técnica del área de la salud de la Fundación CASA, el interés por el tema surgió como consecuencia de la preocupación con el derecho a la salud, garantizado por ley. El objetivo de la investigación fue comprender la percepción del equipo de salud de la Fundación CASA (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) sobre el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la red pública de salud cuando es necesario el encaminamiento del adolescente. La metodología, de carácter cualitativo, utilizó la fenomenología. Las entrevistas audiograbadas fueron realizadas entre mayo y agosto de 2007 luego de haber firmado el término de consentimiento libre y esclarecido. Tras las etapas de transcripción, reducción y comprensión fenomenológica, fueron evidenciados los temas y categorías. Las categorías son: el acceso a la atención a la salud por el SUS (Sistema Único de Salud), la condición de ser adolescente en conflicto con la ley, el derecho a la salud y la organización de los servicios de salud. Los hallazgos muestran la importancia del desarrollo de acuerdos con los municipios que exijan mayores responsabilidades de los servicios en la formulación de políticas de salud vinculadas al adolescente, así como debe ser para cualquier ciudadano. Ello implica la necesidad de propuestas de gestión y mejoría de la organización conforme a directrices y principios del Sistema Único de Salud.

**Palabras clave:** Acceso a los Servicios de Salud; Salud del Adolescente Institucionalizado; Sistemas de Salud; Sistema Único de Salud.

---

*Lista de Abreviaturas  
e Siglas*



<b>NAISA -</b>	Núcleo de Atenção Integral à Saúde do adolescente
<b>SUS -</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CASA -</b>	Centro de Atendimento Sócio educativo ao adolescente, do Estado de São Paulo.
<b>a.C -</b>	antes de Cristo
<b>ECA -</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>UI -</b>	Unidade de Internação
<b>UIP -</b>	Unidade de Internação Provisória
<b>SGD -</b>	Sistema de Garantia de Direitos
<b>SINASE -</b>	Sistema Nacional de Atendimento Sócio educativo
<b>Art -</b>	Artigo
<b>CNES -</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>DSTS -</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>HIV -</b>	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
<b>SADT -</b>	Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
<b>SMSs -</b>	Secretarias Municipais de Saúde
<b>PROSAD -</b>	Programa de Saúde do Adolescente
<b>NOBs -</b>	Normas Operacionais Básicas.
<b>SAT -</b>	Subsistema de Alta Tecnologia
<b>SAMS -</b>	Subsistema de Atenção Médica Supletiva
<b>SCCM -</b>	Subsistema Privado Contratado e Conveniado Moderno
<b>UNIMEDs -</b>	Cooperativas Médicas
<b>SSST -</b>	Subsistema Privado Contratado e Conveniado Tradicional
<b>SE -</b>	Subsistema Estatal
<b>SP -</b>	Subsistema Público
<b>CIPLAN -</b>	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
<b>ONG -</b>	Organização Não Governamental
<b>NGA -</b>	Núcleo de Gestão Assistencial
<b>UNESP -</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>RX -</b>	Raio X
<b>FEBEM -</b>	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
<b>PAB -</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PS -</b>	Pronto Socorro
<b>NOAS -</b>	Norma Operacional de Atenção à Saúde
<b>PSF -</b>	Programa de Saúde da Família

---

<b>CHETRE -</b>	Center of Health Equity training Research and Evaluation
<b>CUCA -</b>	Centro Unificado da Criança e do Adolescente
<b>UBSs -</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>VO -</b>	Via Oral
<b>VAN -</b>	Transporte
<b>ARE -</b>	Ambulatório Regional de Especialidades

# *Lista de Quadros*



Quadro 1 - Distribuição percentual dos crimes cometidos pelos adolescentes. Estado de São Paulo, 2006.....	43
Quadro 2 - Distribuição percentual dos adolescentes por faixa etária. Estado de São Paulo, 2006.....	43
Quadro 3 - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo etnia. Estado de São Paulo, 2006.....	44
Quadro 4 - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo religião. Estado de São Paulo, 2006.....	44
Quadro 5 - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo consumo de drogas. Estado de São Paulo, 2006.....	45
Quadro 6 - Mapeamento da rede de saúde para atendimento ao adolescente infrator.....	47
Quadro 7 - Matriz Nomotética.....	109

---

# *Sumário*



---

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. O interesse em desenvolver o estudo.....	2
1.2. O “ser” adolescente.....	5
1.3. Família: base para o desenvolvimento bio-psico-social do adolescente.....	8
1.3.1. A violência na família.....	10
1.4. As medidas sócio educativas e a garantia de direitos.....	13
1.5. Fundação CASA: responsável pelo atendimento das medidas sócio educativas.....	17
1.6. O direito à saúde.....	18
1.7. O Programa de Saúde do Adolescente.....	23
1.8. Dificuldades no atendimento aos adolescentes.....	25
1.9. Sistema de referência e contra referência.....	26
2.0 OBJETIVO.....	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	37
3.1 A fenomenologia como vertente metodológica.....	38
3.2 A trajetória metodológica do estudo.....	42
3.3 Caracterizando a região do estudo.....	42
3.4 Delimitando a região do inquérito.....	48
3.5 Obtendo as descrições.....	49
3.6 Analisando as descrições.....	50
4. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.....	52
4.1. ANÁLISE IDEOGRÁFICA.....	53
4.2. ANÁLISE NOMOTÉTICA.....	65
4.2.1 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS.....	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
6. REFERÊNCIAS .....	118
7. ANEXOS.....	em CD
Anexo 1 - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	em CD
Anexo 2 - Termo de Consentimento das Entrevistas.....	em CD
Anexo 3 - Protocolo da Pesquisa.....	em CD
Anexo 4 - Depoimentos na íntegra, quadros de análise ideográfica e análise ideográfica.....	em CD

---

# *1. Introdução*



### 1.1. O interesse em desenvolver o estudo

O interesse em desenvolver este estudo surgiu do fato de considerarmos o sistema de referência e contra referência um dos pontos importantes para viabilizar o atendimento a todas as pessoas que buscam o serviço público de saúde.

A presente pesquisa é direcionada à assistência à saúde do adolescente que cumpre medida sócioeducativa e seu acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, uma vez que as políticas de atenção básica são ainda centralizadas em programas destinados à criança, que não são suficientes para atender os problemas que irão surgir futuramente, na adolescência. Os programas voltados aos adolescentes, quando existem, costumam ser insuficientes para a demanda.

É necessário propor programas voltados para os adolescentes, ações de promoção à saúde, consistindo esta iniciativa em importante prática para transformação da saúde em geral.

Entretanto, parto da premissa de que uma grande meta vem sendo alcançada: os adolescentes em cumprimento de medida sócioeducativa, gradativamente estão sendo reconhecidos como “SUS dependentes”, nos diversos municípios onde estão inseridos.

Ocupo o cargo de Supervisora Técnica do Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente - NAISA, localizado na Divisão Regional Sudoeste, uma das dez regionais<sup>\*1</sup> da Fundação CASA. Esta Regional é composta por Unidades e Centros de Atendimento onde são atendidos adolescentes do sexo masculino\* que cumprem medida sócio educativa, autores

---

\*1 Atualmente a Fundação CASA possui onze Divisões Regionais.

\*Atualmente a Divisão Regional Sudoeste possui duas Unidades para atendimento de adolescentes do sexo feminino

---

de atos infracionais, também chamados de adolescentes em conflito com a lei.

Sabendo-se que compete a mim, enquanto Supervisora, colaborar na implantação, implementação e monitoramento da atenção à saúde, ampliando e fortalecendo relações com os parceiros externos e mantendo a acessibilidade no atendimento aos adolescentes nos municípios onde estão inseridos, preocupame a maneira como os serviços de saúde municipais acolhem este tipo de clientela.

Apenas para ilustrar, há algum tempo as auxiliares de enfermagem se queixaram sobre a dificuldade de agendamento de consultas psiquiátricas no município, pelo aumento da demanda e talvez pela falta de profissionais na especialidade.

Após a consciência do problema, busquei auxílio para suprir a deficiência do atendimento na especialidade, junto a dois Secretários Municipais de Saúde, pois eu já sabia que estes possuíam vagas para atendimento psiquiátrico nas Unidades Básicas de Saúde por eles coordenadas.

Atualmente, promover a saúde com equidade é um grande desafio para os gestores públicos e fiquei indignada com as respostas recebidas:

*“Não pode trazer este tipo de adolescente aqui. A população não aceita estar no mesmo lugar que eles. Ainda mais que eles vêm acompanhados pela Polícia, que está armada”.*

*“Imagine qual seria a reação das pessoas dentro do Posto de Saúde, quando estes adolescentes chegarem! Isso é motivo de preconceito. Eles chegam algemados e acompanhados pela Polícia? Imagine, a população vai armar um auê!” Não dá! Quem nos colocou aqui foi a população da cidade. E depende, porque eu tenho que falar com o assessor do prefeito e departamento jurídico para eles poderem ser atendidos aqui. A vaga tem. Só que não depende só de mim. Entendeu? Preciso conversar também com o médico, ele que decide se atende ou não”.*

---

A partir dessas respostas pode-se concluir que a sociedade estigmatiza o adolescente que cumpre medida sócioeducativa. Um processo de exclusão social, que poderia ser definido como uma grande barreira na articulação com os serviços de saúde.

Outro aspecto importante a ressaltar são as desigualdades territoriais, que influenciam o desenvolvimento das políticas de saúde, pois de acordo com a regionalização dos serviços, em cada município/região onde o adolescente está inserido, a qualidade dos serviços de saúde varia, capazes de aperfeiçoar ou não benefícios para o atendimento.

Paralelamente a isso, não poderíamos deixar de apontar o difícil relacionamento entre a área de saúde interna - os profissionais pertencentes à Fundação: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem - e os parceiros externos do SUS.

Um desafio para todos os envolvidos!

Atender um adolescente que chega ao serviço algemado, acompanhado pela escolta policial, sem local reservado para atendimento, sempre causou um impacto para os profissionais, que têm o desafio de garantir e oferecer um atendimento digno e humano a qualquer indivíduo, independente de sua condição humana.

Parte-se assim do reconhecimento desses pressupostos, bem como da relevância de se investigar o atendimento do adolescente infrator no sistema de saúde, buscando aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

O problema que me levou a esta investigação é: o atendimento ao adolescente no sistema de saúde está adequado às recomendações legais? Como os serviços e gestores estão operando a pactuação para que o atendimento

---

ocorra? Que experiência a equipe de saúde da Fundação CASA acumula a respeito do funcionamento do sistema?

Assim, a realização da presente pesquisa justifica-se pela importância de minha aproximação com essa realidade, dada a posição que ocupo como supervisora das equipes de saúde e também por existirem estudos escassos do gênero.

Para melhor elucidar a temática, apresentaremos uma revisão bibliográfica que abordará alguns tópicos: “O “ser” adolescente”. “Família: base para o desenvolvimento bio-psico-social do adolescente”. “A violência na família”. “As medidas sócioeducativas e a garantia de direitos”. “Fundação CASA: responsável pelo atendimento das medidas sócioeducativas”. “O direito à saúde”. “O Programa de Saúde do Adolescente”. “Dificuldades no atendimento aos adolescentes”. “Sistema de referência e contra-referência”.

## **1.2. O “ser” adolescente**

*“Apaixonados, irascíveis e inclinados a se deixarem levar por seus impulsos”.*

Aristóteles, 300 a.C<sup>(1)</sup>

Não poderia deixar de explicar esta fase importante para o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

A adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Segundo o paradigma biomédico, a adolescência tem sido descrita como uma fase do desenvolvimento humano, de transição entre a infância e a vida adulta, na

---

segunda década de vida, marcada pelas transformações biológicas da puberdade e maturidade biopsicossocial <sup>(2)</sup>.

Tais transformações são apresentadas como cruciais na vida dos indivíduos, o que leva a identificar a adolescência como um período “crítico”, momento de definições da “identidade” sexual, profissional, de valores e sujeito a “crises”, muitas vezes tratadas como patológicas, ou até mesmo demarcadas num quadro típico de adolescência proposto por alguns autores como uma “síndrome” da adolescência <sup>(2)</sup>.

A adolescência pode ser considerada como a época para afirmação social da identidade.

Uma vez transmitidos os valores sociais mais básicos há um tempo de suspensão entre a chegada à maturação dos corpos e a autorização de realizar os ditos valores. Essa autorização é postergada, e o tempo de suspensão é a adolescência, que não só é uma moratória mal justificada, contradizendo valores cruciais, como o ideal de autonomia. Mas para o adolescente, ela é uma sofrida privação de reconhecimento e de autonomia, misteriosamente idealizada pelos adultos. É também um tempo de transição cuja duração é misteriosa <sup>(3)</sup>.

Em nossa cultura, a passagem para a vida adulta é um verdadeiro enigma.

A adolescência é o período em que há a construção da imagem corporal definitiva e estrutura da personalidade. O período da existência em que o sujeito, o ser adolescente, pode iniciar o contato com o mundo externo, sem que aparentemente tenha que assumir as responsabilidades da vida adulta. Algumas situações indesejáveis decorrentes deste período poderão originar estilos de vida perigosos: uso de drogas ilícitas e lícitas, bebidas alcoólicas, cigarros ou

---

maconha, prática sexual desprotegida, delinqüência e atitudes anti-sociais <sup>(4-5)</sup>.

No ano de 1992 existiam 30 milhões de adolescentes no Brasil, ostentando um crescimento significativo desta população <sup>(4)</sup>.

Atualmente há no Brasil, 21,1 milhões de adolescentes, 12,4% do total da população <sup>(6)</sup>. É prevista uma população de 43,3 milhões de jovens entre 10 a 24 anos para o ano de 2020, fato que constitui um contingente significativo <sup>(7)</sup>.

A adolescência é um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento. Este processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge ao final do primeiro ano com a eclosão da genitalidade, da dentição, da linguagem, da posição do pé e da marcha; o terceiro momento aparece na adolescência, que é considerado um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e o ambiente circundante. Este quadro é com freqüência confundido com crise e estados patológicos, o que alarma o adulto e o leva a buscar soluções equivocadas, surgindo dificuldades em aceitar a maturação intelectual e sexual da criança, o que o leva a qualificar a adolescência de idade difícil, esquecendo de apontar que esta fase é difícil para ambos, filhos e pais. A prevenção de uma adolescência difícil deve ser buscada com a ajuda de trabalhadores de todos os campos de estudo do homem que investiguem para nossa sociedade atual as necessidades e os limites úteis que permitam a um adolescente desenvolver-se até um nível adulto. A adolescência é o momento mais difícil da vida do homem e necessita uma liberdade adequada, com a segurança de normas que sigam ajudando-o a adaptar-se, sem entrar em conflitos graves com o seu ambiente e a sociedade <sup>(8)</sup>.

---

O conceito de adolescência é ideológico. Em nossa sociedade, ouvimos com freqüência a expressão “menor”. Menor é aquela pessoa com menos de 18 anos, sem maioridade civil? Ou o menor é a criança de rua, pobre, tida como perigosa, agressiva? Ou ainda, menor é uma pessoa na faixa dos 5 aos 10 anos<sup>(9)</sup>?

Subjacente à expressão “menor” está, na verdade, uma criança.

O que chama de ideológico: nossos filhos ou parentes são crianças, os filhos dos pobres ou abandonados são “menores”. Aparentemente ao nos referirmos à adolescência, esta conotação ideológica não aparece de imediato. Será que ela inexistente? Se da criança pobre a sociedade retira a faixa da infância, qual a idade da adolescência<sup>(9)</sup>?

### **1.3. Família: base para o desenvolvimento bio-psico-social do adolescente**

Não poderia deixar de mencionar a família, pois, conforme considerado por vários autores, o adolescente, por não possuir uma estrutura familiar definida, pode desviar-se da conduta moral e social perante a sociedade, tornando-se suscetível à criminalidade.

A família é considerada a base sólida da formação da personalidade dos adolescentes e a prevalência significativa da violência intrafamiliar constitui sério problema, grave obstáculo para o desenvolvimento social e cultural.

A família precisa ser apreendida em sua historicidade e permanente transformação, envolvendo finalidades, estruturas, conformações e significados diversos, bem como compromissos mútuos, interações, desempenho de papéis, transmissão de cultura, hábitos, valores e modos de vida<sup>(10)</sup>.

---

A identidade da criança é formada principalmente na relação com sua família. Se esta for conceituada negativamente, a criança assimilará para si parte dessa identidade negativa<sup>(11)</sup>.

A família é um sistema dinâmico e auto-organizador. Define fronteiras, normas de funcionamento e estabelecimento de papéis. A cada modificação individual das condições externas ou internas corresponde um reajuste de papéis. A diversificação de laços e referências em contínua relação com o mundo familiar trará aos adolescentes a possibilidade de construir sua autonomia<sup>(12)</sup>.

Muitas das dificuldades por que passam os adolescentes e que muitas vezes requerem a intervenção rápida servem para enfatizar a vital importância do ambiente e da família<sup>(13)</sup>.

A família é o núcleo primário de proteção, afeto e socialização da criança e do adolescente, sendo parte de uma rede múltipla e complexa que evoca aspectos históricos, culturais, legais e emocionais. Às famílias de baixa renda somam-se ainda fatores que influenciam a dinâmica familiar, como, por exemplo, a passagem abrupta da infância à idade adulta, evasão das escolas, inserção precoce no mundo do trabalho, exploração do trabalho infantil, ausência de perspectivas profissionais e projetos para o futuro, falta de oportunidade e tempo para se dedicar ao lazer. Estas são situações que causam fortes frustrações nos jovens, que buscam na família condições para canalizá-las e expressá-las de forma saudável<sup>(14)</sup>.

A família é apontada como uma influência nos distúrbios, transtornos e problemas de comportamento do adolescente. Justifica-se a influência no seu desenvolvimento, de problemas decorrentes do nível de escolaridade dos pais, problemas de saúde, nichos sociais, causas genéticas e

---

culturais, bem como da política do país <sup>(7)</sup>.

Os adolescentes começam a praticar atos infracionais por influência dos amigos, pela condição sócio econômica, pela violência doméstica e pelo aliciamento feito pela família <sup>(15)</sup>.

Dessa forma, acredita-se na importância relativa do ambiente em que vive o adolescente: família e o grupo de convívio rotineiro - amigos, namorada e de sua relação direta com a formação da personalidade do mesmo e suscetibilidade em cometer atos infracionais e iniciar o uso de drogas.

### **1.3.1. A violência na família**

A violência intrafamiliar é definida como toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, ameaça contra uma pessoa, grupo ou comunidade que resulta ou tem grande potencial para resultar em ferimento, morte, problemas de desenvolvimento ou privação. A Organização Mundial de Saúde considera a violência um dos principais problemas de saúde pública mundial <sup>(16)</sup>.

A violência tem sido uma constante na vida atual moderna, expressa pelo alto índice de criminalidade, especialmente entre os adolescentes, que na maioria são autores de ato infracional, provindos de cenários familiares inadequados e traumatizantes. O individualismo desta sociedade moderna provoca transformações culturais e econômicas, gerando conflitos, exacerbados pela própria banalização das situações de violência, pela desigualdade social, econômica e cultural, pela prática de atividades ilícitas e pela cultura de consumo <sup>(17)</sup>.

---

A violência está associada à forma como a sociedade se organiza, distribui os seus bens e serviços e constrói seus valores e normas. Ela tem raízes profundas nas estruturas culturais, sociais, econômicas e políticas <sup>(18)</sup>.

A violência doméstica na adolescência é também muito elevada. Os adolescentes sofrem violência por parte de um ou de ambos os pais.

A criança que sofre violência reage da mesma forma e provavelmente será um agente replicador dentro da sociedade. É um fenômeno que transforma os filhos da violência em reprodutores e vítimas da mesma na sociedade <sup>(19)</sup>.

O abuso sexual na infância ou na adolescência significa a participação em atividades sexuais que não são apropriadas à idade e ao seu desenvolvimento psicosssexual. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar de relação sexual sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo <sup>(15)</sup>.

Os fatores de risco de violência na família são <sup>(16)</sup>:

- Famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero sociais ou sexuais, atribuídos a seus membros;
  - Famílias cujas relações são centradas em papéis e funções rigidamente definidos;
  - Famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre os seus membros;
  - Famílias com tensão permanente, que se manifesta através da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade.
-

Os fatores de risco de violência relacionados à criança que mais tarde passará para a fase da adolescência são <sup>(16)</sup>:

- Pais com histórico de maus tratos, abuso sexual ou rejeição/abandono na infância;
  - Gravidez de pais adolescentes sem suporte psicossocial;
  - Gravidez negada ou gravidez de risco;
  - Depressão na gravidez;
  - Falta de acompanhamento pré-natal;
  - Pai/mãe com múltiplos parceiros;
  - Expectativas demasiadamente altas em relação à criança;
  - Ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pais/mães/filhos;
  - Delegação à criança de tarefas domésticas ou parentais;
  - Capacidade limitada em lidar com situações de estresse (perda fácil do autocontrole);
  - Estilo disciplinar rigoroso;
  - Pais possessivos e/ou ciumentos em relação aos filhos;
  - Crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade;
  - Crianças nascidas com má formação congênita ou doenças crônicas (retardo mental, anormalidades físicas, hiperatividade);
  - Crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida.
-

Acredita-se que estes fatores de risco possuem relação direta na formação da personalidade do adolescente, uma vez que ele certamente sofre influências do ambiente familiar. A partir de vivências compartilhadas com o seu grupo de convívio e rede de relações que permeiam sua existência, ele constrói, destrói e reconstrói a sua vida.

