



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)
CENTRO DE HUMANIDADES (CH)
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

HELENA FÁTIMA MOTA DIAS

**REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS
PREVENTIVAS PARA A SAÚDE REPRODUTIVA DOS
ADOLESCENTES NO CEARÁ**

Fortaleza, 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)
CENTRO DE HUMANIDADES (CH)
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

HELENA FÁTIMA MOTA DIAS

**REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS
PREVENTIVAS PARA A SAÚDE REPRODUTIVA DOS
ADOLESCENTES NO CEARÁ**

Trabalho apresentado para defesa da Dissertação de Mestrado junto ao Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Adelita Neto Carleial.

Fortaleza

2005

D541a Dias, Helena Fátima Mota

Reflexões sobre as políticas públicas preventivas para a saúde reprodutiva das adolescentes no Ceará / Helena Fátima Mota Dias. – Fortaleza, 2005.

69p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – UECE

1. Saúde Reprodutiva – Ceará. 2. Políticas Públicas. 3. Adolescentes. I – Título.

CDU 614 (813.1)

HELENA FÁTIMA MOTA DIAS

**REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENTIVAS
PARA A SAÚDE REPRODUTIVA DAS ADOLESCENTES NO CEARÁ**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

DATA DA APROVAÇÃO: ___/_____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Adelita Neto Carleial (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^a. Dr^a. Liduina Farias Almeida da Costa
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais João Dias (Dão) e Anita Mota Dias (*in memoriam*), que não mediram esforços para educar seus filhos.

À tia Eva (*in memoriam*), por me propiciar meios para concluir meus estudos.

Aos meus irmãos Álvaro, Maria Arzília, Hélio, João, Abraão e Ana Lúcia, amigos de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em todos os momentos da minha vida sempre esteve em mim, dando-me coragem para superar as dificuldades impostas pela vida, e sabedoria para seguir seus ensinamentos.

À amiga e professora Adelita Carleial, pela sua valiosa e competente orientação.

À Ana Matos, amiga de todas as horas, pela colaboração no levantamento dos dados.

À SEPLAN, pelo imprescindível apoio financeiro.

Aos professores Paulo César de Almeida e Liduina Farias, membros das bancas de qualificação, pelas importantes críticas e sugestões.

À Dulcineide Bessa, companheira de trabalho, pela sua disponibilidade e apoio na elaboração do projeto gráfico.

À amiga Maria do Céu, pela revisão ortográfica.

Aos professores e funcionários do Departamento de Planejamento em Políticas Públicas da UECE, pela amizade e conhecimentos transmitidos.

A todos os colegas do curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, pela troca de conhecimentos. Em particular, a Lana, Lúcia Gurjão, Jiçara, Lúcia e Antenor, pela amizade sincera e pelas variadas formas de contribuição dadas a esta pesquisa.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a execução deste estudo.

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma reflexão sobre as políticas públicas preventivas para a saúde reprodutiva das adolescentes no Ceará, verificando seus objetivos, amplitude e orçamento para chegar a propostas de diretrizes governamentais, com vistas a subsidiar as tomadas de decisões, nesta área, a fim de minimizar os riscos de gravidez, de doenças sexualmente transmitidas com custos para as jovens, as famílias e a sociedade. A questão é por saber que no planejamento governamental as políticas públicas preventivas para a saúde reprodutiva na adolescência não são priorizadas? Para responder a esta indagação foram escritos os principais traços dos comportamentos sexuais juvenis e as repercussões em suas saúdes. Fez-se também um levantamento dos programas governamentais, federais e estaduais, para comparar o orçamento específico destinado a estes programas e os de outras políticas. Por opção metodológica, o município de Fortaleza não foi contemplado nesta pesquisa. O trabalho limitou-se às esferas federal e estadual, deixando a capital cearense para uma investigação posterior. Foi feita uma apreciação geral das políticas públicas, em particular, a reprodutiva. Com este estudo, pretende-se traçar um quadro geral sobre as políticas públicas de saúde para as adolescentes, avaliando sua confiabilidade e eficiência. O marco temporal desta investigação foi a década de 1990 até os anos 2000, quando este tipo de intervenção governamental teve maior significado no Estado. Ficou evidenciada a insuficiência de políticas públicas preventivas específicas. Tal fato decorre da coexistência de resquícios de um planejamento normativo convivendo com formas democráticas de participação nas políticas públicas. Sugere-se como resultados destes estudos alternativas de diretrizes para as políticas públicas preventivas de saúde reprodutiva para a adolescência no Ceará.