Conforme dados apresentados no ano de dois mil e seis pela Fundação CASA, 43% dos adolescentes possuíam alguém da família cumprindo pena e 52% conviviam com parente - mais indicado foi o pai - que abusava do consumo de álcool <sup>(20)</sup>.

#### **1.4. As medidas sócioeducativas e a garantia de direitos**

Não se deve utilizar o termo delinqüente, no caso do adolescente que cometeu ato infracional, e sim o termo anti-social, que pode ser encontrado num indivíduo normal ou num indivíduo neurótico ou psicótico. O comportamento anti-social será manifesto no lar ou numa esfera mais ampla. A manifestação da tendência anti-social inclui roubo, mentira, incontinência e de modo geral, uma conduta desordenada, caótica <sup>(21)</sup>.

De acordo com a gravidade da infração cometida pelo adolescente, o poder judiciário é quem determinará a medida sócioeducativa que ele deverá cumprir.

Em nosso país incorporou-se a Doutrina de Proteção, ou seja, apesar de ser autor de ato infracional, o adolescente possui condição especial de pessoa em desenvolvimento, cabendo-lhe prioritariamente receber a educação e a saúde.

---

O Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, instituído pela Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, contrapõe-se historicamente a um passado de controle e de exclusão social sustentado na Doutrina da Proteção Integral. O Estatuto da Criança e do Adolescente expressa direitos da população infanto-juvenil brasileira, pois afirma o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoas em desenvolvimento, o valor prospectivo da infância e adolescência como portadoras de continuidade do seu povo e o reconhecimento da sua situação de vulnerabilidade, o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, devendo este atuar mediante políticas públicas e sociais na promoção e defesa de seus direitos. A adoção dessa doutrina acarretou mudanças de referenciais e paradigmas com reflexos inclusive no trato da questão infracional, optando pela inclusão do adolescente em conflito com a lei, contribuindo para sua efetiva cidadania <sup>(22)</sup>.

Ao enumerar direitos, estabelecer princípios e diretrizes da política de atendimento, definir competências e atribuições gerais e dispor sobre os procedimentos judiciais que envolvem crianças e adolescentes, a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente instalaram um sistema de “proteção geral de direitos” de crianças e adolescentes cujo intuito é a efetiva implementação da Doutrina de Proteção Integral, denominado Sistema de Garantia de Direitos - SGD. No interior do SGD há um subsistema com nome de Sistema Nacional de Atendimento Sócioeducativo - SINASE, que é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução da medida sócioeducativa. Este sistema nacional inclui

---

os sistemas estaduais, distritais e municipais, bem como todas as políticas, planos e programas específicos de atenção a esse público. O SINASE constitui-se de uma política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei que se correlaciona e demanda iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais <sup>(22)</sup>.

Dentre vários princípios que regem o atendimento ao adolescente destaca-se o direito de ser atendido pela rede de assistência do SUS e ser incorporado às políticas públicas de atenção a este tipo de clientela.

A superação do mito da periculosidade do adolescente autor de ato infracional no ideário brasileiro, de outra sorte, desvia a atenção da problemática social para o comportamento do indivíduo, remetendo a ele toda a responsabilidade pelo seu ato, reforçando o processo de exclusão social ao qual ele já estava submetido antes de cometer infração <sup>(23)</sup>.

As medidas sócioeducativas têm por objetivo principal reajustarem a postura e conduta do adolescente autor de ato infracional frente à sociedade <sup>(24)</sup>.

Conforme estudo realizado na Fundação CASA, durante o ano de dois mil e seis, 69% dos adolescentes que cumpriam medida sócioeducativa foram classificados como primários e 29% como reincidentes <sup>(20)</sup>.

O termo primário refere-se ao adolescente que cometeu ato infracional pela primeira vez. Reincidente, quando cometeu ato infracional por mais de uma vez.

A medida sócioeducativa tem como finalidade a reintegração do adolescente à sociedade, dando cumprimento à legislação.

Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas: advertência, obrigação de

---

reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional <sup>(25)</sup>.

Como a presente pesquisa foi realizada em Unidades e Centros de Atendimento cujas medidas aplicadas são de Internação e Internação Provisória, considero importante uma explicação acerca das mesmas.

Conforme dispõe o artigo 108 do ECA, a medida de Internação Provisória é um programa destinado ao atendimento de adolescentes a quem se imputa o ato infracional, antes de ser proferida a sentença. Trata-se de privação da liberdade, determinada pelo juiz, antes da comprovação da autoria do ato infracional. O adolescente será encaminhado para uma Unidade de Internação Provisória - UIP. O prazo máximo para este tipo de medida é de quarenta e cinco dias, não podendo exceder este período <sup>(25)</sup>.

Ao longo do processo, caso seja confirmada a prática de ato infracional e a necessidade de responsabilização do adolescente, o juiz poderá aplicar outra medida sócioeducativa, a de Internação - a mais rigorosa. O adolescente será encaminhado para uma Unidade de Internação - UI, sendo que o prazo máximo para este tipo de medida é de até três anos.

O Centro de Atendimento Sócioeducativo ao Adolescente - CASA, é um novo modelo de Unidade da Fundação, que poderá receber adolescente em cumprimento de medida sócioeducativa de internação ou internação provisória, ou com os dois tipos de medida, em espaços físicos diferentes dentro da mesma unidade.

Apesar de não comportar prazo determinado, a Internação não poderá ultrapassar o prazo de três anos, devendo ser reavaliada periodicamente conforme determinação do juiz, ao qual são enviados relatórios a respeito da evolução do adolescente na Unidade onde está cumprindo a medida.

---

A medida de Internação é uma medida excepcional, que consiste na privação do direito de liberdade prevista nos artigos 112, inciso IV e artigo 121 do ECA, assegurando o exercício dos demais direitos e garantias previstos na Constituição da República e, especialmente, pela proteção integral em virtude da sua condição de pessoa em desenvolvimento <sup>(25)</sup>.

Para determinar em que Unidade o adolescente cumprirá a medida sócioeducativa são levados em consideração o ato infracional praticado, a idade e o local mais próximo da família, a fim de preservar a relação com o núcleo familiar e a comunidade a que ele pertence.

#### **1.5. Fundação CASA: responsável pelo atendimento das medidas sócioeducativas**

No Estado de São Paulo, várias Unidades de Internação, Unidades de Internação Provisória e Centros de Atendimento Sócioeducativos ao Adolescente, da Fundação CASA são responsáveis pela execução das medidas sócioeducativas aos adolescentes que praticaram ato infracional.

A Fundação CASA foi criada pela Lei Estadual Nº 185, de 12 de dezembro de 1974, com as modificações decorrentes da Lei Estadual nº 985, de 26 de abril de 1976, do Decreto Nº. 877, de 13 de outubro de 1976, da Lei Estadual nº 2.793, de 15 de abril de 1981 e do Decreto nº 23.981 de 20 de setembro de 1985. Está vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, tem como objetivo primordial aplicar, no Estado, as diretrizes e as normas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, promovendo estudos e planejando soluções direcionadas ao atendimento de adolescentes autores de ato infracional <sup>(23)</sup>.

---

As diretrizes da Fundação CASA, para atendimento aos adolescentes que cumprem medida sócioeducativa são:

- Cumprir as decisões da Vara da Infância e Juventude;
- Elaborar, desenvolver e conduzir programas de atendimento integral, que incluem a profissionalização e a reintegração social do adolescente;
- Selecionar e preparar pessoal técnico necessário à execução de seus programas e objetivos aprimorando sua capacidade profissional, mantendo para isso, a formação continuada;
- Participar de programas comunitários e estimular a comunidade no sentido de obter a sua indispensável colaboração para o desenvolvimento de programas de reintegração social, cultural, educacional e profissional dos adolescentes;
- Manter intercâmbio com entidades públicas e privadas que se dediquem às atividades sócio-educativas celebrando convênios e contratos;
- Propiciar assessoria técnica aos municípios para implantar obras ou serviços destinados à efetivação das medidas sócio educativas<sup>(23)</sup>.

## **1.6. O direito à saúde**

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Art. 196 da Constituição Federal<sup>(26)</sup>

---

O adolescente que cumpre medida sócioeducativa, embora em muitas circunstâncias estigmatizado pela sociedade, que muitas vezes não o considera como um indivíduo “normal”, possui direitos iguais aos outros usuários do sistema de saúde, gozando de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, inclusive o atendimento à saúde, que não é compreendida apenas como ausência da doença, mas como o bem estar geral do indivíduo e qualidade de vida.

O Art. 227 da Constituição Federal<sup>(25)</sup> estabelece que:

*“É dever da família, da sociedade e do estado em assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde ...”.*

O Ministro de Estado da Saúde, o Secretário Especial dos Direitos Humanos e a Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, aprovaram na data de quatorze de julho do ano de dois mil e quatro, a Portaria Interministerial Nº 1.426, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória<sup>(27)</sup>.

Entre os objetivos estão: a implantação de estratégias de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, por meio do sistema de referência e contra-referência, assim como para um cidadão comum. Durante o período em que o adolescente estiver sob a tutela do Estado deverão ser garantidos e respeitados diversos direitos previstos no ECA.

A Secretaria Estadual da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde e a Secretaria Gestora do Sistema Sócio Educativo deverão desenvolver um conjunto de procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação

---

provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais <sup>(27)</sup>.

Para garantir uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, é recomendável que a equipe prevista seja de caráter multiprofissional, composta por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, sendo que a composição e a carga horária da equipe são determinadas perante a dinâmica do atendimento. Os profissionais de saúde vinculados às Unidades de Internação serão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, pela Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde. As referências para atendimento dos adolescentes serão negociadas e pactuadas entre os municípios e estados. Caberá à Unidade de atendimento ao adolescente <sup>(27)</sup>:

- A implantação de ações de prevenção e cuidados específicos, com prioridade para o desenvolvimento integral da adolescência, em particular a saúde mental, a atenção a agravos psicossociais, a atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, sob a perspectiva da redução de danos, saúde sexual e saúde reprodutiva, a atenção às DSTs/HIV e às Hepatites e a atenção aos adolescentes com deficiências;

- A implementação de medidas de proteção específica, como a distribuição de preservativos e a vacinação contra a Hepatite, Influenza, Tétano, Rubéola e outras doenças de acordo com as padronizações da Secretaria de Vigilância em Saúde;

- A educação permanente, tanto das equipes de saúde e dos profissionais da Unidade, quanto dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população;

---

- Garantir a inclusão nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, de dados e indicadores de saúde dos adolescentes;
- Estabelecer referências para complementação do diagnóstico - SADT, de atendimento das especialidades e das urgências com as SMSs;
- Combater as carências nutricionais, infecções intestinais e outras patologias preveníveis por fatores ambientais;
- Promover ações de educação e tratamento em saúde bucal;
- Implantar ações de saúde mental objetivando diminuir a vulnerabilidade dos adolescentes para desenvolvimento de transtornos mentais, promovendo encaminhamentos necessários;
- Fortalecer a rede social de apoio ao adolescente.

O Ministério da Saúde também possui competências para o desenvolvimento das ações em saúde do adolescente em conflito com a lei.

Segundo a referida Portaria, entre as competências estão <sup>(27)</sup>:

- Co-financiar a atenção da população adolescente em regime de Internação e Internação Provisória;
  - Prestar assessoria técnica aos Estados no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
  - Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual;
  - Elaborar e disponibilizar protocolos assistenciais a serem implementados pelas Unidades do sistema sócioeducativo e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
  - Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas Unidades do sistema sócioeducativo;
-

- Elaborar as diretrizes da educação permanente para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde, a ser operacionalizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

- Apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde na definição dos serviços e na organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e de alta complexidade.-

Às Secretarias Estaduais de Saúde compete<sup>(27)</sup>:

- Elaborar o Plano Operativo Estadual em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, conforme sua condição de gestão;

- Co-financiar as ações de atenção à saúde da população adolescente;

- Adequar o espaço físico para o estabelecimento de saúde e adquirir equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento;

- Garantir as condições para a execução das ações de atenção à saúde em todas as Unidades;

- Garantir a manutenção dos Recursos Humanos de saúde existentes.

Às Secretarias Municipais de Saúde compete<sup>(27)</sup>:

- Participar do Plano Operativo Estadual;
- Participar do financiamento das ações e serviços prestados nestas Normas;

- Contratar e controlar os serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população adolescente em regime de Internação e Internação Provisória;

---

- Capacitar as equipes de saúde das Unidades de Internação e Internação Provisória;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- Participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas Unidades próprias de medidas sócioeducativas e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
- Cadastrar os adolescentes no Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS.

Nesse sentido, diante de todas as competências descritas inerentes a cada esfera governamental, ressalta-se que as instituições de saúde devem propiciar o acesso ao atendimento dos adolescentes. Um dos desafios para as equipes de saúde que prestam atendimento nas Unidades é a interação e a busca por parcerias com estas instituições a fim de se obter a efetividade da atenção.

### **1.7. O Programa de Saúde do Adolescente**

Seria importante se nos municípios existisse um programa de saúde voltado para atendimento aos adolescentes. Alguns municípios tentam implantá-lo, pois isto se constitui num desafio inadiável para a sociedade, que deve assegurar aos seus membros um futuro sadio. Além disso, seria uma oportunidade para que, através do programa, fossem desenvolvidas estratégias para suprir a complexidade da demanda, para conhecê-lo e entendê-lo melhor em suas necessidades de saúde.

---

Levando-se em consideração as peculiaridades e complexidades próprias desta fase verifica-se um despreparo dos serviços, falta de espaço e suporte de profissionais, no desenvolvimento de atividades.

Um Programa de Saúde para o adolescente deve desenvolver ações integradas no sistema de referência e contra-referência, de prevenção primária, secundária e terciária <sup>(28)</sup>.

O Projeto de Lei Nº 79, de 2002, por meio da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, criou o Programa de Saúde do Adolescente na rede pública de saúde do Estado de São Paulo, cujos objetivos são <sup>(29)</sup>:

- Desenvolver ações fundamentais na prevenção contínua: primária, secundária e terciária, com ênfase à prevenção primordial;
- Assistir às necessidades globais de saúde da população adolescente, a nível físico, psicológico e social;
- Estimular os adolescentes nas práticas educativas e participativas, como fator de um desenvolvimento de seu potencial criador e crítico;
- Estimular o envolvimento do adolescente e dos seus familiares, da comunidade em geral, nas ações a serem implantadas e implementadas.

Este Programa requer uma equipe mínima multiprofissional para atendimento primário: um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo.

No Rio de Janeiro, um programa voltado para a saúde do adolescente é o Programa de Saúde do Adolescentes - PROSAD.

---

O PROSAD foi criado no ano de 1989 e implantado no ano de 1992. Enfrenta vários desafios, entre eles: adequar os serviços de saúde para favorecer a captação e adesão dos adolescentes, priorizando a promoção da saúde, e resguardar o enfoque de saúde integral <sup>(30)</sup>.

### **1.8. Dificuldades no atendimento aos adolescentes**

Um dos desafios ao se lidar com adolescentes é a grande irregularidade e instabilidade de suas condutas.

Durante o atendimento estarão surgindo comportamentos e expressões próprios da adolescência, os quais representam conflitos e fatores emocionais que mobilizam o profissional de saúde, além de exigir recursos específicos. Alguns exemplos <sup>(16)</sup>:

- Mudanças repentinas, cujas causas não são facilmente compreensíveis ou previsíveis;
- Racionalização ou intelectualização usada como mecanismo de defesa, característica típica desta fase, e que lhe serve de proteção contra os perigos internos e externos;
- Urgências e necessidades imediatas do adolescente - vive o presente - e seu discurso, que costuma basear-se nos acontecimentos imediatos;
- Atitudes de questionamento frente às normas pré-estabelecidas, próprias da construção da identidade;
- Transformações físicas e psíquicas.

Diante destas especificidades, próprias desta fase da vida, como abordar o adolescente favorecendo o diálogo e uma relação de confiança?

---

Para sanar este questionamento, algumas posturas do profissional de saúde poderão ser úteis. Criar um clima de confiança, buscar a empatia, desempenhar sempre um papel ativo, demonstrar respeito, aceitar e compreender inseguranças são itens imprescindíveis ao profissional, pois o adolescente procura alguém que possa sanar suas dúvidas e desvendar as inseguranças e mistérios próprios desta fase da vida.

### **1.9. Sistema de referência e contra-referência**

Antes do advento do Sistema Único de Saúde - SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, a vacinação) realizadas em caráter universal, e à assistência médica hospitalar para poucas doenças; servia os indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, com o qual os trabalhadores com carteira de trabalho contribuía<sup>(31)</sup>.

A Lei Orgânica da Saúde - Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fundou o Sistema Único de Saúde - SUS.

Um dos principais avanços de sua implantação, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais. As normas operacionais do SUS- NOBs 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96- apresentam um importante instrumento para regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a

---

transferência de responsabilidade e recursos para estados e municípios. Por outro lado, o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde. Em relação à gestão, diversos estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção <sup>(32)</sup>.

A Lei Nº 8.080 impõe que os serviços públicos de saúde deverão ser desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios: universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da integridade física e moral das pessoas, igualdade da assistência, direito à informação, descentralização político administrativa com direção única, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e que a organização dos serviços evite a duplicidade de ações para fins idênticos <sup>(33-34)</sup>.

A integralidade significa oferecer todos os tipos de serviço, próprios da área de saúde, que sirvam à promoção, proteção e recuperação da saúde e que a cobertura de toda esta gama de ações requer uma organização que otimize recursos disponíveis <sup>(34)</sup>.

O princípio da integralidade do SUS, refere-se à garantia de acesso, do indivíduo, aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à idéia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são

---

mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender os problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois nesse nível trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade <sup>(35)</sup>.

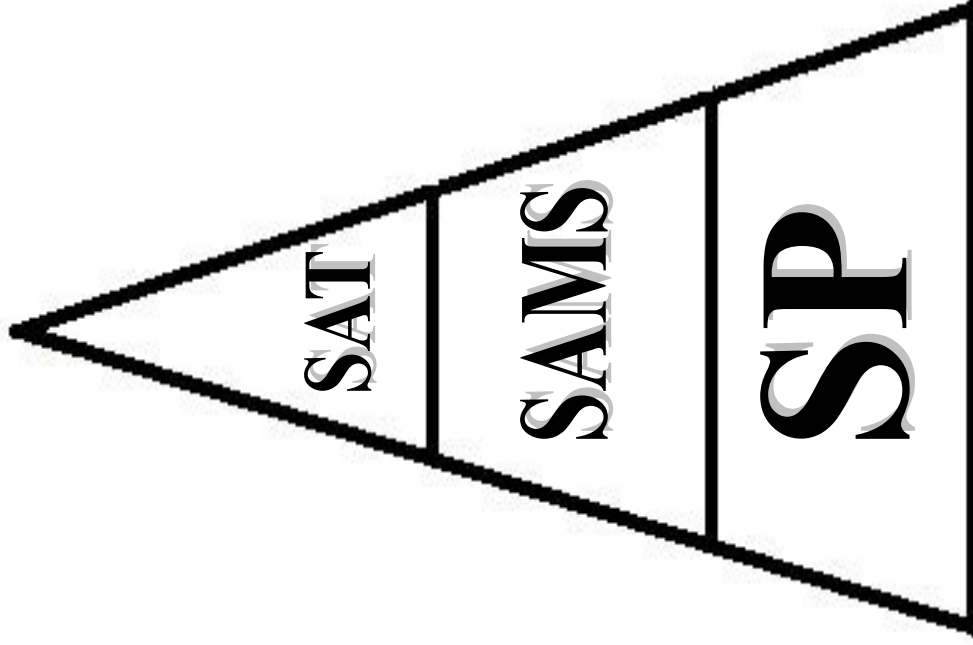
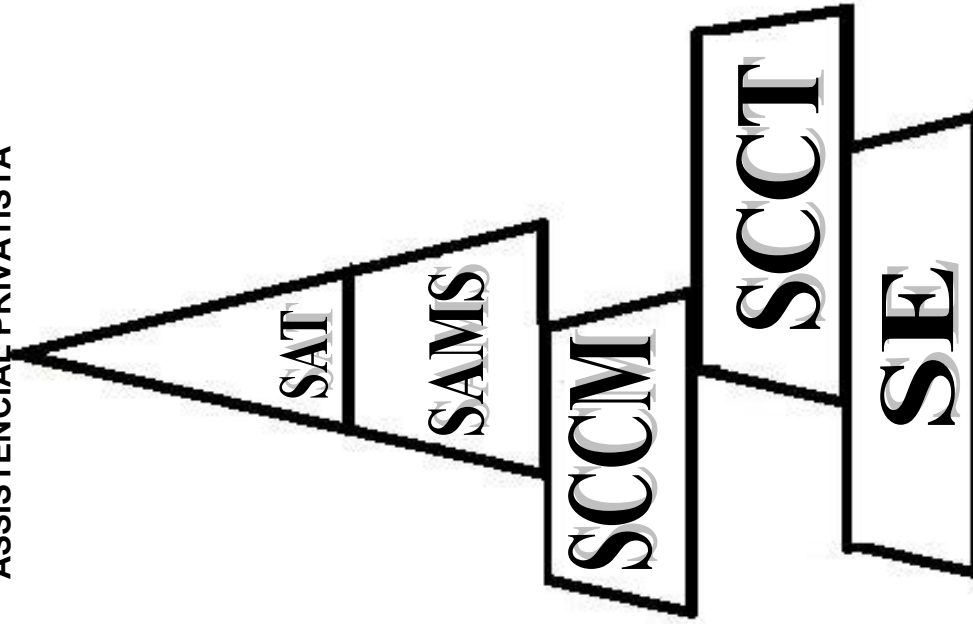
Decorrente de uma profunda crise do Estado determinados em grande parte por efeitos inesperados das políticas públicas, houve uma mudança qualitativa do sistema de saúde no Brasil, com a substituição do modelo médico assistencial privatista pelo projeto neoliberal da saúde. Conforme demonstrado na figura abaixo, há uma mudança de configuração do modelo médico hegemônico que se reduz de quatro (modelo médico assistencial privatista) para três (neoliberal) subsistemas, com a ruptura do subsistema privado contratado e conveniado através da incorporação de seu segmento moderno, ao subsistema de atenção médica supletiva e, de seu segmento tradicional, ao subsistema público. As opções de políticas sociais dos neoliberais - privatização, descentralização e focalização - estão presentes nas políticas de saúde dos anos 80 e justificam, por consequência, a caracterização de um projeto neoliberal composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema público, com distintas modalidades assistenciais. O subsistema de alta tecnologia - SAT compõe-se de ações médicas mais complexas. O subsistema de atenção médica supletiva - SAMS, no modelo médico assistencial privatista, é ofertado a grupos privilegiados, tendo como objeto as doenças e suas seqüelas. O subsistema privado contratado e conveniado moderno - SCCM é o seguro saúde que é pago pelo assegurado e por

---

terceiros. O subsistema privado contratado e conveniado moderno - SCCM está constituído pelas cooperativas médicas representadas, basicamente, pelas UNIMED's, onde os cooperados dividem o lucro sobre os serviços prestados. No subsistema privado contratado e conveniado tradicional - SSST, a empresa contratante paga a uma terceira empresa, a administradora dos planos, sendo sua participação pouco relevante. O subsistema estatal - SE é o plano de administração, utilizada por grandes empresas que ofertavam planos de saúde aos seus funcionários. Por fim, o subsistema público - SP, ao qual compete atender a grande maioria da população brasileira, compondo-se dos serviços estatais prestados diretamente pela União, estados e municípios e dos privados que, de alguma forma estão pactuados com o Estado, recebendo recursos públicos pela prestação de serviços<sup>(36)</sup>.

---

## PROJETO NEOLIBERAL

MODELO MÉDICO  
ASSISTENCIAL PRIVATISTA

**SAT:** Subsistema de Alta Tecnologia; **SAMS:** Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva;  
**SCCM:** Subsistema Privado Contratado e Conveniado Moderno; **SCCT:** Subsistema Privado Contratado e Conveniado Tradicional;  
**SE:** Subsistema Estatal; **SP:** Subsistema Público.

---

O modelo técnico-assistencial tem como base um conjunto de Unidades de Saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura, com a missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do SUS. Os serviços ambulatoriais são constituídos pelas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como hospitais distritais. Os serviços hospitalares de maior complexidade, composto pelos hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual, ou até mesmo, nacional. Com isso, haveria uma racionalização do atendimento, a implantação de um fluxo ordenado de pacientes por meio dos mecanismos de referência e contra referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados <sup>(37)</sup>.

Os níveis de complexidade são baseados na Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN Nº 03/81, utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação dos serviços de saúde, segundo a diversificação de atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem. Desta forma temos: o nível primário, caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico; o nível secundário, que se destina a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria, clínica cirúrgica e especialidades

---

estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação; e o nível terciário, caracterizando-se pela maior capacidade resolutive dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência. O sistema de referência e contra-referência constitui a articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que se compreende por referência o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para menor complexidade. Para sua operacionalização, é necessário que haja definição clara das atividades a serem desenvolvidas em cada nível, segundo o grau de complexidade dos atos <sup>(34)</sup>.

O SUS pode ser visto como um dispositivo institucional criado pelo governo para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário nos termos da *Constituição*. Ele foi concebido como abarcando todas as ações e serviços públicos de saúde (assim como alguns serviços privados). Estes deveriam estar organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada. A noção de hierarquização pressupõe o estabelecimento de certos níveis de atenção (chamemos assim). Para delimitar esses níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde. É desses níveis de atenção que falamos quando defendemos que todos os brasileiros devem ter assegurado seu acesso a todos os níveis <sup>(38)</sup>.

Em contrapartida ao exposto citado anteriormente, atualmente se encontram mudanças significativas para execução do SUS: as suas diretrizes operacionais.

---

Na perspectiva de superar as dificuldades, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do “Pacto pela Saúde 2006”, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS <sup>(39)</sup>.

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, que deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade ao acesso, equidade e integralidade do cuidado. O corte no nível assistencial para delimitação de uma região de saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolubilidade, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Para atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões devem pactuar entre si, arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macro região <sup>(39)</sup>.

O planejamento regional deverá expressar as responsabilidades de cada coordenador da área da saúde nos municípios. Cada gestor possui um conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade.

Não acredita-se na geração espontânea da consciência sanitária, a qual é definida como uma diretriz que objetiva ampliar a autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, reforçando a sua condição de sujeitos

---

sociais, capazes de se auto cuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades <sup>(40)</sup>.

Diante de todo o exposto, acreditamos que uma investigação da atenção que vem sendo prestada ao adolescente que cumpre medida sócioeducativa de internação e internação provisória, analisada a partir do sistema de referência e contra-referência, baseando-se na experiência dos profissionais que o atende nas Unidades e nos Centros de Atendimento Sócioeducativos -CASAs, possa contribuir com a melhoria da assistência prestada a partir dos serviços de saúde nos municípios onde os adolescentes estão inseridos, bem como para uma maior compreensão dessa problemática.

---

## 2. *Objetivo*



O objetivo da pesquisa foi compreender a percepção da equipe de saúde da Fundação CASA (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que presta assistência à saúde do adolescente que cumpre medida sócioeducativa, na região sudoeste do Estado de São Paulo, sobre o funcionamento do sistema de referência e contra-referência da rede pública de saúde, nos três níveis de complexidade, quando se faz necessário o encaminhamento do adolescente.

---

### *3. Referencial Teórico- Metodológico*



### **3.1. A fenomenologia como vertente metodológica**

Para o desenvolvimento do presente estudo, optei em utilizar a metodologia qualitativa, por meio da qual se constrói o conhecimento a partir da experiência de sujeitos que, no dia a dia, vivenciam o fenômeno em estudo.

Ao cursar o mestrado, tive a oportunidade de estudar a modalidade de pesquisa qualitativa, durante a disciplina de Abordagens Qualitativas em Pesquisa. Esta oportunidade permitiu-me o aprofundamento neste referencial.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam, conformando-se ao estudo de grupos focalizados, considerando a história social segundo a ótica dos sujeitos <sup>(41)</sup>.

O interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Esse método propicia uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano <sup>(42)</sup>.

A escolha pelo método qualitativo deu-se, também, pelo fato de que por meio do conhecimento e das experiências dos sujeitos em estudo será possível a compreensão do sistema de saúde onde os adolescentes estão inseridos.

---

---

O entendimento da realidade constitui-se de princípios básicos, apresentados a seguir <sup>(41)</sup>:

O primeiro, “os axiomas da intuição”, fundamenta-se no fato de que as intuições são quantidades extensivas no tempo e no espaço e só podem ser apreendidas pela composição de homogêneos múltiplos e pela consciência da unidade sintética deste múltiplo.

O segundo princípio diz respeito à existência de uma quantidade intensiva, que ocorre como um grau de percepção dos fenômenos. O sujeito é afetado e experimenta existencialmente o fenômeno que vivencia: isso constitui uma unidade do sistema de entendimento. As percepções e as sensações são verdades reconhecidas apenas posteriormente.

Dentre as várias modalidades de pesquisa qualitativa, optei por trabalhar com a fenomenologia, que é considerada, dentro das Ciências Sociais, a *Sociologia da Vida Cotidiana*. Embora em sua elaboração existam influências weberianas é na filosofia de Husserl que busca fundamentação metodológica <sup>(41)</sup>.

A fenomenologia procura tornar visível o que está oculto para que possa se mostrar na sua clareza e na iluminação sem a qual se torna inviável qualquer transfazer, ou seja, superar um simples fazer, é um recriar interminável e sempre inacabado, pois o ser humano é sempre um ser de possibilidades <sup>(43)</sup>.

A fenomenologia tem como foco de interesse, o homem, a compreensão do seu ser e o cuidado para com a sua possibilidade de ser-com-os-outros e ser-plenamente-humano. <sup>(44)</sup>.

Husserl, nascido em 1859, é considerado o “pai da fenomenologia contemporânea”. A fenomenologia não foi “fundada”, mas surgiu e cresceu, tendo suas origens no pensamento de Edmund Husserl, que já no século XX constituiu

---

---

uma análise fenomenológica, onde explorava os atos humanos na sua estrutura essencial em oposição às investigações simplesmente empíricas, modificação factual, estudada pela psicologia. Ao enfatizar o retorno às coisas mesmas, Merleau-Ponty esclarece que não se trata de uma volta ao pretendido caráter absoluto das teorias empíricas, ao objeto da ciência como fonte de conhecimento <sup>(43)</sup>.

Para Husserl, a fenomenologia é o caminho (método) que tem por meta a constituição da ciência da essência do conhecimento ou doutrina universal das essências <sup>(45)</sup>. A essência que se procura nas manifestações do fenômeno nunca é totalmente apreendida, mas a trajetória da procura possibilita compreensões.

O termo “essência” pode ser entendido em oposição à “aparência”. A busca dessa “essência”, incansável, inicia-se ao interrogarmos suas manifestações aparentes e, nessa busca, compreensões são possíveis. Na filosofia contemporânea, a essência não define nem revela a natureza do homem. Para Heidegger, a essência do ser consiste de sua existência, daí buscamos suas manifestações mundanas, que são-no-mundo <sup>(46)</sup>.

Com o fenômeno em suspensão e tendo tematizado o que dele se procura compreender e interpretar, o objetivo será o de buscar sua essência ou estrutura fenomenológica, que se manifesta nas descrições ou discursos dos sujeitos. A descrição pressupõe uma audiência que não conhece o descrito, mesmo quando já existe entre o pesquisador e o pesquisado uma primeira aproximação, pois é sempre certa a impossibilidade de comunicação plena da experiência subjetiva <sup>(46)</sup>.

---

Segundo Husserl, a chamada *redução fenomenológica* proporciona o acesso ao “*modo de consideração transcendental*”, ou seja, o “*retorno à consciência*”. Assim, por meio da redução, os objetos se revelam na sua constituição. Retornando à “*consciência*”, os objetos aparecem na sua constituição como correlatos da consciência. O retorno, portanto, permite “*dissolver o ser na consciência*”, isto é, permite que o ser (ou ente, ou melhor, o “*ser do ente*”) se torne “*consciência*”<sup>(45)</sup>.

Transcritas as descrições, o pesquisador procura por unidades de significado, o que faz após várias leituras de cada uma das descrições. As unidades de significado são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos aos quais a descrição pode levá-lo. As unidades de significado são, depois de selecionadas, transcritas para a linguagem do pesquisador, num discurso mais próprio. Articulando as compreensões que resultaram desta seleção das unidades de significado e das próprias unidades, o pesquisador trata de agrupá-las em categorias ditas abertas, mediante reduções<sup>(46)</sup>.

Quanto maior for o número de sujeitos, maior poderá ser a variação e, conseqüentemente, melhor a possibilidade de ver aquilo que é essencial, embora este não seja o principal critério a ser observado, pois o que se busca são convergências, divergências e idiosincrasias nas descrições<sup>(43)</sup>.

A análise nomotética, também é denominada análise psicológica do geral, onde o pesquisador buscará as convergências e divergências presentes entre as diversas descrições<sup>(34)</sup>.

---

### **3.2. A trajetória metodológica do estudo**

Apresento a trajetória metodológica do estudo, com a finalidade de compreensão dos momentos de desenvolvimento do mesmo.

### **3.3. Caracterizando a região do estudo**

A presente etapa tem por finalidade caracterizar o contexto onde estão inseridos os sujeitos desta pesquisa.

O estudo foi realizado nas Unidades de Internação - UI, Unidades de Internação e Internação Provisória - UI/UIP e nos Centros de Atendimento Sócioeducativos aos Adolescentes - CASAs, pertencentes à Divisão Regional Sudoeste.

Considero interessante demonstrar alguns dados em relação aos atos infracionais, à idade, à etnia, à religião e às drogas mais consumidas pelos adolescentes atendidos pelas Unidades e CASAs, mediante um relatório de pesquisa realizada com 1.129 adolescentes de diversas regiões do Estado de São Paulo, no ano de 2006, conforme demonstrado nos quadros que se seguem, cuja fonte de dados foi realizada por meio de acesso eletrônico ao link [www.febem.sp.gov.br/failes/pdf/pesquisafebem/pesquisainternos.pdf](http://www.febem.sp.gov.br/failes/pdf/pesquisafebem/pesquisainternos.pdf)<sup>(20)</sup>. Embora a intenção fosse expor dados da região Sudoeste, como não havia possibilidade de separar os dados por região, optei por contextualizar com os dados de todo o Estado.

---

O Quadro 1 nos revela quais os tipos de infrações mais cometidas pelos adolescentes, classificadas de acordo com levantamento realizado pela Fundação CASA <sup>(20)</sup>.

TIPO DE CRIMES	PORCENTAGEM
<b>Roubo simples, qualificado e porte de armas.</b>	<b>51%</b>
<b>*Média gravidade</b>	<b>19%</b>
<b>**Crime contra a vida, uso de violência.</b>	<b>14%</b>
<b>Furto</b>	<b>5%</b>
<b>Outros</b>	<b>2%</b>
<b>***Sem declaração</b>	<b>9%</b>

**Quadro 1** – Distribuição percentual dos crimes cometidos pelos adolescentes. Estado de São Paulo, 2006.

\* Média Gravidade: Extorsão, Tráfico/Receptação/Porte de drogas, Ameaças, Dano, Ato obsceno, Violação de domicílio.

\*\* Estupro, Atentado violento ao pudor, Seqüestro e Cárcere Privado, Latrocínio, Infanticídio, Homicídio doloso, Homicídio culposo.

\*\*\* Lesão Corporal.

Vejamos agora a idade dos adolescentes infratores e a etnia, conforme demonstrado pelos Quadros 2 e 3. A vulnerabilidade dos adolescentes de 13 a 18 anos indica que esse é o período etário mais afetado pela prática dos atos infracionais <sup>(20)</sup>.

IDADE	PORCENTAGEM
<b>13 anos</b>	<b>1%</b>
<b>14 anos</b>	<b>2%</b>
<b>15 anos</b>	<b>11%</b>
<b>16 anos</b>	<b>22%</b>
<b>17 anos</b>	<b>37%</b>
<b>18 anos ou mais</b>	<b>25%</b>

**Quadro 2** – Distribuição percentual dos adolescentes por faixa etária. Estado de São Paulo, 2006.

ETNIA	PORCENTAGEM
Pardo	46%
Branco	31%
Negro	22%
Indígena	1%
Amarelo	1%

**Quadro 3** – Distribuição percentual dos adolescentes, segundo etnia. Estado de São Paulo, 2006<sup>(20)</sup>.

A maioria dos adolescentes possuem uma religião e a mais freqüentada por eles é a religião católica, de acordo com o demonstrado pelo Quadro 4<sup>(20)</sup>.

RELIGIÃO	PORCENTAGEM
Católica	35%
Congregação Cristã	32%
Não possui religião	24%
Batista, Presbiteriana.	4%
Adventistas Testemunhas de Jeová	1%
Candomblé, Xangô.	1%
Espírita	1%
Umbanda	1%
Ateu/ Não acredita em Deus	0,4%
Judaica	0,1%
Outras	1%

**Quadro 4** - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo religião. Estado de São Paulo, 2006.

Na maioria das entrevistas realizadas pela equipe de enfermagem durante a admissão do adolescente nas Unidades e Centros de Atendimento da Fundação há a confirmação do uso de drogas, na maioria das vezes a maconha. São citadas outras drogas conforme demonstrado pelo Quadro 5<sup>(20)</sup>.

Nos últimos 30 anos, o uso de drogas tem aumentado mundialmente de forma alarmante em todas as regiões, transformando-se em um problema de saúde pública. A Organização das Nações Unidas estima que 5.09% da população mundial nas idades entre 15 e 64 anos já usou drogas. O aumento do tráfico de drogas nos diversos continentes afeta cerca de 200 milhões de pessoas no mundo, fenômeno que é responsável por mais de 50% dos casos de delinqüência juvenil, sendo os adolescentes um grupo vulnerável <sup>(47)</sup>.

O primeiro contato com a droga ocorre, geralmente, na adolescência, etapa do ciclo evolutivo marcada por múltiplas e profundas mudanças no plano físico e psíquico, que tornam os adolescentes mais vulneráveis. Os principais fatores que poderiam levá-los a utilizar drogas estão relacionados às características individuais e sociais, incluindo a coletividade, a família e o grupo de pares <sup>(48-49)</sup>.

CONSUMO DE DROGAS	PORCENTAGEM
Maconha	79%
Tabaco	73%
Álcool	73%
Cocaína	46%
Lança Perfume	23%
Cola de Sapateiro	23%
Crack	18%
Heroína	2%
Outras	1%
Nenhuma	4%

**Quadro 5** - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo consumo de drogas. Estado de São Paulo, 2006.

Os Centros de Atendimento Socioeducativos - os CASAs, criados a partir do ano de dois mil e seis, são administrados por uma Organização Não-Governamental - ONG selecionada pela Fundação CASA, cabendo-lhe, em relação à área da saúde, a contratação de médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem para atendimento dos adolescentes. As Unidades de gestão estadual possuem em seu quadro de saúde, até o momento, somente Auxiliares de Enfermagem\*.

Conforme a Portaria Nº. 340, inciso III <sup>(50)</sup>, a composição da equipe de saúde das Unidades de Internação e Internação Provisória, bem como sua respectiva carga horária, deverá respeitar a dinâmica do atendimento e a natureza destas Unidades.

Foi realizado pela própria pesquisadora, enquanto na função de Supervisora, contato com os serviços de saúde dos municípios, a respeito da disponibilidade de atendimento na rede pública de saúde, sendo elaborado um mapeamento, conforme segue exposto no Quadro 6.

---

\* Atualmente as Unidades de gestão estadual da Fundação CASA possuem em seu quadro, enfermeiros.

---

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (HABITANTES)	SERVIÇOS QUE ATENDEM OS ADOLESCENTES
Bauru	316.064 <sup>(51)</sup>	Núcleo de Saúde do Bairro Núcleo Geisel, Pronto Socorro Central, Clínica de Educação para a Saúde da Universidade do Sagrado Coração, Ambulatório Municipal de Saúde Mental, Departamento de Saúde Coletiva (fornece imunobiológicos), Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Hospital Estadual de Bauru, Hospital Manoel de Abreu, Hospital de Base, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru Patologia Clínica e o Centro Adolpho Lutz.
Botucatu	120.800 <sup>(51)</sup>	Centro de Saúde Escola, Laboratório Regional, Ambulatório Regional de Especialidades, Pronto Socorro da Faculdade de Medicina de Botucatu, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e o Hospital Regional.
Iaras	4.777 <sup>(51)</sup>	Pronto Atendimento Municipal de Águas de Santa Bárbara, Santa Casa de Misericórdia do município de Cerqueira César, Pronto Socorro Municipal de Avaré, Núcleo de Gestão Assistencial de Avaré (Ambulatório de Especialidades), Hospital Regional de Botucatu e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.
Itapetininga	138.450 <sup>(51)</sup>	Hospital Regional de Itapetininga, Centro de Saúde Estadual, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Atendimento à Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas e Transtornos Psiquiátricos do Adulto, Farmácia Municipal de Manipulação e Núcleo de Gestão Assistencial de Itapetininga (Ambulatório de Especialidades).
Sorocaba	559.157 <sup>(51)</sup>	Hospital Regional de Sorocaba, Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba, Policlínica, Centro Unificado da Criança e do Adolescente-CUCA, Ambulatório de Saúde Mental e Serviço de Fonoaudiologia – Integra e Unidade de Saúde da Família do Bairro Aparecidinha.

**Quadro 6** - Mapeamento da rede de saúde para atendimento ao adolescente infrator.

### **3.4. Delimitando a região do inquérito**

Para conduzir uma pesquisa fenomenológica é necessário delimitar a região de inquérito, na qual será interrogado o fenômeno.

Dessa forma ressalta-se que a região onde o fenômeno foi inquirido constituiu-se de depoimentos de funcionários da equipe de saúde da Fundação CASA, que vivenciam a situação do atendimento ao adolescente uma vez que esses profissionais possuem experiência de encaminhá-los, quando necessário, através do sistema de referencia e contra-referência nos municípios.