ABSTRACT

This dissertation presents a reflection about preventive public policy for reproductive health of adolescent in Ceara State, checking its purposes, amplitude and budget to conclude the proposal of government directress, in order to give a subsidy to take decisions in this subject, with the purpose of bringing minimum pregnancy, transmitted sexual sickness with its costs for young people, the families and the society. The question is why in the government planning preventive public polices for adolescence reproductive health is not given emphasis? In order to answer this question there were written the young sexual behavior and the consequences in their health. It was also made the statistics of federal and state government program to compare the destined specific budget to these programs and other policies. For methodological option Fortaleza city was not included in this research. The work was analysed in federal and state levels and Fortaleza city will be investigated posteriorly. It was done a general appreciation concerning public policies especially the reproductive health. With this study we demand to have a generality situation concerning health public policies for young people checking its trust and efficiency. The time about this investigation was the beginning of ninety years until our days, when this kind of governmental intervention was very important in the state. This way, it is evidenced the insufficiency preventive specific public policies. This fact is caused by a normative planming cohabiting with democratic participation in the public policies. We suggest as a result from these studies directive alternative for reproductive health prevent public policies for adolescence in Ceara State.

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO, 9
- 2 SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA CEARENSE, 12
- 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL, 18
- 4 POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA A ADOLESCÊNCIA NO CEARÁ, 31
 - 4.1 Políticas estaduais de saúde pública, 31
 - 4.2 Políticas para a juventude no Ceará, 37
 - 4.3 Programas de saúde reprodutiva no Ceará para a adolescência, 43
- 5 CRÍTICA À POLÍTICA ESTADUAL PREVENTIVA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA A ADOLESCÊNCIA, 50
- 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, 59
- 7 SUGESTÕES, 61
- 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 63

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação avalia as ações públicas preventivas para a saúde reprodutiva e para a sexualidade dirigidas aos adolescentes necessitados da assistência social, ou seja, para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social, os não-cidadãos, excluídos socialmente, passíveis de violência e de conflitos com as leis; adolescentes sem garantias sociais, tais como o acesso a informações sobre a sexualidade, aos bens e aos serviços básicos.

A pesquisa parte do pressuposto de que as questões de saúde sexual e reprodutiva do adolescente, incluindo a gravidez não desejada, o aborto sem segurança (como definido pela Organização Mundial da Saúde), as DSTs e o HIV/Aids deveriam ser minimizadas por meio de políticas públicas, do aconselhamento familiar, técnico e médico e da disponibilidade de serviços adequados, especificamente destinados a esse grupo populacional.

Assim, defende a hipótese de que no Ceará a incidência de problemas de saúde reprodutiva na adolescência pobre é favorecida pelo precário atendimento público, produto de uma política neoliberal e de resquícios de um planejamento normativo nas ações de saúde, coexistindo com medidas descentralizadas no setor da saúde pública, implementada a partir dos anos 80.

Objetiva-se avaliar as políticas públicas preventivas de saúde reprodutiva e de educação sexual para adolescentes entendidos como pessoas de 10 a 19 anos. A finalidade é propor diretrizes capazes de subsidiar as tomadas de decisões, nesta área, concernentes ao atendimento, no Estado do Ceará, as quais deverão minimizar os riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmitidas com custos para a sociedade.

Para isto, serão analisadas as principais políticas públicas de saúde, brasileiras e cearenses e verificados seus objetivos e orçamento específico para chegar a propostas de diretrizes governamentais.

Este estudo foi motivado pela constatação do aumento da gravidez entre mulheres adolescentes, problema que reflete uma situação municipal, estadual e nacional, cujo diagnóstico é importante para o planejamento governamental na área de saúde reprodutiva.

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde de 1996, realizada pela BEMFAM, mostrou um dado alarmante no Brasil: 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho.

Das garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de grávidas entre 10 e 19 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram assistidas nos hospitais públicos devido a complicações decorrentes de abortos clandestinos.

Porque se tornaram questões de saúde pública, esses fatos vêm provocando discussão nos mais diversos segmentos da sociedade. Apesar de inúmeras pesquisas terem sido elaboradas sobre este problema (BARROSO, 1986, CAMARANO, 1998, CÉSAR, 2000), não conseguiram responder à questão norteadora propostas por este trabalho: Por que não se priorizam as políticas públicas preventivas para a saúde reprodutiva na adolescência no planejamento governamental?

Acredita-se que toda essa problemática acarreta custos para o Estado. Assim, esta pesquisa busca elementos destinados a minimizar essa tendência tão custosa para as jovens, as famílias e a sociedade, conforme exposto no capítulo 2, onde se apresentam os principais traços dos comportamentos sexuais juvenis e as repercussões na saúde deles.

Fez-se um levantamento dos programas sociais governamentais, federais e estaduais, com seus objetivos propostos; em seguida, comparou-se o orçamento específico para a saúde e os de outras políticas. Convém explicitar que esta pesquisa não tomou o município de Fortaleza como espaço de trabalho. Por opção metodológica, limitou-se às esferas federal e estadual, e deixou a capital cearense para uma investigação posterior.

A apreciação das políticas públicas de saúde, em geral, e a reprodutiva, em particular, para adolescentes foi desenvolvida no capítulo 5. Para a crítica social sobre a ação estatal no setor de saúde, os autores adotados foram Pereira (2000), Soares (2001) e Montañó (2002). Em relação ao confronto entre o planejamento normativo e o estratégico os questionamentos realizados seguiram a metodologia proposta por Matus (1996). Para refletir sobre os programas de saúde reprodutiva adotou-se como texto básico Costa (2003).