Existem na Instituição dois médicos, três enfermeiros, vinte e sete auxiliares de enfermagem, três dentistas, totalizando trinta e seis pessoas na equipe de saúde das unidades.

Para conduzir a pesquisa foram ouvidos dois médicos, oito auxiliares de enfermagem e dois enfermeiros, pertencem às diversas Unidades e CASAs cujo mapeamento foi descrito anteriormente. Considerou-se que entrevistar profissionais de diferentes Unidades pudesse melhor representar o universo da região de estudo. Ressalta-se que em uma das Unidades um enfermeiro negou-se a participar da pesquisa.

Os médicos e enfermeiros representam a totalidade dos profissionais existentes na ocasião da coleta de dados. Quanto aos auxiliares de enfermagem, optou-se por ouvir um de cada equipe e as entrevistas foram cessadas pelo fato de ter atingido a saturação, ou seja, após responder aos objetivos da pesquisa e por começar a apresentar repetição do fenômeno.

Dessa forma foram coletados 12 depoimentos a partir da questão proposta, no período de maio a agosto de 2007. Dos 12 entrevistados, 4 se

---

inseriam em Unidade de Gestão Estadual e 8 em Unidade de Gestão Compartilhada.

O tempo de trabalho na fundação variou de 2 meses a 5 anos, sendo que em média de tempo de serviço dos entrevistados foi de aproximadamente 2 anos e 9 meses.

### **3.5. Obtendo as descrições**

Para obtenção das descrições realizei contato com a Assessoria de Imprensa da Fundação e encaminhei um documento solicitando autorização para realizar o estudo, que foi autorizado. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, recebendo parecer favorável (Anexo 1). Realizei contato com os profissionais, explicitando a finalidade do estudo e verifiquei a disponibilidade de tais para participação nas entrevistas e meu compromisso em apresentar os dados do estudo. Após orientação sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), a obtenção das descrições foi realizada por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora, sendo as mesmas áudio gravadas, após autorização dos funcionários. Para poder entrar nas Unidades portando aparelho eletrônico, o que é proibido pela equipe de segurança, recebi uma autorização do Diretor da Divisão Regional Sudoeste, ao qual sou subordinada administrativamente, assim como as Unidades e Centros de Atendimento são subordinados hierarquicamente. As entrevistas foram realizadas durante minhas visitas de Supervisão nas mesmas, em local previamente estipulado pela direção das Unidades.

---

Para nortear as descrições e a obtenção de discursos desses sujeitos, foi lançada a questão norteadora pelo pesquisador. A fim de facilitar a compreensão foram elaboradas duas versões da mesma questão, ficando a versão para os auxiliares de enfermagem: **“Qual a sua experiência no sistema de encaminhamento e a resposta a esse encaminhamento quando o adolescente tem uma necessidade de saúde?”** a versão destinada aos médicos e enfermeiros foi: **“Qual a resposta obtida por meio do sistema de referencia e contra-referencia quando o adolescente é encaminhado, diante de uma necessidade de saúde?”** (Anexo 3). O papel da pesquisadora limitou-se a manter a entrevista voltada para a questão proposta, conduzindo um questionamento aberto e sem limite de tempo, realizando algumas intervenções relativas ao tema, diante da necessidade de algum esclarecimento, as quais são registradas nos depoimentos.

### **3.6. Analisando as descrições**

Conforme já citado na introdução, para a análise utilizou-se como base a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e o Sistema Nacional de Atendimento Sócioeducativo - SINASE.

O momento de análise ocorreu desde a realização das entrevistas até o desvelamento da essencialidade do fenômeno.

Os discursos foram transcritos na íntegra e constituíram a região de inquérito para desvelamento do fenômeno estudado.

---

Foram resgatadas dos discursos todas as informações da forma como foram transmitidas pelos sujeitos desta pesquisa. No processo de análise, embora o pesquisador tenha extraído conclusões em sua linguagem, foi observado o máximo rigor metodológico, para que não houvesse distorção da informação obtida dos depoimentos originais.

Os depoimentos foram numerados de 1 a 12 e todos lidos, um a um, na tentativa de uma compreensão individual e inicial da linguagem e do sentido, sem, contudo interpretar. A intenção foi encontrar a essência do fenômeno, colocando em suspenso qualquer pré-julgamento a respeito do conteúdo.

Após leituras sucessivas, busquei evidenciar as essencialidades sobre o sistema de referência e contra-referência no atendimento ao adolescente, identificando as unidades de significado que emergiram dos discursos, sendo estas posteriormente agrupadas em temas e categorias. As unidades de significado foram destacadas e numeradas, sendo realizado o mesmo procedimento para todos os depoimentos, conforme será descrito posteriormente.

A compreensão fenomenológica deu-se pela análise ideográfica dos depoimentos e, posteriormente, a análise nomotética, a partir da qual evidenciei os temas que permearam as descrições ingênuas dos sujeitos, contribuindo para a estruturação das categorias.

A opção foi apresentar no volume impresso a síntese da análise ideográfica e a análise nomotética. Os depoimentos na íntegra e os quadros analíticos poderão ser acessados no CD (Anexo 4).

---

## *4. Construção dos Resultados*



#### **4.1. ANÁLISE IDEOGRÁFICA**

A análise ideográfica foi realizada a partir destes depoimentos, coletados por meio da questão norteadora e suas versões relativas ao tema que suscitou essa pesquisa.

Após realização de várias leituras dos depoimentos, foram identificadas unidades de significado em cada um dos depoimentos, isto é, foram selecionadas as falas que respondiam ao fenômeno da interrogação.

Na análise individual de cada depoimento, utilizei os procedimentos de redução, compreensão e interpretação fenomenológicas, de forma que os depoimentos foram analisados individualmente.

Depois de identificadas as unidades de significado dos depoimentos, as mesmas foram grifadas e numeradas no depoimento original. A seguir, foram transcritas para um quadro analítico composto por quatro colunas<sup>(52)</sup>. A primeira coluna traz as “Unidades de Significado - Linguagem do Sujeito”. A segunda traz “Elucidações” de termos e siglas. A terceira a “Linguagem do Pesquisador”. Na quarta coluna teremos as “Unidades de Significado transformadas com enfoque no fenômeno”. Foi apresentada uma síntese de cada depoimento, na análise ideográfica.

As unidades recebem nova numeração com dois dígitos, sendo o primeiro correspondente ao número do depoimento e o segundo correspondente ao número da unidade de significado do mesmo depoimento. Essa numeração com dois dígitos será utilizada na análise nomotética, na qual serão evidenciadas as convergências dos significados presentes nos depoimentos.

---

Exemplo: onde aparecem **01. 03** significa que se pode localizar a fala selecionada número 3 do depoimento 1.

A seguir, a síntese da análise ideográfica dos depoimentos. Cabe ressaltar que a opção foi de não identificar na análise a categoria profissional ou a Unidade de trabalho, visto que isso poderia levar à identificação dos sujeitos da pesquisa.

### **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 1**

A funcionária refere que quando os adolescentes necessitavam de atendimento na rede de saúde havia médico que apresentava temor ou recusava-se a atendê-los, alegando não ser médico contratado pela Fundação.

Atualmente o sistema fornece atendimento e acompanhamento dos casos, pois os adolescentes possuem direito de utilizar os serviços de saúde do SUS, assim como um cidadão comum.

No caso de atendimento no Pronto Socorro, os funcionários que acompanham o adolescente explicam que pertence à Unidade da Fundação, e sendo assim, ele será atendido antes dos outros usuários, por questão de segurança, gerando questionamento por eles, que não concordam com este fato.

Considera importante a conquista junto à Prefeitura Municipal, da definição de um Posto de Saúde como referência nos atendimentos. Se necessário aguardar pelo atendimento, eles aguardam e se for um caso de emergência são encaminhados ao Pronto Socorro, onde são atendidos na hora, e se necessitar de medicação, o Posto de Saúde fornece. Destaca a importância do compromisso das auxiliares de enfermagem com o tratamento.

---

Quanto ao encaminhamento para especialidades avalia que depende da consulta, e é até rápido o agendamento. No caso de consulta psiquiátrica, se necessitar de interferência judicial, as vagas são disponibilizadas todo mês.

Conclui que, atualmente, ao acompanhar o adolescente para atendimento na rede, ambos estão sendo bem aceitos pelo sistema, pois preso ou não, a saúde é reconhecida como direito.

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 2**

A funcionária afirma que há cinco anos mais ou menos existia um acordo entre direções para que os adolescentes recebessem atendimento no Hospital Estadual e no Instituto Lauro de Souza Lima, sem seguir o fluxo de encaminhamento estabelecido pelo SUS.

Atualmente, as auxiliares de enfermagem acompanham o adolescente em consulta na Unidade Básica de Saúde e, sendo necessário o agendamento de uma especialidade, ele aguarda, assim como os outros usuários, sem privilégio.

Quando o médico da rede prescreve medicação injetável, o procedimento é proibido na Fundação; então as auxiliares de enfermagem solicitam que ele a troque pela via oral.

No caso das especialidades, considera que o agendamento é bastante demorado, mais do que se o adolescente estivesse fora da Unidade. A quantidade de vagas disponibilizadas aos municípios menores é excessiva e sobram vagas para atendimento, e sendo assim, deve-se combinar um acordo entre direções para conseguí-las.

---

Refere que foi estabelecido um acordo entre a direção e uma Faculdade do município para atendimento odontológico. Porém, ele não prosseguiu, pois os adolescentes não compareciam aos atendimentos devido à falta da escolta ou à postura inadequada de funcionários que os acompanhavam.

Avalia que, no município, a saúde está muito precária, cita o fechamento de dois Postos de Saúde e a necessidade de agendar adolescentes para consulta no Pronto Socorro, devido falta de referência para atendimento.

Considera que quanto maior a cidade, pior para a área da saúde, pois o município fica como referência no atendimento de especialidades, para toda a região, sendo que o agendamento para os adolescentes e outros munícipes fica por último.

A funcionária acredita não ocorrer nenhuma melhora no setor, porque a demanda é muito grande e acha que deveria ser ampliado ou criado um sistema para atendimento dos adolescentes da Fundação.

Conclui referindo que a Unidade da Fundação está esquecida no município e que a saúde gira em torno de política, não achando outro argumento para isso.

### **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 3**

A funcionária percebe que a situação no começo era muito ruim, porque a médica que atende na Fundação encaminhava os adolescentes, mas não havia vagas para especialidade ou demorava tanto o agendamento, que quando a consulta tivesse sido agendada, o adolescente já havia saído da unidade. Era muito difícil de conseguir, por exemplo, uma vaga para oftalmologista.

---

Foi realizada uma reunião com o Secretário da Saúde para que fosse estabelecido um Posto de Saúde como referência, que, de preferência, fosse o mesmo onde a médica da Fundação também atende, porque o Posto de Saúde sugerido pela Secretaria não supria as necessidades. Para ser submetido à consulta no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA, seria necessário o encaminhamento realizado pelo Posto, o qual recebia vagas oferecidas pelo NGA.

Além disso, os adolescentes não pertencem a nenhum bairro do município, o que, segundo a funcionária, dificulta o atendimento, porque considera que a Secretaria de Saúde não compreende que eles estão dentro de uma unidade de atendimento à adolescentes que praticaram ato infracional, e que o endereço deles é o de lá, enquanto dela fizeram parte, e que isso foi conversado com o Secretário. Eles estão lá e devem ser atendidos.

Em relação aos exames laboratoriais, a funcionária explica que eles deveriam ser realizados quando o adolescente entra na Unidade. Refere que o Posto de Saúde não compreende que isso é um direito deles.

Analisa que se tivesse uma referência para atendimento, o adolescente só sairia da Unidade para ser submetido a algum tipo de intervenção, a qual deveria estar presente, porque a médica da Fundação faria o encaminhamento na Fundação mesmo.

Conclui dizendo que os adolescentes têm varias possibilidades para atendimento, mas a Secretaria não ajuda. Então, foi a primeira vez que a Fundação conseguiu chegar até ela.

---

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA - DEPOIMENTO 4**

A funcionária considera complicada a saída do adolescente da Unidade, porque desloca os funcionários e, quando chega à Santa Casa, por exemplo, a população fica olhando indignada ao ver uma pessoa tão jovem naquela condição.

As saídas para atendimento diminuíram, pois há uma médica que atende na Unidade. O adolescente só sai da unidade, nos casos de emergência e em consulta para especialidade, pois é grande a preocupação com a segurança, principalmente durante o transporte.

Mesmo as pessoas que aguardam atendimento acham que quando os adolescentes estavam fora da Unidade, não se preocupavam com a saúde. Agora não precisam ser privilegiados, além disso, a auxiliar acha que os funcionários e o adolescente são vistos como estranhos pela sociedade.

No caso de atendimento das especialidades, avalia muita dificuldade. A solução é por meio de contatos com pessoas conhecidas que trabalham nos serviços. Compara a dificuldade de agendamento não só para eles, mas para toda população.

Considera que pelo projeto desenvolvido pela Fundação, o adolescente vive na Unidade, num mundo irreal e que fora dela, tudo é diferente.

Conclui afirmando que o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, os protege muito. Por isso eles ficam exigindo muitas coisas, as quais referem possuir direito.

---

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA - DEPOIMENTO 5**

A funcionária considera que o adolescente que está na Unidade da Fundação possui menos dificuldade de conseguir atendimento do que o que está fora dela, porque os adolescentes infratores possuem atendimento especial.

Os adolescentes recebem da Fundação atendimento médico, odontológico, psicológico, medicação, vacinação, sendo muito bem tratados e na área da saúde está tudo regularizado.

Se o atendimento demora, a auxiliar refere que os adolescentes não aceitam, porque eles acham que devem ter privilégio.

No agendamento de consultas, eles aguardam atendimento junto à população. Porque dentro ou fora da Unidade vai ser demorado do mesmo jeito.

Como os adolescentes possuem privilégio de serem atendidos no Pronto Socorro, laboratório, serviço de vacinação, eles acham que para agendar atendimento com especialista também vai ser assim.

Quanto à sociedade, acha que a população os compara como se fossem um ser estranho que se diferencia dos demais.

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 6**

A funcionária relata que a maior dificuldade na Unidade é a falta de profissional médico. Considera grande a demanda por consulta oftalmológica na Universidade Estadual Paulista - UNESP, onde os funcionários que realizavam agendamento de consultas compreendiam a dificuldade de conseguir escolta policial para acompanhar o adolescente e abriam exceção, agendando a consulta.

---

Na Unidade Básica de Saúde do município, alguns funcionários sentem-se poderosos diante do fato da funcionária necessitar de seu auxílio. No município não há médico e o atendimento na região é difícil.

No município de Cerqueira César, ela foi questionada de não haver médico para atendimento na Unidade onde trabalha, por isso depende do atendimento em outras localidades, sendo que isso quem deveria estar ciente seriam os chefes da Unidade.

Menciona que já saiu chorando da Unidade Básica de Saúde e do hospital pelo fato de ouvir que não eram obrigados a atender adolescente da Fundação, mesmo sabendo que os adolescentes são munícipes e possuem direito a receber atendimento. Expressa indignação diante disso, porque, independente do que eles fizeram ou deixaram de fazer, eles já estão sendo julgados, eles já estão cumprindo.

Verbaliza que o auxiliar de enfermagem tem que prestar a assistência e zelar pela saúde do adolescente, mas nota que não há seqüência nas coisas, pois no Brasil falta boa vontade para resolver os problemas.

Quando falta o remédio, não tem no Posto e a Fundação demora pra comprar, não há mais nada a ser feito, ficando magoada e começa a se sentir mal.

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 7**

A funcionária considera a reposta ao encaminhamento para especialidades positiva, e que por meio do SUS demora bastante.

---

Julga errado que quando chega com um adolescente da Fundação e a segurança, não serem atendidos antes das outras pessoas, o que não é permitido pelo médico do Ambulatório Regional de Especialidades, instituição que dispensa uma sala para aguardarem pelo atendimento. Nota que a sociedade demonstra curiosidade e preconceito diante da situação.

Relata que levou um adolescente que havia torcido o pé para atendimento no Pronto Socorro da UNESP, mas o mesmo voltou para a Unidade sem atendimento, porque a funcionária do Pronto Socorro perdeu o exame de RX do adolescente, afirmando que o caso não era emergência. O médico demorou quase duas horas para atendê-lo. Mesmo explicando que pertence à Fundação, a funcionária considera difícil o adolescente receber atendimento antes das outras pessoas.

Conclui que a maioria das consultas para especialidades são difíceis de serem agendadas, demorando de dois a três meses.

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 8**

Relata que o mito da periculosidade do jovem infrator ainda não foi totalmente superado e considera algumas dificuldades em conseguir parcerias. Mas devido a Unidade atender adolescentes de toda a região há a efetivação de várias parcerias, até com discreta facilidade. A área da saúde tem que contribuir para que o adolescente mantenha as condições de saúde, preservando a vida sem riscos.

---

### **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 9**

Para a funcionária, o sistema de referência e contra referência seria um sistema muito eficiente se ele funcionasse. Na sua realidade isso não acontece, pois há dificuldades na continuidade do tratamento dos adolescentes, que são discriminados pelos profissionais de saúde da rede externa, que acham que não tem o dever de atendê-los, esquecendo-se que, assim como todo cidadão, possuem direito à saúde. No caso das especialidades, as referências são as cidades vizinhas, mas a chance de fuga aumenta, necessitando de segurança para transportá-los. O agendamento de consultas é bastante demorado e as referências próximas, no município, são insuficientes para atender as necessidades. Na Unidade há um médico que atende toda semana, que encaminha para a referência, mas difícil é conseguir uma vaga para atendimento.

### **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 10**

Menciona que não encontra nenhuma dificuldade em encaminhar os adolescentes para atendimento em especialidades, na rede externa porque trabalha na rede pública há mais ou menos dezoito anos e julga que isto facilita os encaminhamentos. Avalia a necessidade de haver uma vaga por dia nos Ambulatórios de Especialidades para atendimento do adolescente, pois sendo assim, não haveria tanta demora pra ser atendido. Caso não utilizada a vaga, esta seria destinada aos pacientes que estão aguardando atendimento. Cita a dificuldade na área de oftalmologia e para outras especialidades também.

---

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 11**

A funcionária relata que no NGA e em Botucatu havia funcionários que eram conhecidos, que ajudavam, agendando uma vaga para atendimento do adolescente. Atualmente está mais difícil, há déficit de vagas em oftalmologia e as especialidades do NGA estão praticamente acabadas. Além disso, cita a dificuldade com transporte e a falta de funcionário na Unidade da Fundação.

Dirige-se à secretaria de saúde municipal, afirmando que quando necessita de intervenção, é muito difícil conseguir algo. Menciona que um adolescente que tinha problema respiratório aguardou um medicamento de alto custo durante um ano e saiu da Unidade sem recebê-lo, sendo que estava acostumada a conseguir quando trabalhava em outra região.

Cita o exemplo da região onde atuava, que se chegasse um paciente necessitando de atendimento era feito de tudo para que fosse atendido. Ao contrário, existem casos de DST que faz três meses que está tentando agendar uma consulta e não consegue.

Aponta que a unidade básica de saúde atende toda a população do município e acha que é bastante pelo que tem a oferecer.

Quanto ao atendimento na Unidade da Fundação, a resposta ao encaminhamento não é o desejado, pois uma consulta por semana não é suficiente para atender demanda e o médico expressa no atendimento ao adolescente, que somente por meio do medicamento a doença já é curada. As pessoas falam que não tem com que se preocupar porque é doença adquirida fora da Unidade e pode ser tratada depois.

---

Conclui que o atendimento realizado pelo Programa de Saúde da Família resolvia os problemas, não sendo necessário tanto encaminhamento para a rede externa de saúde.

## **ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 12**

Considera que em relação ao atendimento pelo sistema de referência e contra-referência, o agendamento de consultas pelo SUS, para adolescentes infratores, é mais rápido do que para os outros pacientes, porque eles possuem preferência no atendimento.

Como na maioria dos casos a solicitação de agendamento de consultas é por via judicial, julga que os profissionais dão uma certa preferência para as solicitações.

Aponta que, em todos os locais de atendimento, em todas as instituições às quais são encaminhados, eles são agendados e quanto ao atendimento de emergência ou urgência são atendidos primeiro do que as outras pessoas que chegaram antes deles, mesmo sendo a gravidade do caso parecida.

Demonstra preocupação quanto preenchimento dos impressos de referência e contra-referência para os pacientes que não são menores infratores.

Menciona que uma consulta com gastroenterologista demora de quarenta e cinco a sessenta dias para ser agendada, sendo que isso não ocorre com o adolescente infrator, principalmente em psiquiatria e neurologia, impressionando-se com o caso de tomografia e angioressonância que demorou um mês para serem agendados. Aponta que a influência de alguém interferiu nesses agendamentos, pois foi muito rápido.

---

## 4.2. ANÁLISE NOMOTÉTICA

### 4.2.1 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS

Esta análise iniciou-se a partir da identificação dos temas convergentes nos depoimentos que compõem a descrição do fenômeno, os aspectos que se repetiram nas descrições gerais, características únicas, mas extremamente importantes para as apreensões da essência do fenômeno. Ao contrário da análise ideográfica, que visava à identificação individual das descrições, a análise nomotética buscou identificar o enfoque geral do fenômeno, buscando-se para tanto as convergências que emergiram nas sínteses das análises ideográficas, nos depoimentos individuais, para então, contribuir para a análise do geral, considerando-se as convergências evidenciadas nos discursos, chegando às temáticas.

O depoimento na íntegra, o quadro de análise ideográfica e a síntese da mesma encontram-se em anexo.

É importante lembrar que a divisão em categorias e temas foi realizada para facilitar o processo de análise, inclusive, eventualmente uma fala poderia ser alocada em mais de um tema, mas optamos por escolher o tema que o pesquisador julgou mais adequado, mais próximo, de modo a não repetir a mesma fala mais de uma vez.

Para a composição das categorias, parti da tematização identificada na análise ideográfica e trabalhei com os temas que serão apresentados, chegando às **categorias**, as quais englobam vários temas. As categorias e temas propostos foram representados da seguinte maneira:

---

**PRIMEIRA CATEGORIA: O ACESSO AO ATENDIMENTO À SAÚDE PELO SUS**

Nesta categoria aparecem os seguintes temas:

**A- O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA****B- A REGIONALIZAÇÃO COMO PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Por meio deste tema é possível observar como vem sendo o funcionamento do sistema de referência nos municípios, onde estão inseridas as Unidades de atendimento ao adolescente privado de liberdade e a maneira como as regiões estão garantindo a integralidade da assistência à saúde.

Segundo o fluxo de encaminhamento estabelecido pelo SUS, o serviço de atenção básica deve cumprir seu papel como porta de entrada do sistema de saúde. É o responsável por condicionar o usuário e permitir o atendimento em consultas nas especialidades. Porém, na realidade atual, insere-se a dificuldade do acesso da população ao atendimento, revelando o aumento da demanda e uma oferta não proporcional de vagas nos serviços de saúde.

**TEMA A:  
O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA**

Focaliza-se um dos temas mais recorrentes, quando se discute a atenção especializada.

De acordo com o Art. 5º da Portaria Nº 340 <sup>(50)</sup>, o adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas terá garantia de acesso à assistência de média e alta complexidade.

---

No entanto, isso não vem ocorrendo, o que pode ser verificado por meio dos relatos, ficando evidente a falta de garantia em ofertar serviços dirigidos para a demanda e grupos de alta visibilidade, como os adolescentes.

A demora no agendamento de consultas em especialidades é tanta, que quando se consegue a vaga, o adolescente já foi embora da Unidade.

Vejamos algumas falas originais:

02.04. *“(...) especialidade espera até cinco meses, demora muito, até sair. (...) demora mais do que se ele tivesse do lado de fora”.*

03.01. *“Aqui..., a situação no começo seria muito ruim, porque a nossa médica, né, médica da Unidade faz o encaminhamento necessário, mas quando vai pra especialidades, a gente não consegue as vagas, demora muito tempo e às vezes até quando saí a vaga o menino já saiu da Unidade”.*

03.03 *“Então a primeira coisa que eles disseram é que... não tem vaga, não tinha vaga”.*

07.04. *“Especialidade a maioria demora pra agendar. O médico faz o encaminhamento hoje, a gente leva hoje o agendamento, tenta agendar e demora dois a três meses”.*

09.04. *“No caso das especialidades, agendamento de consultas, na maioria das vezes são bastante demoradas e infelizmente as referências próximas que nós temos são insuficientes para atender toda a demanda né!”.*

11.05. *“(...) aqui você vê esses casos de DST que faz três meses que a gente ta tentando consulta pelo menos, e é essa dificuldade. (...) não ter mesmo onde levar, porque tem a nossa Unidade Básica daqui, né, mas ela atende a população já aqui da cidade, que já é bastante, né, pelo que eles têm pra oferecer. (...) nossa população, (...) das Unidades, (...) é bastante, né!”.*

11.06. *“Quanto ao atendimento na Unidade à reposta ao encaminhamento, assim, deixa a desejar, porque é tudo muito rápido. É uma consulta por semana, (...) você tem geralmente bastante casos já esperando, daí você leva um, não resolve. Daí você tem que levar ele de volta e o outro que já ta esperando há muito tempo vai ficando pra trás, além disso, o atendimento é muito rápido”.*

---

---

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolubilidade e a integralidade de acesso. Cabe ao município <sup>(39)</sup>:

- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio do processo de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema;

- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território;

- Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal.

Deverão haver fluxos assistenciais que poderão ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde <sup>(39)</sup>.

Quando da existência de uma unidade de referência para atendimento à saúde, esta deverá suprir as necessidades locais. Para isso, cabe ao município planejar de que forma sua atuação consolidará os objetivos propostos pelo SUS, que é de garantir a resolubilidade e qualidade das ações e serviços prestados à população.

Conforme relato, a unidade direcionada para atendimento dos adolescentes da Fundação CASA não possui recursos humanos suficientes para prover um atendimento integral e multidisciplinar:

*03.06 “Então aí agora não pode mais, aí agora tem que ser a referência, já ter um Posto de referência, né...Que no caso aqui eles querem que seja o Capão Alto, que é aqui mais próximo, né...Só que no Capão Alto não tem médico todos os dias, a enfermeira vem uma vez, duas vezes por semana também e só fica uma Auxiliar”.*

---

Não tem sido assegurada pelo SUS, em suas unidades públicas, a continuidade do tratamento do adolescente, no nível secundário de atenção. Isso pode ser verificado em diversos municípios do Estado, onde o agendamento de consultas para especialidades demora meses ou até anos. Isso piora no caso de exames especializados. Os recursos disponíveis para a população estão aquém da necessidade.

Há a necessidade de garantir que as ações de promoção à saúde e assistência sejam ofertadas pelos serviços públicos, objetivando o acesso das populações socialmente discriminadas aos serviços, insumos e informações e contemplando, nas propostas de equidade, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais <sup>(53)</sup>.

Ressalta-se que é direito do cidadão a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde.

A criação do SUS, resultante do Movimento de Reforma Sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, na medida do reconhecimento de que o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, em uma rede hierarquizada. Promulgada a Constituição Federal, que previu este direito, pode-se concluir que automaticamente gerou-se desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, pois não existiu a etapa de preparação da administração pública para a assunção de novas responsabilidades. A oferta estava limitada à rede assistencial existente até então, preparada para atendimento de um público restrito e norteadas pelo viés curativo, em que se privilegiavam os serviços de atenção hospitalar. Quanto à demanda, de um dia para outro, ampliou-se para o conjunto de toda a população residente no território

---

nacional. Nesse sentido, o direito previsto tornava-se letra morta diante da impossibilidade de garanti-lo, frente às restrições administrativas e orçamentárias existentes <sup>(54)</sup>.

A dura verdade se revela como aprendizagem na organização do sistema de saúde. No cenário nacional convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se nos justapõem diferentes serviços públicos. Entendemos a necessidade de esforços para dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços. O acesso é focalizado ao restringir o atendimento público a determinados serviços, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo <sup>(55)</sup>.

É certo que houve, nos últimos 17 anos, uma expansão significativa de serviços. Contudo, persistem dificuldades de acesso motivadas pela baixa oferta, assim como há problemas de qualidade técnica. Por isso, a estratégia fundamental para aproximar o SUS possível do SUS necessário, conquistando o apoio da população, é expandir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Para isso, considera-se importante a estratégia no que se refere à participação popular. Sendo o SUS um projeto democratizante, o gestor não pode negligenciar as ações que visam ao fortalecimento da participação de usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços na definição e no acompanhamento das políticas de saúde <sup>(56)</sup>.

Mas, nesse contexto de dilemas, é preciso destacar que na percepção de um profissional, o adolescente tem acesso garantido ao sistema.

---

Por ser um adolescente infrator, ele considera que tenha mais privilégio no agendamento da consulta:

12.01. *“Com relação ao sistema de referência e contra referência que, que é prestado ao adolescente e menor infrator, o que eu posso dizer é que apesar do SUS apresentar uma certa demora para as demais pessoas, para os demais pacientes, o mesmo não ocorre, na minha experiência, com os menores infratores. Eles têm (...) preferência no atendimento e o tempo de demora no agendamento é bem menor do que se fosse um paciente SUS, (...), que não fosse um menor infrator”.*

12.04. *“Só se eu não estiver conseguindo preencher direito as minhas guias de referência e contra referência para os não menores infratores. (...) o único lugar que eu preencho (...) é no Posto de Saúde. Por exemplo, uma consulta com o gastro, (...) demora quarenta e cinco a sessenta dias. Já com o menor infrator não leva este período. Parece que é mais rápido. Principalmente se for psiquiatra, neuro. (...) vou citar um caso, (...), em menos de um mês conseguiu uma tomo, uma angiressonância. Então é impressionante, eu achei que foi muito rápido. Pode até ser que alguém com influência conseguiu agendar mais rápido”.*

Quando um problema de saúde for identificado, deve-se assegurar o acesso do adolescente ao sistema de referência e contra-referência, de maneira universal e oportuna, em termos de atenção <sup>(57)</sup>.

Cabe não só ao município, mas também ao Estado e à União, a organização de um sistema de referência e contra-referência que possa garantir a acessibilidade do usuário ao serviço de saúde, em obediência aos princípios do SUS. Em municípios de pequeno porte não é possível garantir os serviços de média e alta complexidade, mas é função garantir serviços de atenção básica, funcionando como porta de entrada para o sistema de saúde.

Uma vez iniciado o processo de atendimento Por meio do SUS, o adolescente possui direito à assistência farmacêutica, bem como, a garantia de tratamento medicamentoso, conforme consta no Art. 11, inciso II do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA <sup>(25)</sup>:

---

*“Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.*

Na realidade, isso não vem ocorrendo:

*06.07.” (...) a gente leva no Hospital e chega aqui às vezes, falta o remédio, não tem no Posto, a FEBEM demora pra comprar. Quando você vê todas as portas fechadas, eu fico muito louca. Eu começo a passar mal só de falar. Porque você não consegue fazer nada”.*

Outro obstáculo ao desenvolvimento da política de assistência farmacêutica é a dificuldade de se adquirir medicamentos classificados como de alto custo, ou seja, aqueles destinados a tratamento de doenças raras. Pode-se observar que a aquisição destes medicamentos difere de uma região para outra:

*11.03.”(...) medicamento que era de alto custo eu tava acostumada a conseguir. Agora, depois que eu vim pra essa região aqui, eu juntei um ano pra conseguir uma medicação de alto custo de um adolescente que tinha problema respiratório e, lutei um ano e... ainda não consegui. Tive que desistir e o menino foi desinternado sem a medicação. (...) tinha uma medicação que custava em torno de noventa reais. Então, ele ficou mais de um ano com a gente e todo mês era comprada a medicação dele. (...) ele acabou indo embora e daí foi sem a medicação, porque a gente não conseguia mais comprar e pegar na rede. (...) você não tem a quem recorrer, a quem procurar. Enquanto que na minha região era bem mais fácil. (...) nunca chegava um caso assim na secretaria de saúde”.*

Ressalta-se que compete aos Municípios, Estados, Distrito Federal e à União, promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob suas responsabilidades. A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos estados, conforme pactuação e a dispensação <sup>(39)</sup>.

---

---

O acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde, desde o final da década de 90, vem sendo construído através de programas governamentais dirigidos às principais enfermidades que acometem a população. O SUS não possui política de assistência farmacêutica específica para doenças raras, e a própria construção desta política esbarra em questões bioéticas que envolvem temas como equidade, recursos escassos e reserva do possível. Através de ordens judiciais, o Estado acaba sendo obrigado a fornecer de imediato, o produto de forma desarticulada com o processo de organização da assistência farmacêutica, contribuindo para a desorganização do serviço e ônus para o erário público <sup>(58)</sup>.

Assiste-se no país a uma escassez de recursos financeiros na área da saúde e de critérios técnicos para sua alocação, à ostensiva oferta de *cestas básicas* de insumos e procedimentos que ludibriam o direito universal à atenção integral à saúde a concentração de recursos financeiros nos grandes centros, graças à maior oferta de ações, único critério de distribuição de recursos até a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que contribuiu para a atual iniquidade na oferta dessas ações nos municípios menores. Há que se considerar que, mesmo após a incorporação do critério populacional (que também concentra recursos financeiros nos grandes municípios) para a alocação de recursos, o maior volume dos recursos federais ainda continua sendo distribuído em função da produção isolada de ações assistenciais. Com as características atuais, os serviços de saúde vinculados ao SUS não somente têm dificultado a concretização do conceito de equidade (tratamento universal e desigual na medida da desigualdade de cada um), como tem fortalecido, na prática, um atendimento insuficiente para todos <sup>(59)</sup>.

---

---

Diante disso, deve-se exigir maior responsabilidade e reconhecimento dos direitos, pois o adolescente é um sujeito que pertence a uma coletividade que também merece especial atenção. Para cada um desses “atores” existem atribuições distintas, mas o produto final é o mesmo: o de garantir atendimento com qualidade.

Os jovens brasileiros de hoje têm que “lidar” não apenas com seus problemas e as mudanças físicas, psíquicas e sociais que se configuram em um quadro de vulnerabilidade aos agravos sociais, mas também com a crise social e econômica pela qual passa a sociedade brasileira <sup>(60)</sup>.

Constata-se a dificuldade de se estabelecer uma unidade como referência na atenção à saúde e a utilização de um mecanismo que não é apropriado ao tipo de atendimento ao qual o adolescente deve ser submetido:

*02.06. “E a cada dia aqui a coisa tá piorando. Fechou dois Postos de Saúde. Chegou ao ponto de a gente estar agendando menino pro PS. (...) o menino tá com tosse hoje, a gente não tem condições de mandar no dia, porque às vezes a escolta não vem no dia. Não tem onde mandar os pacientes. A gente pega, agenda no PS e dali quinze dias ele é atendido. (...) daí ninguém entende. Com tosse, no PS? Mas não tem onde mandar o menino”.*

No marco da atenção primária aos adolescentes, os requisitos assistenciais devem ser os de alta capacidade resolutiva e diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial <sup>(61)</sup>.

Na organização da assistência prestada à população, a falta de planejamento e organização funcional do sistema fica evidente.

*09.01. “Eu acho que o sistema de referência e contra referência seria um sistema muito eficiente se ele funcionasse. (...) na realidade não tá acontecendo isso. (...) tem dificuldade sim. (...) na continuidade do tratamento principalmente”.*

---

09.05. “Nós temos o Centro de Saúde onde nós levamos as coletas de exames laboratoriais e fazemos a solicitação de doses de vacina, entre outros atendimentos. Nós temos o médico que atende na nossa Unidade, uma vez por semana. Mas acho que se um sistema não funciona adequadamente, o outro também não vai funcionar. (...) o médico encaminha pra referência, mas isso ta difícil. (...) de conseguir vagas. Daí tem que ficar esperando e não dá pra dar continuidade no tratamento iniciado dentro da Unidade”.

Inferimos que a condição vivida na adolescência, independente do processo de adoecimento ou da questão da infração, requer atenção especial devido às demandas específicas dessa faixa etária, quando se pensa na saúde como foco.

**TEMA B:**  
**REGIONALIZAÇÃO COMO PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

*“A saúde como direito de todos exige do SUS ações que garantam a universalidade do acesso. Nos 16 anos de história do Sistema Único de Saúde avançamos muito neste sentido”<sup>(62)</sup>.*

Um dos maiores desafios para os gestores de saúde é a regionalização, pois cada região possui características evidentes que a distingue de outros territórios, sendo de imensa importância a estruturação do serviço a ser prestado para a população e o relacionamento entre os prestadores de serviços.

O texto constitucional, quando define Sistema Único de Saúde, explicita a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Mas, para que se logre alcançar uma verdadeira transformação do sistema de saúde em vigor, é fundamental que essa regionalização não se baseie exclusivamente em modelos teóricos, mas que se processe traduzindo distintas realidades por meio do planejamento local e da participação social <sup>(36)</sup>.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/02 <sup>(63)</sup>, o processo de regionalização foi criado como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. A regionalização foi criada para garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

A persistência de um grave problema sanitário no país: apesar dos avanços que experimentou a saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização, entra-se no século 21 com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à atenção à saúde de alguma natureza. No que diz respeito ao processo de regionalização, a expansão da rede básica e o processo de descentralização não podem prescindir de mecanismos que dêem aos municípios a capacidade de oferecer ações de caráter abrangente, segundo os diversos níveis de assistência capazes de atender em todas as demandas <sup>(35)</sup>.

Desse modo, cabe problematizar a proposta de regionalização, pensando em alternativas para garantia da assistência integral, levando-se em consideração a adversidade de grupos e necessidades nas várias regiões do país, quando se pensa em políticas públicas e estruturação do sistema. Deverão

---

ser criados mecanismos regionais que contribuam para o alcance do atendimento integral à saúde.

Conforme demonstrado pelos relatos, o município foge da proposta assumida, decorrente deste processo de regionalização:

*02.07 “Serviços de saúde de municípios maiores são referência para os menores, refletindo assim, na disponibilidade das vagas para atendimento da população do município maior”.*

*06. 01.”(...) aqui na Unidade onde a gente trabalha a nossa grande dificuldade é a falta de médico, que não tem nessa região”.*

*06.04 “Em Cerqueira o atendimento é razoável, (...). A gente mora numa localidade que não tem hospital não tem Pronto Socorro, a Unidade Básica tem poucos médicos e tem dia que não tem médico, então, a gente depende dessas outras Unidades, né. Hospital, Pronto Socorro, a gente depende deles. (...) auxiliar de enfermagem é que tem que ouvir o serviço reclamar, e a pessoa certa que precisava ouvir esse tipo de coisa, nunca ta na hora, os chefes”.*

*11.04. “Na minha região, a gente levava poucas coisas até a enfermeira chefe porque ela já passava pra gente e já tinha liberdade de tomar algumas atitudes, (...). (...) um paciente que tinha que encaminhar e a gente falava pra ele que iria fazer de tudo pra conseguir. Era responsabilidade nossa ligar em todos os outros, em todas as UBSs e onde tivesse médico, (...) a gente tomava atitude e a pessoa saía de lá com o problema dele resolvido. Enquanto que aqui não”.*

Já com a implantação da Estratégia da Saúde da Família, um novo modelo para fortalecimento da atenção básica no Brasil, levando-se em consideração as diferenças loco-regionais, o atendimento à saúde tem sido contemplado, conforme relato:

*11.08. “(...) quando o PSF vai atender? Eles atendiam nas Unidades os casos mais simples, (...) quando a gente tinha o PSF, estes casos mais corriqueiros eles resolviam pra gente. Não precisava de tanto encaminhamento pra fora da Unidade. A gente resolvia aqui”.*

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de

---

equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família <sup>(64)</sup>.

O Programa de Saúde da Família, atualmente, tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da atenção básica <sup>(35)</sup>.

O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão <sup>(39)</sup>.

---

A reorganização do sistema de saúde com necessidade de planejamento, a partir da análise loco-regional das diferentes realidades sociais e econômicas, num processo que respeite capacidade dos municípios e responsabilização, é um importante mecanismo de gestão para atendimento das necessidades em saúde das populações que buscam serviço público de saúde, localizadas nas diversas regiões do estado.

### **SEGUNDA CATEGORIA: A CONDIÇÃO DO SER ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI**

Nesta categoria aparecem os seguintes temas:

#### **C- PECULARIDADE POR ESTAR NA FUNDAÇÃO CASA**

#### **D- PRECONCEITO PELA SOCIEDADE**

A Fundação CASA, enquanto executora das medidas sócioeducativas, garante que as ações de promoção e assistência à saúde sejam desenvolvidas dentro das Unidades de Internação, por uma equipe multidisciplinar, que, além de estabelecer um compromisso no atendimento ao adolescente, tem como um dos desafios coibir qualquer forma de discriminação por parte dos prestadores de serviços e da sociedade.

A infração juvenil tem sido entendida sob enfoques diversos pela sociedade, mas a questão do preconceito é um fenômeno cuja natureza impede a adoção de modelos explicativos.

Apresentaremos a seguir temas e falas que elucidam questões inerentes a estas afirmações supracitadas.

**TEMA C:**  
**PECULARIDADE POR ESTAR NA FUNDAÇÃO CASA**

A Fundação CASA possui equipes de saúde direcionadas ao desenvolvimento de procedimentos de atenção integral à saúde do adolescente, como ações de promoção, prevenção e assistência, no âmbito das Unidades, e o atendimento é considerado melhor do que se ele estivesse recebendo tratamento fora dela:

*05. 01 “... eu acho o seguinte: que quando o adolescente ta lá fora, ele tem a necessidade de ser atendido na consulta médica ou até mesmo passar no PS, eles têm mais, maior dificuldade do que os adolescentes que tão aqui. (...) aqui eles tem muito mais que lá fora, entendeu? Atendimento odontológico (...) médico, psicológico. (...) na hora da medicação, a gente ta fazendo. Lá fora eles não tinham esse tratamento (...) aqui dentro eles são muito bem tratados. Muitos deles nem tinham carteira de vacina, vacinação (...) Aqui dentro ta tudo certinho”.*

Oportuno salientar a incorporação de preceitos modificadores de hábitos, usos e costumes no trato com o adolescente autor de ato infracional. Sob esta perspectiva, o pensamento dos profissionais de saúde da Fundação CASA é de que lhes compete o compromisso da assistência a partir do atendimento oferecido pela rede externa, pois o adolescente é sujeito precedido de direitos, em especial à saúde.

Vejamos alguns relatos:

*01.06 “Quando precisa de acompanhamento por mais tempo, é marcado, agendado, nós levamos a serio, porque eles nos ajudaram”.*

*06.06. “Então compete a mim, enquanto auxiliar de enfermagem, prestar a assistência e zelar pela saúde do adolescente, mas ta complicado porque não tem seqüência nas coisas e eu acho que as coisas no Brasil não vão pra frente (...). Então eu acho que, se a gente passa o problema pra alguém, alguém tem que resolver. Agora o problema chega ali e pára”.*

---

08.02. “(...) pudemos estar contribuindo para maior eficiência e eficácia para o retorno do adolescente ao convívio social. (...) nós da área da saúde, compomos a sociedade e temos que contribuir num interesse que importa a toda a sociedade que é cuidar daqueles que serão nossos herdeiros e vão ocupar nosso lugar no futuro. Nossa preocupação é promover e manter as condições de saúde e preservar a vida sem riscos”.

O compromisso com a saúde e qualidade de vida da população jovem adquire uma nova radicalidade, no sentido de um confronto essencial com demandas e desafios que, embora não se restrinjam aos limites dos serviços de saúde, incorporem estes espaços assistenciais como um importante lócus de transformação e de garantia ao usufruto de direitos. A enfermagem deve-se basear nos princípios da articulação interinstitucional, de ações voltadas ao compromisso com a promoção da saúde do adolescente <sup>(65)</sup>.

O atendimento médico oferecido dentro das Unidades de Internação da Fundação evita o deslocamento dos adolescentes para fora da Unidade.

O modelo de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde para atendimento do adolescente em cumprimento de medida sócioeducativa é o de atenção básica. As situações de emergência exigem encaminhamento para unidades de socorro de referência <sup>(66)</sup>.

04.02 “... o atendimento pelo, aqui também de médico, diminuiu bem a saída. Foi bom. Assim, porque a gente saí só numa emergência, especialista (...) diminuiu muito com a Doutora”.

04.06 “Eles acham que, sei lá, o projeto, ele não teve isso nunca, agora ele tem. Lá fora é a real, outra coisa, aqui é irreal, porque quando ele sai lá fora não vai ser assim”.

05.05 “O Estado tá dando uma oportunidade pra eles, eles não podem achar que vai ser a vida inteira assim. Quando ele sair, eles vão ter que ir no Postinho, marca, aguarda a vaga, no PS, aguarda a vaga, espera pra ser atendido, como qualquer outro adolescente”.

---

O princípio da equidade do SUS prevalece no atendimento, ou seja, mesmo sendo o adolescente privado de liberdade, ele aguardará a vaga como qualquer outro cidadão, pois não é devida sua condição que terá privilégio no atendimento à saúde. O SUS é igual para todos!

*02.02. “Agora a gente tem seguir o esquema que é do SUS mesmo (...) levar o menino pra UBS pra passar por um clínico geral. Daí quando ele concorda, (...) ele encaminha. (...) o adolescente entra no esquema, que é a fila do SUS, dificulta mais ainda. Não é que porque é menino da FEBEM que vai ter privilégio”.*

*07.01. “Aqui tem o Ambulatório Regional. Geralmente a resposta é positiva. (...) É difícil o encaminhamento, né!. Demora, porque o SUS demora bastante. O adolescente entra na fila igual aos outros. É igual à população que espera na fila do SUS pra ser atendido”.*

Os profissionais da Fundação consideram dificultoso o encaminhamento do adolescente para a rede externa. Um dos agravos é o risco de fugas.

*03.13 “Impossibilidade de ficar deslocando os funcionários e adolescente para os diversos Postos de Saúde dos bairros da cidade, sendo necessária a fixação de uma Unidade de referencia”.*

*09.03. “As nossas referências são as cidades vizinhas. O que é difícil é a saída do adolescente da Unidade, que devido a distância, eu acho que aumenta o risco de fugas, entre outras coisas, e precisa de uma escolta maior”.*

Ao serem encaminhados para atendimento na rede externa de saúde, surge a necessidade de que o atendimento seja o mais breve possível, a fim de garantir a segurança. Há risco de fuga devido ao grande fluxo de pessoas no local, haja vista que o número de agentes de segurança/funcionário que acompanha o adolescente é mínimo, muitas vezes até desproporcional: um agente acompanha três ou mais adolescentes, acabando assim por desfalcar também a equipe que fica na Unidade executora da medida sócioeducativa.

---

---

Importante os profissionais de saúde terem conhecimento de que o adolescente autor de ato infracional, pode vir acompanhado pela polícia civil, militar ou por funcionário da Unidade. A necessidade de escolta está vinculada à gradação de risco: se o adolescente não registra antecedentes, convívio criminal e situação cujo interesse em fuga ou resgate não existe porque o mesmo está prestes a receber liberdade, a escolta é realizada por funcionário da própria Unidade. Já quando o adolescente tiver sido autor de ato condenável, como um crime de comoção social, não possuir estrutura social ou fazer parte de uma quadrilha, o deslocamento externo do adolescente será realizado pela escolta armada.

O índice de ocorrência de libertação do adolescente é alto, pela sua notoriedade no mundo criminal, por muitos terem envolvimento com o crime organizado e, principalmente, por ser de responsabilidade do servidor da Fundação CASA zelar pela integridade física do adolescente, conforme disposto no Art. 125º do ECA <sup>(25)</sup>:

*“É dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança”.*

Ao identificar que o adolescente enfureceu-se, que há risco de ferir-se e acometer outras pessoas, cabe aos funcionários do setor de segurança, o uso de medidas de contenção, que é algema-lo. E ao identificar a lei, como uma forma de receber agilidade no atendimento, se comparado com o cidadão comum que também aguarda pelo atendimento, o adolescente pode reivindicar a preferência.

---

Isso pode ser demonstrado pelos seguintes relatos:

05.02 *“Tudo pra eles que demora é uma razão tipo, de confronto, eles não aceitam, porque eles já sabem que pra eles é tudo rápido, eles não aceitam demora em nada (...) eles querem (...) que marque rápido, mas daí nessa hora bate o confronto com o pessoal lá fora, porque esteja aqui ou lá fora vai ser demorado do mesmo jeito”.*

12.03. *“(…), por exemplo, uma emergência, um atendimento de certa urgência, é... eles tem preferência em passar na frente. Então, mesmo ele chegando no pronto socorro, mesmo que tenham outras pessoas que chegaram antes dele, mas a gravidade seja muito parecida, com certeza eles irão ser atendidos primeiro, (...)”.*

O Art. 4º do ECA <sup>(25)</sup> enfatiza que:

*“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à saúde. Consta no Parágrafo Único deste artigo, que a garantia de prioridade compreende a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias e a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública”.*

#### **TEMA D:**

#### **PRECONCEITO PELA SOCIEDADE**

É de responsabilidade do SUS assegurar a oferta de serviços para a população, fortalecendo o caráter público das ações e prover a saúde, coibindo qualquer forma de discriminação, sugerindo métodos relacionados ao propósito de garantir os serviços em todos os níveis de complexidade.

O adolescente que cumpre medida sócioeducativa aciona o serviço de saúde para a sociedade de suas necessidades, para o fulcro daquele que o reconhece como um ser humano e que possui a capacidade de ofertar-lhe respostas para os problemas da vida e de sua patologia. Não se deve subestimá-lo, porque assim como qualquer outra pessoa que se dirige ao estabelecimento de saúde ele deve ter garantida a oferta de serviços e ser respeitado assim como os outros cidadãos, fortalecendo o caráter humanitário da relação.

Na verdade, é comum encontrarmos pessoas que apresentam certa incompatibilidade em relação ao atendimento do adolescente infrator.

A análise das evidências, a partir da percepção dos profissionais entrevistados, constata a relutância dos profissionais da rede de saúde em fornecer atendimento, considerando não ser sua atribuição o atendimento de adolescentes da Fundação CASA. Esse argumento consta em vários depoimentos:

*01.01 “Os meninos precisavam de atendimento no Pronto Socorro ou no Posto de Saúde ou outro lugar, Policlínicas, no C.U.C.A. Os meninos não eram aceitos de jeito nenhum, a gente tinha complicação e tinha médico que dizia que não era médico da FEBEM”.*

*06.05. “Eu particularmente já saí chorando de Unidade Básica, de Hospital por causa de coisa que a gente ouve das pessoas. (...) o médico, até mesmo os funcionários, quando a gente chegava no lugar falavam que eles não eram obrigados a atender moleque da FEBEM. Daí eu falava, que como não atender? Eles tão nessa cidade eles são munícipe igual eu e igual o Senhor. (...) eles têm direito ao atendimento. (...) eu me sinto indignada. Porque independente do que eles fizeram ou deixaram de fazer, eles já tão sendo julgados, eles já tão cumprindo”.*

*09.02. “O que é notável também, a discriminação. (...) dos adolescentes menores infratores, pelos profissionais de saúde da rede externa. Porque eles acham que eles não têm o dever de atender os meninos da FEBEM. (...) eles esquecem que o adolescente, todo cidadão tem direito à saúde, independente de sua raça, cor, religião ou poder aquisitivo”.*

A grande preocupação ante este cenário é que, mesmo quando atendidos pelo profissional da rede externa, evidencia-se a falta de interesse em assistir este tipo de população, deixando-se de reconhecer que antes de ser um adolescente autor de ato infracional, ele é cidadão como os demais usuários do SUS e está ali para sanar suas necessidades. Assim, fica exposta a preocupação dos funcionários da Fundação CASA ao acompanharem o adolescente nos atendimentos:

---

07.03. *“Um dia eu fui levar um menino no PS da UNESP, que tinha torcido o pé. Daí nós ficamos na VAN da Unidade, esperando quase duas horas, o médico atender. Como demorou muito eu fui ver o que tinha acontecido e a funcionária do PS falou que tinha perdido o encaminhamento pro RX do menino. (...) ela disse que não tinha culpa, que era muita gente pra ser atendido ali, que aquilo não era emergência e que podia esperar, (...). Eu expliquei tudo, que era moleque da FEBEM, que não poderia ficar ali muito tempo, mas não adiantou. (...) ficou sem atendimento porque nós voltamos embora. (...) mesmo explicando é difícil”.*

11.07. *“(...) os casos (...) de DST, o adolescente fica muito preocupado, só que o médico fala que... isso não é nada, amanhã sara, você vai levar esse remedinho aqui e já tá bom. (...) o remédio às vezes demora pra chegar e aí é uma preocupação deles, né! (...) as pessoas falam que não tem que se preocupar com isso, porque é doença lá de fora, veio de fora e trata depois. (...) a gente que tem conhecimento disso tem que tá resolvendo”.*

Neste depoimento é incontestável a recepção diferenciada pelo prestador de serviço:

06.03 *“(...) na Unidade Básica (...) já começa desde os funcionários, (...) tens uns que (...) pelo fato de a gente precisar deles, eles sente poder, entendeu, não tem como explicar. Tem muita coisa que deixa a desejar aqui porque não tem médico, não tem nada”*

Por todas as peculiaridades que fazem parte da adolescência, não é raro encontrarmos profissionais de saúde que relutem em assistir adolescentes. Este fator é ainda mais complicado quando se trata de adolescente autor de ato infracional.

Quando um adolescente é atendido por alguém que não gosta dele, obviamente sofrerá mais danos, direta ou indiretamente, do que por alguém com real interesse. A indiferença sentida pelos jovens por parte dos profissionais reflete o despreparo dos mesmos frente à situação. A fuga e o aparente desinteresse acabam fazendo uma relação conflitiva, com cobranças e perdas por ambas as partes <sup>(67)</sup>.

Embora sendo um ser humano que vive uma fase histórica de sua vida desviada da conduta social “normal”, o adolescente autor de ato infracional deve ser ouvido e compreendido pelos profissionais de saúde que o assiste nas suas necessidades.

Atualmente discute-se a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário dos serviços.

O SUS instituiu uma política de saúde que, apesar de avanços acumulados, hoje ainda enfrenta a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, precária interação nas equipes, burocratização, verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde <sup>(68)</sup>.

A humanização do atendimento abrange fundamentalmente iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. O desafio da humanização diz respeito à possibilidade de se construir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades <sup>(69)</sup>.

A dignidade jamais deve ser esquecida ou colocada em segundo plano. A prática da humanização deve ser observada ininterruptamente. O

---

---

comportamento ético deve ser o princípio da vida e da organização, uma vez que ser ético é preocupar-se com a felicidade pessoal e coletiva <sup>(70)</sup>.

Enquanto diretriz operacional do SUS, o acolhimento apresenta-nos uma possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos clientes de certo estabelecimento de saúde. Propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume a sua função recíproca: a de acolher, escutar e dar respostas positivas, capaz de resolver os problemas de saúde da população;

- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; o segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde, devendo dispor de um atendimento organizado,

---

---

diversificado e humano, nas diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento com os pacientes <sup>(35)</sup>.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo <sup>(72)</sup>.

Compreender e aceitar as adversidades não é tarefa fácil, especialmente no que tange à presença do adolescente autor de ato infracional na sociedade, que rejeita a idéia de que seja atendido primeiro. Percebe-se que ela não o considera como um cidadão comum.

*01.03. "... o lugar que nem o PS que a gente chega, explica que é da FEBEM e no PS a gente passa primeiro. (...) diante da sociedade é mais difícil chegar lá com o menino, porque ele não é bem aceito, o pessoal participante, eles olham, correm de medo, saem de perto por causa de ser preso, não é aceito. Vejo que eles olham e falam assim: preso, matou e ainda passa na nossa frente. Daí às vezes, a gente tem que explicar que tem que passar na frente porque é muito perigoso, corre risco de resgate. (...) o médico ficava com medo e não queria atender".*

*04.03 "Não adianta a gente achar que o povo lá, da sociedade nossa toda lá fora, vai aceitar assim fácil, que não aceita mesmo (...) não precisa muita coisa porque, antes não se preocupava, agora tá aí, agora vai esperar, esse tipo de coisa. Também, as pessoas que tão lá esperando uma consulta, não vão, não querem dar a frente pra eles".*

*04.04 "Parece que a gente é um "monstro" ali. Pra quem tá lá esperando é difícil e não pode passar ele na frente (...). Não é fácil sair daqui com um menor infrator, porque aqui tem estrada, com a VAN e a gente não sabe o que pode acontecer".*

*05.03 "... a gente chega no PS, e pela prioridade eles passam na frente de todo mundo. Muitas vezes é pela periculosidade (...) Muitos deles não são aquele "bicho" que todo mundo pensa, acho que não tem necessidade".*

---

---

O adolescente que cumpre medida sócioeducativa, assim como outros adolescentes que não da sua condição atual, tem prioridade no atendimento, causando com isso indignação nos outros cidadãos. A sociedade não compreende que por questões de segurança, este adolescente deve deixar o local o mais breve possível.

*07. 02. “E outra coisa que eu acho errado é que a gente chega com um adolescente que é da FEBEM, ta com a segurança, que tem que passar na frente, e eles não deixam passar na frente. A gente fala tudo, mas não adianta. O médico não autoriza e isso acontece direto no ARE. Não passa na frente, claro, mas eles reservam uma sala pra ficar os adolescentes. (...) Não sei se é preconceito ou curiosidade de saber o porquê que o adolescente ta naquela situação, mas todo mundo fica olhando e ele se torna o alvo de picuinhas entre as pessoas”.*

Além disso, o fato de ser adolescente autor de ato infracional remete a um olhar punitivo, um indivíduo de elevada vulnerabilidade e associado a intervenções imediatas pela sociedade, a fim de suprir o mal cometido.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos consagrou inúmeros valores que passaram a serem adotados por diversos diplomas, sistemas e ordenamentos jurídicos. Liberdade, solidariedade, justiça social, honestidade, paz, responsabilidade e respeito à diversidade cultural, religiosa, étnico-racial, de gênero e orientação sexual são os valores norteadores da construção coletiva dos direitos e responsabilidades. Sua concretização se consubstancia em uma prática que de fato garanta a todo e qualquer ser humano seu direito de pessoa humana. Diante disso, deve-se reconhecer o adolescente como um sujeito pertencente a uma coletividade que também deve partilhar tais valores.

Os adolescentes em conflito com a lei caracterizam-se segundo os estudos de interação social, como pessoas com sérias deficiências em

---

habilidades sociais e em resolução de problemas, bem como pessoas que sofrem de sentimento de inferioridade, mantendo-se fiéis a um sistema de padrões de comportamento bastante divergente do adotado pelos cidadãos que respeitam a lei <sup>(73)</sup>.

A imagem extremamente positiva que os jovens tem de si mesmos talvez funcione como uma defesa perante a sociedade, que transparece uma visão negativa sobre a juventude. Essa visão positiva não traduz ingenuidade, pois a uma visão global do “ser jovem” se conjuga uma reflexão do porquê ser da forma que se é, apesar dos conflitos na aceitação da forma de ser e sentir, e ambigüidade naquilo que se deseja ser <sup>(74)</sup>.

### **TERCEIRA CATEGORIA: O DIREITO A SAÚDE**

Nesta categoria aparecem os seguintes temas:

#### **E-VIOLAÇÃO DOS DIREITOS**

#### **F-RECONHECIMENTO DOS DIREITOS**

Os temas indicam a saúde como direito e, por outro lado, a violação no atendimento à saúde por parte dos profissionais da rede.

#### **TEMA E: VIOLAÇÃO DOS DIREITOS**

Embora o adolescente possua direito de utilizar os serviços de saúde assim como um cidadão comum, pode-se observar que os serviços infringem os direitos adquiridos, negando-se a fornecer atendimento. Por outro

---

lado, para garantir o direito de utilizar uma vaga para atendimento e acompanhamento à saúde, torna-se necessária interferência judicial.

Ao longo da história há muitos desafios a serem superados, no que diz respeito ao atendimento à saúde do adolescente autor de ato infracional. Isso tem exigido dos profissionais da Fundação constantes questionamentos sobre o direito à saúde e, em contrapartida, a violação do direito adquirido:

03.12. *“... quando ele entra, fazer todos os exames de rotina, como qualquer outra pessoa tem direito de fazer no Posto, né. (...) hemograma, glicemia, (...). Todos os exames de rotina (...) os normais que a gente costuma pedir, aí vai e faz tudo. Aqui ele não faz nenhum exame de rotina, então o que o nosso médico pede do exame de rotina é que (...) sejam feitos. Porque o menino tem direito de ser cuidado. A gente quer cuidar, mas a gente chega no Posto e eles querem barrar”.*

Em conformidade com o fato de que o adolescente deve ser atendido pela rede de saúde e que nem sempre isso é assegurado, o judiciário é chamado a intervir para evocar o Estado, a fim de que este possa atender à universalidade dos cidadãos:

01.07 *“Principalmente psiquiatria, quando o juiz determina acompanhamento mensal, tem vaga todo mês, o médico marca retorno”.*

03.04 *“Daí agora eles dizem que todos os encaminhamentos, como tem o sistema novo, né... que eles estão fazendo nos Postos, então os nossos adolescentes não pertencem ao bairro daquele posto (...) não querem fazer por aquele Posto. Então qual Posto seria destinado aos nossos adolescentes? Quem atenderia se eles também podem usar o SUS, né...”.*

12. 02. *“Eu acredito que, talvez por, na maior parte das vezes ser uma solicitação via judicial, pelo menos é o que eu tenho na maior parte das vezes, (...) os profissionais (...) darem uma certa preferência. Todas as solicitações são atendidas, de certo modo comparando com o não infrator, bem mais rápido, em todos os locais, em todas as instituições que eles são encaminhados”.*

Esses diálogos são exemplos dos dilemas provocados pelo aumento da demanda e do reflexo da crise social que permeia o atendimento à

---

saúde por meio do SUS decorrente da inoperância dos serviços.

A interferência jurídica no âmbito clínico revoluciona os padrões do Sistema Único de Saúde, desafiando os gestores da área e pacientes a lidarem com situações imprevistas.

O Ministério Público, além da atuação político administrativa, seja no acompanhamento das políticas de saúde, na mediação de conflitos por meio de termos de ajustamento de condutas, ou mesmo na fiscalização do sistema de saúde, dispõe de mecanismos judiciais de atuação, tais como as ações civis públicas <sup>(75)</sup>.

O acesso da população à justiça e a rapidez na obtenção da resposta jurídica permitem o controle popular relativo ao direito à saúde. Quando a população tiver a certeza de um julgamento justo, de nenhum prejuízo material ou moral por ter acionado a máquina judiciária e acreditar que a solução virá em tempo de corrigir a situação de injustiça questionada, ela promoverá a responsabilização do município pelo seu direito à saúde <sup>(76)</sup>.

Uma maneira de reivindicar o direito ao atendimento, sem ser por via judicial, seria a atuação do Conselho Municipal de Saúde, existente nos municípios.

Cabe ao Conselho Municipal de Saúde ser o advogado e influir nas diretrizes, participar das reivindicações e defender os direitos dos cidadãos. Além disso, deverá agir junto ao poder público e judiciário e influenciar suas decisões. Compete-lhe representar uma nova instância de apoio e assessoria aos "movimentos sociais" que buscam a melhoria do atendimento e da saúde coletiva da população brasileira. O discurso mais recorrente com relação ao direito à saúde se refere a algo inerente ao ser humano, que numa visão jus naturalista

---

sobrepõe a existência do Estado ou das leis, mas que cabe ao primeiro garanti-lo. As leis são apontadas como um importante instrumento, que deve ser utilizado para fazer valer o direito <sup>(76)</sup>.

O Conselho de Saúde é um órgão permanente de fiscalização previsto na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde Nº 8080/90 e 8142/90, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Exercita o direito de incorporar nas políticas públicas as reivindicações e os interesses daqueles que representam. É composto por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços e representam, na prática, uma das instâncias do controle social do SUS. Os conselheiros de saúde podem contar com o Ministério Público, como seu aliado, em suas reivindicações <sup>(75)</sup>.

Portanto, cabe aos Conselhos Municipais de Saúde atuar em conjunto com o Ministério Público, a fim de que os princípios do SUS sejam realmente efetivados nas políticas públicas, e se necessário adotar mecanismos não convencionais para a garantia de direitos.

#### **TEMA F:**

#### **RECONHECIMENTO DOS DIREITOS**

Dentro deste tema convergem unidades que indicam a saúde como direito dos adolescentes, bem como o avanço em utilizar os serviços disponíveis pelo SUS. Surge a proposta de criação de um sistema específico para atendimento ao adolescente que cumpre medida sócioeducativa - política de atendimento visando a melhores condições de atendimento e encaminhamento.

Segundo percepção dos profissionais, o adolescente é hoje aceito no SUS, uma vez que pelo Estatuto da Criança e do Adolescente trata-se de um direito adquirido:

*01.02 “Hoje a gente tá bem aceito no sistema e os profissionais começaram a perceber que eles também têm direito a serem atendidos. (...) com o tempo eles começaram a aceitar (...) perceber que também o adolescente faz parte do sistema único de saúde, o SUS (...) no Posto de Saúde, o da Aparecidinha, onde o médico dá encaminhamento com agendamento, como assim, lá fora como cidadão que começa a fazer o acompanhamento certinho”.*

*01.08 “Hoje se eu preciso sair com um adolescente pra algum lugar pra atendimento, eu saio tranqüila e acho que vou ser bem aceita junto com o menino. (...) hoje, eles vêem no sistema que o adolescente tá aqui na FEBEM, preso ou lá fora, também faz parte do SUS e que a saúde é direito de todos, não importa se é menino da FEBEM”.*

Conforme o Art. 11º do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA <sup>(25)</sup>:

*“É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.*

A saúde é um direito de cidadania, sendo função do Estado, assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Cabe as entidades e/ou programas que executam as medidas sócioeducativas a garantia da equidade de acesso à população de adolescentes que se encontram no atendimento sócio educativo, considerando suas dificuldades e vulnerabilidades, às ações e serviços de atenção à saúde da rede, do Sistema único de Saúde - SUS <sup>(22)</sup>.

O adolescente que cumpre medida sócioeducativa é considerado

---

---

um munícipe, embora lute pela conquista de espaços para aumentar sua participação social, nos municípios onde está inserido. Portanto, é usuário dos serviços de saúde da rede municipal, independente de seu endereço de origem, enquanto estiver na Unidade.

É de responsabilidade dos municípios promoverem a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situações de desigualdade <sup>(77)</sup>.

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União. Ele deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, a ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais. <sup>(39)</sup>

Vejamos um exemplo:

*06.05. “Eu particularmente já saí chorando de Unidade Básica, de Hospital por causa de coisa que a gente ouve das pessoas. (...) o médico, até mesmo os funcionários, quando a gente chegava no lugar falavam que eles não eram obrigados a atender moleque da FEBEM. Daí eu falava, que como não atender? Eles tão nessa cidade eles são munícipe igual eu e igual o Senhor. (...) eles têm direito ao atendimento. (...) eu me sinto indignada. Porque independente do que eles fizeram ou deixaram de fazer, eles já tão sendo julgados, eles já tão cumprindo”.*

O adolescente autor de ato infracional tem sido alvo sistemático da violação de direitos. No entanto, é importante reconhecê-lo com inúmeras características e possibilidades.

A equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa

---

oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem. Em recente trabalho, o Center of Health Equity Training, Research and Evaluation - CHETRE (2000) apresenta uma boa síntese conceitual desenvolvida a partir da definição de Whitehead (1992). Segundo o CHETRE, o conceito de equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde <sup>(78)</sup>.

Além das dificuldades inerentes à implementação de ações voltadas à promoção e proteção da saúde de crianças e adolescentes (ação indireta), freqüentemente, as intervenções de saúde pública se prestam a compensar as incapacidades do meio ou até mesmo a falta de comprometimento dos adultos. No Brasil, os direitos fundamentais à infância e à adolescência encontram-se assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que constituiu uma avançada legislação. Segundo os princípios de proteção integral, crianças e adolescentes devem ser tratados como sujeitos de direitos – cidadãos, e como grupo prioritário, tendo em vista que o estágio de desenvolvimento bio-psico-social em que se encontram. Essas peculiaridades lhes conferem necessidades especiais e imediatas, devendo ser uma das prioridades na área da saúde <sup>(79)</sup>.

A compreensão de que adolescentes devem ser alvos de políticas de proteção que assegurem o desenvolvimento saudável em condições dignas de existência tem introduzido reflexões significativas sobre o alcance dos programas de atendimento dos autores de atos infracionais existentes. É preciso a busca de referenciais, pois o modelo disciplinar e curativo não dá conta de garantir a proteção à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência <sup>(79)</sup>.

---

Há um eixo principal quando se aborda o tema saúde, em se tratando de políticas públicas: a necessidade de desenhar políticas específicas de atenção à saúde dos jovens. No âmbito do governo federal, programas importantes foram desenvolvidos nesta última década. Careciam, contudo - como ainda ocorre hoje - de maior coordenação entre eles e, sobretudo, de uma definição conceitual clara a respeito da juventude, que apontasse para uma estratégia de abordagem integrada, inovadora e abrangente<sup>(78)</sup>.

A “Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde” é regida por seis princípios básicos de cidadania, que asseguram a qualquer cidadão o direito ao ingresso digno no sistema de saúde, seja ele público ou privado: que não basta, em outras palavras, garantir o acesso e/ou o direito ao sistema público de saúde. Muito além de possibilitar o acesso é preciso criar uma consciência política nos usuários para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade<sup>(80)</sup>.

Quando o Brasil reconhecer constitucionalmente que todo povo tem direito à saúde e esse direito tão complexo só pode ser definido e garantido pelo município, se terá dado o primeiro passo para a conquista efetiva da saúde para todos<sup>(76)</sup>.

Quando a população reconhecer o verdadeiro papel do município na aplicabilidade dos princípios do SUS e a sua responsabilidade na garantia aos serviços de saúde, poderá cobrá-lo sobre o cumprimento da sua obrigação legal.

---

---

**QUARTA CATEGORIA: A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Nesta categoria aparecem os seguintes temas:

**G- O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL INTERFERINDO NO AGENDAMENTO DE CONSULTAS****H- A IMPORTÂNCIA DA PACTUAÇÃO DA GESTÃO NO ATENDIMENTO À SAÚDE**

Os temas indicam que o relacionamento interpessoal mantido entre funcionários da Fundação CASA e das instituições prestadoras de serviços do SUS, agiliza o atendimento à saúde dos adolescentes, interferindo no fluxo estabelecido pelo SUS para os demais usuários, decorrente da falta de vagas nos serviços. Sendo assim, a cobertura de atendimento pactuada pelo município e a própria Fundação CASA acaba por ser influenciada por um mecanismo incondicional nas políticas públicas.

**TEMA G:  
O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL INTERFERINDO NO AGENDAMENTO DE CONSULTA**

Verifica-se que o relacionamento de amizade entre os profissionais que atuam nos serviços é um aspecto determinante para a agilidade no encaminhamento e agendamento dos adolescentes.

A informalidade dos encaminhamentos não obedece aos fluxos estabelecidos pelo sistema de referência e contra-referência, assim, o atendimento do adolescente depende do relacionamento e do vínculo do profissional que o atende, com os serviços de saúde.

---

Dessa forma, embora encontre dificuldade no agendamento de especialidades, as tentativas não cessam, pois a prioridade é que os adolescentes sejam atendidos.

04.05. *“A gente tem encontrado bastante dificuldade em especialidade. Não atende. A gente pede pra um, pede pro outro e eu trabalhei oito anos em psiquiatria, clínica cirúrgica, a gente vai tentando, pede pra um, pro outro, porque a gente conhece umas pessoas. (...) alguma especialidade que a gente consegue encaixar (...) porque pra nós a prioridade é que vão e volte bem. Alguns precisam de oftalmologista, mas mesmo a gente que ta lá fora esperando demora três, quatro meses, pra eles não vai ser diferente. Tem coisa que é difícil e tem coisa que ta dando pra superar”.*

06.02. *“(...) encaminhamento pra algum lugar, que nem em Botucatu, na UNESP, sempre a gente conseguiu. Com exceção do oftalmo, que a demanda é muito grande, mas, o pessoal de lá sempre ajudou muito a gente, porque a gente precisa da escolta, então eu sempre conversava com as meninas de lá do agendamento e explicava pra elas a nossa dificuldade. (...) no nosso caso ela abriu uma exceção (...)”.*

12.04. *“Só se eu não estiver conseguindo preencher direito as minhas guias de referência e contra referência para os não nenores infratores. (...) o único lugar que eu preencho (...) é no Posto de Saúde. Por exemplo, uma consulta com o gastro, (...) demora quarenta e cinco a sessenta dias. Já com o menor infrator não leva este período. Parece que é mais rápido. Principalmente se for psiquiatria, neuro. (...) vou citar um caso, (...), em menos de um mês conseguiu uma tomo, uma angioressonância. Então é impressionante, eu achei que foi muito rápido. Pode até ser que alguém com influência conseguiu agendar mais rápido”.*

O Hospital Estadual é referência para atendimento de especialidades, internações e pronto atendimento. Ele atende pacientes somente através de encaminhamentos de diversas instituições do SUS. Mas, diante da relação existente entre as direções, não necessitava de encaminhamento por uma referência. O adolescente era acompanhado por uma auxiliar de enfermagem até a Instituição, conforme fala da mesma:

02.01 *“... mais ou menos cinco anos (...) tinha um acordo entre cavalheiros que foi firmado com o Hospital Estadual. (...) a gente mesmo via que o menino tinha (...) fazia o encaminhamento e passava o menino, dava certo, sempre deu certo. (...) o menino que era encaminhado para o Lauro de Souza Lima, pra dermatologia, tinha o encaminhamento aqui, a gente ligava lá e já agendava, não precisava passar pela fila do SUS”.*

Em especial, uma funcionária que atende na unidade executora de medida sócioeducativa e na rede de saúde possui facilidade em encaminhar o adolescente para consulta, quando necessário, garantindo-lhe a vaga para atendimento:

10.01. *“Eu não tenho nenhuma dificuldade em encaminhar os adolescentes para a rede externa, pra especialidades, quando necessita, pois trabalho na rede pública há mais ou menos dezoito anos e isto facilita os encaminhamentos, quando necessário”.*

Todavia, a garantia de acesso é prejudicada quando, no âmbito interno do serviço, o colaborador não beneficia e contribui para o alcance das metas do atendimento. Decorrente disso, a realidade não mais beneficiará o adolescente:

11.01. *“(...) lá no NGA tinha as pessoas lá que eram mais conhecidos (...) então tudo funcionava mais rápido. É! Mas daí, o rapaz que atendia, ajeitava, ajudava a gente, saiu de lá. (...) Daí hoje tá assim, tudo mais... tá mais difícil porque antes a gente conseguia até por amizade. Em Botucatu (...) os oftalmologistas, (...) Era só a gente ligar lá e já marcava tudo certinho. Mas hoje ficou bem mais restrito, difícil. Não consegue mais levar o menino pra oftalmologia. As especialidades do NGA estão praticamente acabadas, não tem como. (...) você fica sofrendo junto com o adolescente. (...) ultimamente tá difícil. Mesmo por causa de transporte, por causa às vezes, de funcionário, né, que tá em falta”.*

É preocupante quando, por mau funcionamento de um fluxo formal de atendimento, se sobressaem os atendimentos que são conseguidos via relacionamentos pessoais. No entanto, essas ações pessoais empreendidas nem sempre são negativas, uma vez que, por vezes, se fazem necessárias como consequência da ineficiência do sistema. Portanto, uma leitura crítica precisa ser feita para que sejam consideradas todas as variáveis do contexto e suas determinações.

Pode-se dizer que a eficiência e a produtividade de um grupo estão estreitamente relacionadas não somente com as competências, mas também com a dinâmica das relações interpessoais, com o seu grau de interação, com influências políticas e sociais <sup>(81)</sup>.

---

**TEMA H:  
A IMPORTÂNCIA DA PACTUAÇÃO DA GESTÃO NO ATENDIMENTO À  
SAÚDE**

A busca de articulação com os gestores municipais e o fortalecimento dos vínculos é fator importante para o desenvolvimento de uma política voltada para suprir as necessidades de saúde do adolescente autor de ato infracional.

O tema articulador é a participação popular na gestão pública e as transformações qualitativas na relação estado/sociedade civil, como referência de um ponto de inflexão e reforço das políticas públicas centradas na ampliação da cidadania ativa <sup>(82)</sup>.

As pactuações com as Secretarias Municipais de Saúde ainda estão em construção e são consideradas um desafio para os profissionais. Além disso, trata-se de um compromisso para derrubar a adversidade que o próprio sistema SUS vivencia, sendo necessária a proposta de uma pactuação que contribua para um sistema efetivo e que dê resultado.

Uma das funções da Unidade executora da medida sócioeducativa é buscar articulações e parcerias com a secretaria de saúde do município, a fim de receber apoio e desenvolver programas especiais que consideram as peculiaridades, vulnerabilidades e necessidades dos adolescentes <sup>(22)</sup>.

Surge a necessidade de criar condições para que o direito a usufruir da rede de saúde municipal seja reconhecido, facilitando o acesso aos serviços de média e alta complexidade, criando mecanismos de gestão que garantam os atendimentos.

Durante o processo de consolidação do SUS, vigente desde 1990,

---

portanto com quase vinte anos de existência, ocorreram transformações na organização do sistema de saúde brasileiro. O pacto de gestão do SUS refere-se ao compartilhamento de responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde de maneira solidária. A construção do pacto de gestão poderá dar outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde, proporcionando condições de existência para todos, além de explicitar os direitos dos indivíduos. Não é “remédio milagroso”, nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede, e sim, assimilar outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS <sup>(83)</sup>.

Ações de saúde dentro de suas Unidades é de atenção básica e as complementares são realizadas pelas unidades de referência do SUS, indicadas pelo gestor municipal e/ou estadual, conforme pactuação, providenciada pela Unidade da Fundação CASA. Os atendimentos de urgência/emergência também são objetos de pactuação com os gestores. A parceria efetiva com os serviços SUS, em nível municipal, possibilita a construção do sistema de referência e contra-referência de forma natural e gradativa <sup>(66)</sup>.

A pactuação com os municípios proporciona parcerias, e conforme diretrizes do SUS <sup>(39)</sup>, a região de saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

Com o decorrer da implantação das parcerias das unidades da Fundação CASA e a sensibilização dos gestores municipais, pode-se pensar na existência de um fluxo de encaminhamento para as unidades de referência do SUS, diretamente do serviço de saúde da Fundação para a rede, uma vez que o modelo de atenção dispensado pela Fundação é o de atenção básica. Com isso,

---

a acessibilidade ampliaria a cobertura de atendimento do adolescente autor de ato infracional.

Segue algumas falas que confirmam esses movimentos na tentativa de pactuação:

*01.04 “Teve que ter conquista no município. (...) porque eles não queriam atender e nós levamos muitos não, de não querer atender. (...) a Prefeitura daqui definiu que um Posto de Saúde que deveria atender os adolescentes. Os meninos ficam na fila de espera igual aos outros. Se a dor persiste, coisa urgente manda para o PS, daí eles são atendidos na hora, senão agenda pelo Posto, daí eles esperam”.*

*03.02 “... foi feita uma reunião pedindo, solicitando ao Secretário da Saúde que estes encaminhamentos sejam feitos por um Posto de Saúde pra que ele seja mais rápido. Então, não se sabe ainda o que vai ser autorizado até o momento, (...) a especialidade é muito difícil (...) por exemplo (...) oftalmologista. Isso é negativo”.*

*03.16 “Saber que eles têm um monte de possibilidade, mas que ninguém ajuda. Então é a primeira vez que a gente consegue chegar até alguém. Não sei se porque a casa é nova, né. Então na verdade eles estão só com a nossa médica, né e a assistência eles não tem”.*

O município deve executar políticas de atenção à saúde, a fim de que os usuários residentes em localidades sem recursos assistenciais não sofram a descontinuidade do atendimento em função da restrição do uso da rede pública.

O acesso às políticas sociais dar-se-á por meio de equipamentos públicos o mais próximo possível do local de cumprimento da medida, em núcleos externos, em integração com a comunidade e trabalhando os preceitos que pesam sobre os adolescentes sob medida socioeducativa e Internação Provisória (22).

*03.10 “Agora o Posto não consegue entender que nós estamos dentro de uma casa com internos, né. (...) eles não pertencem na verdade a nenhum bairro. Eles tão sob os nossos cuidados. Eles não aceitam. Por isso foi conversado com o Secretário. Pra que eles sejam vistos que eles tão aqui, eles tem que atender”.*

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo

da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores municipais.

A Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS 01/01 é marcada por pontos importantes que procuram consolidar os princípios do SUS: a necessidade de deslocar a ênfase do processo de descentralização para a garantia de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis, importância de reafirmar o comando único em cada nível de governo, assegurando que o gestor municipal assuma a gestão do conjunto de ações e serviços em seu território, sempre que estiver plenamente preparado para tanto, a premência de qualificar e reorientar o papel do gestor estadual, deslocando cada vez mais essa esfera das funções de prestação direta de serviços e de relação com prestadores, para as funções de formulação de políticas e planejamento (programação estadual, análises de resultados e impacto das ações de saúde e a capacitação e apoio técnico aos municípios) <sup>(32)</sup>.

O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços <sup>(39)</sup>.

No tocante à descentralização, a gradual transferência de responsabilidades e recursos para as esferas estadual e municipal proporcionou mudanças na gestão da saúde, observando-se o fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios, bem como a expansão da rede de serviços municipais de saúde <sup>(83)</sup>.

---

O município, dentre outras responsabilidades na gestão no SUS, está incumbido de formular e implementar políticas para as áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias da pactuação, promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais.

Além da pactuação, é importante ressaltar que os profissionais envolvidos no atendimento devem ter um olhar especial para os adolescentes em situações de agravos, pois, de acordo com Mauro <sup>(57)</sup>, esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos, por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas, como a criação de mecanismos de integração entre as instituições que lidam com estes grupos.

*10.02. “Os ambulatórios de especialidades deveriam ter pelo menos uma vaga por dia reservada a adolescente, quando este necessita. Não haveria tanta demora pra ser atendido. E na ausência do menor ser atendido, a sua vaga poderia ser liberada para os pacientes que estão aguardando atendimento, pois temos muitas dificuldades na área de oftalmologia, para outras especialidades também”.*

*02.08. “Eu não vejo melhora nenhuma. Eu tenho cinco anos aqui e eu vejo que ta piorando a cada dia. (...) a demanda é grande mesmo. Eu trabalho aí fora e sei que não tem jeito mesmo. Eu até entendo. Deveria ampliar um sistema ou criar um sistema pra atender os adolescentes em conflito com a lei. Aqui não consegue especialidade de jeito nenhum”.*

Porém, nos acordos mantido com diversas instituições de saúde, há dificuldade na parceria, por diversos motivos, conforme percepção de um profissional:

*02.05 “... a Faculdade de Odontologia tinha um acordo com a gente de fazer tratamento nos meninos. Nós já perdemos, porque o adolescente faltava nas consultas. (...) porque nem todo dia tinha escolta. (...) ia um funcionário junto, sem ser da área da saúde e ficava mandando ir rápido, perguntava se iria demorar, porque precisava ir embora logo”.*

---

Com o intuito de aumentar a oferta de serviços na rede de saúde, através das parcerias, verifica-se o insucesso propiciado pela sistemática da dependência de outro setor público para acompanhamento do adolescente e a falta de envolvimento do profissional da Fundação CASA, durante o atendimento.

Diante disso, deve-se exigir maior responsabilidade e reconhecimento dos direitos, pois o adolescente é um sujeito que pertence a uma coletividade que também merece especial atenção. Para cada um desses “atores” existem atribuições distintas, mas o produto final é o mesmo: o de garantir atendimento com qualidade.

As necessidades de saúde na adolescência extrapolam os aspectos orgânico-biológicos, que tem neste grupo pequena expressão como demanda aos serviços de saúde. Desse modo, a apreensão das características sociais da adolescência pode instrumentalizar intervenções com maior potencial de efetividade. A organização de programas voltados à saúde do adolescente requer a consideração das dimensões social e coletiva. Os adolescentes não constituem um grupo homogêneo, mas sim, um conjunto de individualidades, e os critérios técnicos não recobrem a totalidade dos interesses e saúde dos adolescentes. Sendo assim, não existe uma perspectiva única para formular programas de atenção à saúde do adolescente. A menor ou maior efetividade desses programas, por sua vez, está relacionada, entre outros aspectos, ao seu grau de adequação aos objetivos, à acessibilidade e cobertura da população à qual se destina <sup>(84)</sup>.

Se considerarmos que a saúde é algo distribuído de forma desigual entre as pessoas e que os recursos necessários para atender às suas necessidades é finito, é importante refletir sobre a distribuição de recursos da sociedade segundo o princípio da equidade. Políticas equitativas deveriam facilitar

---

o acesso dos mais necessitados, o que contribuiria para a diminuição das diferenças. Portanto, em condições de desigualdade, e até de iniquidade, é imperativo tratar desigualmente os desiguais, para que se alcance um patamar mínimo de justiça no papel do Estado e dignidade na vida dos sujeitos sociais. Cabe então ao Estado a garantia de políticas justas de acesso aos serviços necessários para assegurar aos vulneráveis uma qualidade de vida razoável, que lhes possibilite levar adiante seus projetos de vida. Desse modo, se conclui, então, que o desenho das estratégias de desenvolvimento social deve passar necessariamente por políticas que combinem o desenvolvimento econômico com a superação efetiva das desigualdades<sup>(85)</sup>.

*08.03. “(...) aqui na Unidade é internado adolescentes de toda a região, o que eu acho que faz a população ter mais interesse em querer ajudar. E finalmente, nós já temos concretizado várias parcerias em relação aos atendimentos médicos, odontológico, exames, vacinas, encaminhamento pras especialidades, pronto socorro... Gradativamente estamos envolvendo e nos efetivando”.*

A população também possui seu papel na formulação das políticas públicas de atendimento ao adolescente autor de ato infracional, podendo contribuir com a redução da vulnerabilidade e da exclusão social a que muitos são expostos e, ainda, com a consolidação da cidadania.

---

**MATRIZ NOMOTÉTICA**

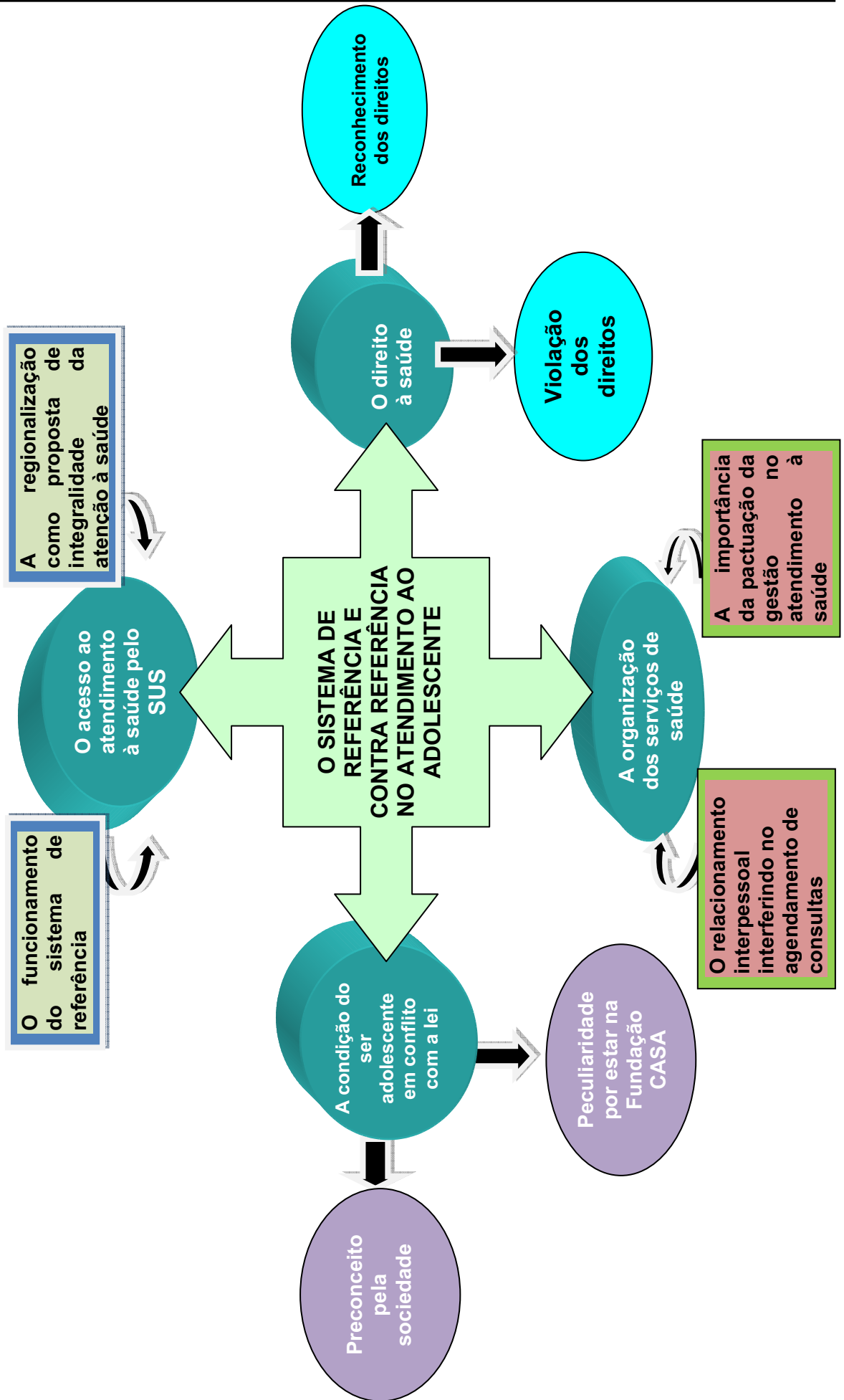
	DEPOIMENTOS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>PRIMEIRA CATEGORIA: O acesso ao atendimento à saúde pelo SUS.</b>													
<b>TEMAS:</b>													
<b>O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA</b>	01.05	02.02 02.04 02.05 02.06 02.07 02.08 02.09	03.01 03.02 03.03 03.06 03.08 03.13	04.05	05.02	06.02 06.06 06.07	07.01 07.04		09.01 09.04 09.05	10.02	11.01 11.03 11.05 11.06 11.08	12.01 12.04	
<b>A REGIONALIZAÇÃO COMO PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>		02.07	03.06			06.01 06.03 06.04		08.03			11.02 11.03 11.04 11.08		

		<b>DEPOIMENTOS</b>												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>SEGUNDA CATEGORIA:</b> A condição do ser adolescente em conflito com a lei.	<b>TEMAS:</b>													
	<b>PECULARIDADE POR ESTAR NA FUNDAÇÃO CASA</b>	01.03 01.06	02.02 02.03 02.05 02.06	03.09 03.10 03.11 03.13 03.14 03.15	04.01 04.02 04.04 04.05 04.06 04.07	05.01 05.02 05.03 05.04 05.05	06.01 06.02 06.06	07.01 07.02 07.03	08.02	09.02 09.03			11.01	12.01 12.02 2.03 12.04
	<b>PRECONCEITO PELA SOCIEDADE</b>	01.01 01.03		03.12	04.01 04.03 04.04	05.03	06.03 06.05	07.03		09.02			11.07	12.02

<b>QUARTA</b> <b>CATEGORIA:</b> A organização dos serviços de saúde.		<b>DEPOIMENTOS</b>											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>TEMAS:</b>  O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL INTERFERINDO NO AGENDAMENTO DE CONSULTAS			02.01	03.06	04.05	06.02					10.01	11.01	12.04
A IMPORTÂNCIA DA PACTUAÇÃO DA GESTÃO NO ATENDIMENTO À SAÚDE		01.04	02.05 02.07 02.08 02.09	03.02 03.04 03.05 03.07 03.10 03.11 03.14 03.16		06.06			08.01 08.03	10.02	11.02 11.03		

TERCEIRA CATEGORIA: O direito à saúde.		DEPOIMENTOS												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
TEMAS:														
VIOLAÇÃO DOS DIREITOS		01.01 01.03 01.04 01.07	02.10	03.04 03.12 03.15 03.16			06.05	07.03		09.02		11.03	12.02	
RECONHECIMENTO DOS DIREITOS		01.02 01.08 01.09		03.04 03.11 03.12	04.07		06.05		08.01 08.03	09.02			12.01	

**ESQUEMA REPRESENTATIVO DA COMPREENSÃO E ANÁLISE DO FENÔMENO**



*5. Considerações  
Finais*



A adolescência é um período ocasionado por diversas mudanças físicas, comportamentais e psicológicas. O adolescente autor de ato infracional, embora desviado da conduta moral e social, é um cidadão e, neste caso, o Estado tem dupla responsabilidade: primeiro porque saúde é um direito de cidadania e também porque estando institucionalizado, está sob a custódia e responsabilidade do Estado.

A análise focaliza as dificuldades do funcionamento do sistema de referência e contra-referência: desproporção demanda/vagas para as especialidades, fatores organizacionais e estruturais do serviço.

A regionalização traz a tona, as diferenças regionais e as adversidades sociais, que influenciam a alocação de recursos no SUS, emergindo a necessidade de planejamento por parte dos municípios, a partir destes preceitos.

Tendo em vista a grande dificuldade de agendamento em consultas de especialidades na rede SUS, a garantia da vaga para atendimento é alcançada por meio de relacionamentos interpessoais, o que dificulta o controle, fiscalização e deliberação por parte dos serviços públicos de saúde.

A presença de uma equipe multidisciplinar para atendimento ao adolescente autor de ato infracional, dentro das Unidades da Fundação, configuram um padrão altamente diferenciado viabilizando a efetiva disponibilidade de oferta e garantia de atendimento e acompanhamento à saúde, o que não é evidente no atendimento na rede SUS.

Embora a missão da Fundação CASA seja a inclusão social do adolescente, notadamente ainda existe o preconceito pela sociedade, refletindo nas dificuldades de integrar as políticas públicas e reconhecer o direito de

---

cidadania para o adolescente autor de ato infracional, assim como para os demais cidadãos, direito este, garantido por lei, efetivamente situado no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sistema Nacional de Atendimento Sócio educativo-SINASE. Para garantia da execução desses direitos, considero a importante participação dos integrantes das equipes de saúde das Unidades da Fundação, os quais possuem a missão de criar mecanismos para o fortalecimento e garantia do atendimento à saúde, na rede SUS, contribuindo para o processo de fusão entre o adolescente e a sociedade: um encontro de direitos e deveres.

O estudo permitiu ainda vislumbrar que as dificuldades de encaminhamento aos serviços de saúde podem ser amenizadas através da pactuação com os gestores dos serviços e o respeito à condição do adolescente enquanto cidadão, podendo diminuir a necessidade de interferência judicial para garantia de atendimento nos municípios onde os adolescentes estão inseridos. Vale destacar que, as mudanças político-institucionais decorrentes da efetivação das parcerias com os serviços de saúde dos municípios, provocam transformações significativas, configurando o adolescente autor de ato infracional como um ator que começa a ser aceito no Sistema de Saúde no Brasil, o que pode já ser considerado, dentre outras ações, um ganho decorrente desta pesquisa e de minha atuação nos processos de pactuação com os serviços de saúde.

É preciso ressaltar que a posição de defesa do acesso do adolescente aos serviços de saúde é uma postura de defesa de cidadania, considerando que não deva ser um privilégio ao adolescente, mas que sejam resolvidos os problemas de acesso a ele, como a qualquer cidadão. Acreditamos ainda que essas ações de pactuação e defesa dos direitos de cidadania devam

---

ser permanentes, rumo à consolidação de sistemas que desejamos reconhecer na realidade e não apenas na avançada legislação da qual dispomos e que é elogiada internacionalmente.

Assim, as evidências vêm ao encontro da necessidade de propostas de gestão e melhoria da organização conforme as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, bem como às formulações no Pacto pela Saúde, no qual se inserem o Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, importantes instrumentos para o aprimoramento do Sistema de Saúde no Brasil.

---

## 6. Referências



1. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):669-80.
  2. Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. Viver e adolecer com qualidade. In: Ramos FRS, organizadora. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*: Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2001.
  3. Calligaris C. *A adolescência*. São Paulo: Publifolha; 2006.
  4. Ruzany MH. Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
  5. Cano MAT, Ferriani MGC, Alves AC, Nakata CY. A produção do conhecimento sobre a adolescência na enfermagem: período 1983 a 1996. *Rev. Latinoam Enferm*. Jan.1998; 1(6): 92.
  6. UNICEF. Alerta! Como estão os adolescentes no Brasil. [on line], 2006 [acessado em 2007 Jan 08]. Disponível em: <http://www.cdof.com.br/crianca4.htm>.
  7. Cardoso CP, Cocco MIM. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Rev Latino am Enferm*. Nov/Dez 2003; 11(6):778-85.
  8. Aberastury A. *A adolescência*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
-

9. Levisky DL. Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
  10. Rocha CRM. Acompanhamento do adolescente no meio social. In: Ramos FRS, organizadora. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2001.
  11. Ribeiro, MO. A criança de/na rua tem uma família: uma família em crise. *Rev. bras. crescimento e desenvolv. hum.* 2001; 11(1): 35-47.
  12. Conselho Federal de Psicologia. *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia; 2002.
  13. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
  14. Sudbrack MFO, Pereira SEFN. Avaliação das redes sociais de adolescentes em situação de risco. In: *Adolescentes e drogas no contexto da justiça*. Brasília: Plano; 2003.
  15. Pereira FRP. *Jovens em conflito com a lei: a violência na vida cotidiana [dissertação]*. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2002.
  16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
-

17. Câmara dos Deputados. Alcoolismo e violência: seminário. Brasília: Coordenação de Publicações; 2004.
  18. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  19. Ribeiro C, Hueb R, Bianco V.C. Violência Intrafamiliar: análise da produção do conhecimento de 1996 a 2005 [monografia]. Jaú: Faculdades Integradas de Jaú; 2006.
  20. Fundação Estadual do Bem Estar do Menor. Internos [série on line]. 2006 [acessado em 2007 Jan 30]. Disponível em: <http://www.febem.sp.br/faiiles/pdf/PesquisaFebem/Pesquisa Internos.pdf>.
  21. Winnicott DW. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
  22. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Sócioeducativo. 1ª ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2006.
  23. Fundação para o Bem Estar do Menor. Plano operativo. São Paulo: Fundação Estadual do Bem Estar do Menor; 2004.
  24. Tafner W. Os desafios de São Paulo no tratamento do adolescente autor de ato infracional. [on line] [acessado em 2007 Jan 03]. Disponível em: <http://www.risolidaria.org.br>.
-

25. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
26. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1988.
27. Portaria No. 1.426 de 14 de julho de 2004. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação e implementação a atenção a saúde dos adolescentes em conflito com a lei [on line]. 2004 [acessado 2007 Jan 03]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/Port2004/pt-340.htm>.
28. Cury L. O adolescente e a Saúde Pública. [periódico on line] 1999 [acessado em 2006 Dez 27]. Disponível em: [http://www.usp.br/arquivo/1999/jusp498/manchet/rep\\_res/repint/pesqui2.htm](http://www.usp.br/arquivo/1999/jusp498/manchet/rep_res/repint/pesqui2.htm).
29. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Projeto de Lei nº 79 de 2002. [on line]. 2002 [acessado 2007 Jan 30]. Disponível em: <http://webasp11.al.sp.gov.br/internet/ConsultaDocs.do.htm>.
30. Bursztyn I. Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa Saúde do Adolescente. Cad Saúde Pública, Mar/Abr 2005; 21(2):404-16
31. Sá A. Sistema Único de Saúde. [on line]. 2006 [acessado em 2006 Dez 26]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org>
-

32. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):451-5.
33. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de perguntas e respostas. [on line]. 2006 [acessado em 2007 Jan 08]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/asp/usuario.asp/usersecoes=30&useras assunto\\=htm>
34. Juliani CMCM. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção de enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo; 1996.
35. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 569-584.
36. Mendes EV (Org) .Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
37. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. Jul/Set 1997; 13(3):469-478.
38. Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. Set/Out 2004; 20(5):1411-6.
-

39. Ministério da Saúde. Diretrizes para planejamento em saúde. [on line] [acessado 2007 Fev 06]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>.
  40. Yépez MT, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):80-8 .
  41. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
  42. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-9.
  43. Martins J. Um enfoque fenomenológico do Currículo: Educação como Poíesis. São Paulo: Cortez; 1992.
  44. Martins J; Bicudo MAV. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. 1ª ed. São Paulo: Moraes; 1989.
  45. Galeffi DA. O que é isto: a fenomenologia de Husserl? *Rev Ideação*. Jan/Jun 2000; 5:13-36.
  46. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface – Comum, Saúde Educ*. 1997; 1(1):109-22.
  47. Gil HLB, Mello DF, Ferriani MGC, Silva MAI. Perceptions of adolescents students on the consumption of drugs: a case study in Lima, Peru. *Rev Latinoam Enferm*. July/Aug 2008; 16 (spe): 551-7.
-

48. Pratta EMM, Santos MA. Adolescence and the consumption of psychoactive substances: the impact of the socioeconomic status. *Rev Latinoam Enferm.* Sept/ Oct 2007; 15 (supl): 806-11.
49. Garcia KSL. Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Rev. Latinoam Enferm.* Mar/Apr 2008; 16 (2): 299-305.
50. Portaria No. 340 de 14 de julho de 2004. Aprova as normas para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória. [on line] 2004 Jul [acessado 2007 Jan 03]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/Port2004/pt-340.htm>.
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2007. [on line] 2007. [acessado em 2007 Dez 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm/1>.
52. Sadala MLA. Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo; 1995.
53. Datasus. Fortalecimento dos princípios do SUS: o caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização. [on line] 2000 [acessado 2008 Set 02]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatório/FORTALECIMENTO%20DOS%20PRINCIPIOS%20DO%20SUS.htm>
-

54. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Cien Saúde Coletiva [periódico on line] 2007. [acessado 2008 Set 08]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1475](http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1475).
55. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cienc Saúde Coletiva. Jan 2003; 3(8):815-23.
56. Souza LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Cienc Saúde Coletiva [periódico on line] 2007. [acessado 2008 Set 08]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1758](http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1758).
57. Mauro AMMF. O papel da Unidade Básica de Saúde. In: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - Codeps. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2006.
58. Pereira JR, Santos RI, Junior JMN, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Cienc Saúde Coletiva [periódico on line] 2007 [acessado 2008 Set 08]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1320](http://www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1320).
59. Ferla AA, Souza DY, Freitas MEM, Pelegrini MLM, Antunes VH. A regionalização na atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Divulg. saúde debate. Dez 2001; 23:8-20.
-

60. Cano MAT, Ferriani MGC, Alves AC, Nakata Y. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período de 1983 a 1996. *Rev Latinoam Enferm.* Jan 1998; 1(6):91-7.
61. Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. P. Viver e adolescer com qualidade. In: Ramos FRS, organizadora. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*: Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2001
62. Schneider A et al. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo: Instituto Superior de Filosofia Berthier, 2007.
63. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(supl): 153-62.
64. Ministério da Saúde. [on line] [acessado em 2008 Out 02]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
65. Ramos FRS. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Ramos FRS, organizadora. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*: Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2001.
66. Fundação Centro de Atendimento Sócio Educativo ao Adolescente. Plano operativo para atenção integral à saúde do adolescente na Fundação CASA. São Paulo: Fundação CASA; 2007.
-

67. Ranier C, Tedesc MA. O adolescente e a hospitalização. Rev Eletron Enferm., [periódico on line] 2000; 2(2) . [acessado em 2007 Jul 10]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_2/ado\\_hosp.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.htm).
68. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latinoam Enferm. Mar/Abr 2006; 2(14):277-84.
69. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Cienc e Saúde Coletiva. Jul/Set 2005; 10(3) 585-597.
70. Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e a adolescência. Cienc Saúde Coletiva. Set/Out 2007; 12(5):1101-09.
71. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. Abr/Jun 1999; 15 (2):345-353.
72. Benevides R, Passos E. .A humanização como dimensão política das políticas de saúde. Cienc Saúde Coletiva. Jul/Set. 2005; 10(3): 561-571.
73. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. Psicol teor prat. Jun 2005; .7(1):81-95.
74. Minayo MCS ET al. Fala galera. Juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamondi; 1999.
-

75. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de gestão de investimento em saúde. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
76. Dallari SG. O direito à saúde. Rev Saúde Pública. Fev 1988; 22(1): 57-63.
77. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
78. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Cienc Saúde Coletiva. 2003; 2(8):439-48.
79. Costa CRBSF, Assis SG. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. Psicol Soc. 2006; 3(18):74-81.
80. Kloc P et al. O que os usuários pensam e falam do sistema único de saúde? Uma análise do significado à luz da carta dos direitos dos usuários. Cienc Saúde Coletiva [periódico on line] 2007 [acessado 2007 jul 08]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1734](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1734)
81. Ribeiro MILC. A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo; 2005.
-

82. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. Cienc. Saúde Coletiva. 2002; 7(3):443-54.
83. Guerreiro JV. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. Cienc Saúde Coletiva. [periódico on line] 2008 [acessado 2008 Set 08]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1874](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1874).
84. Formigli VLA, Costa MCO, Porto LA. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. Cad Saúde Pública. Jul/Set 2000; 16(3):831-41.
85. Amadigi FR, Albuquerque GL, Gonçalves ER, Erdmann AL. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. Cienc Cuid Saude. Out/Dez 2007; 6(4):508-13.
-