Como sugestão, este estudo propõe algumas alternativas para responder às necessidades de saúde reprodutiva para o adolescente, subsidiando futuras diretrizes para a ampliação da qualidade do atendimento público, no Estado do Ceará, minimizando os riscos da gravidez na adolescência e os seus custos para a sociedade.

Com tais investigações e levantamentos, pretende-se traçar um quadro geral sobre as políticas públicas de saúde para os adolescentes, avaliando sua confiabilidade e eficiência.

O marco temporal desta investigação é a década de 1990 até os anos atuais, em que este tipo de intervenção governamental teve maior significação no Estado.

Como a definição de *gravidez na adolescência* este estudo adotou a recomendada pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, aquela ocorrida até os 20 anos incompletos, isto é, compreendida dos 10 aos 19 anos. A terminologia *gravidez na adolescência* substitui neste trabalho o termo “gravidez precoce” geralmente utilizado na imprensa e no senso comum, porque o foco deste estudo está centrado na perspectiva das tendências populacionais, nas especificidades das faixas etárias e na concepção social de idades. O uso da idéia de precocidade neste trabalho iria requerer uma reflexão sobre o significado social da idade em que se pode ou não ter filhos de acordo com os valores sociais, e isto não foi feito aqui.

Compartilha-se a idéia de que a gravidez na adolescência pode interromper o processo de escolarização da jovem e, portanto, se constituir num obstáculo na busca por melhores postos de trabalho e remuneração. Ao mesmo tempo representaria ampliação do grupo populacional dependente dos que estão empregados e que possuem rendimento do trabalho.

No decorrer desta investigação, sobressaíram algumas dificuldades de acesso aos dados oficiais sobre o assunto decorrentes de sub-registros, dados com metodologias e fontes diferentes, além de falta de compatibilidade nas datas, restringindo o dimensionamento da problemática.

Outra limitação encontrada foi a diversidade e complexidade dos referidos dados. De acordo com os programas nos diversos níveis administrativos, há divergências quanto a nomenclaturas, inovações locais, configurando um quadro bastante amplo, impossível de ser integralmente representado neste trabalho. Procurou-se apresentar os principais programas e projetos, focando na saúde reprodutiva, interesse maior nesta investigação.

Este estudo termina com sugestões de diretrizes para as políticas públicas preventivas em saúde reprodutiva, tomando por base a crítica aos programas existentes, a observação de lacunas e a prioridade em ações passíveis de prevenir os adolescentes para prováveis riscos de uma sexualidade sem responsabilidade social.

2 SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA CEARENSE

No ano de 2000, a população adolescente residente no Ceará (15 a 19 anos) era de 821.368 (6,10% população cearense). Desta, 7,15% não possuíam instrução. Havia 47.543 casos de gravidez, parto e puerpério para as adolescentes de 15 a 19 anos e 36.769 para aquelas de 10 a 14 anos. Segundo dados relativos à faixa etária de 10 a 24 anos, incluindo, além das adolescentes, crianças e jovens adultos, 670.338 estavam ocupados e apenas 123.869 tinham carteira assinada, portanto, protegidos pelas leis trabalhistas e de previdência social. Os demais estavam excluídos do sistema de proteção governamental. Empregados no mercado informal eram 120.800 trabalhadores: 43.035 na indústria e 42.149 nos serviços. Destes, ganhavam até $\frac{1}{2}$ salário mínimo 997 pessoas; mais de $\frac{1}{2}$ até 1 SM, 14.489; e na faixa de 1 até 2 SM, concentravam-se 84.068 (IBGE, Censo Demográfico 2000. In: IPLANCE/SETAS, 2002).

Nesta população adolescente está incluída uma parcela objeto da ação estatal. Mencionado subgrupo seria, principalmente, composto por aqueles participantes do mercado de trabalho informal ganhando até 1 salário mínimo, sem direitos e garantias sociais e sem escolaridade. Para estas pessoas o Estado desenvolve diferentes programas e projetos relativos à saúde reprodutiva com vistas a atender à recente situação de aumento no número de gravidez na adolescência.

Conforme se sabe, na geração de adolescentes o livre exercício da sexualidade pode levá-las à precocidade da maternidade, afastando-os da sua evolução socialmente aceita, nos aspectos afetivos, psicológicos, educacionais e culturais. Nas famílias pobres onde as condições de vida são precárias, esta gravidez toma dimensões de problema social, pois é uma prática recorrente, envolvendo os parentes e alterando a rotina doméstica.

No Ceará, segundo informações da BEMFAM (2000), as elevadas taxas de fecundidade das adolescentes e jovens (de 15 a 24 anos) já são bastante expressivas. Em 1991 o índice era de 28%, e aumentou para 36% em 1996, tanto para mulheres unidas como para as solteiras.

Quanto ao desejo de ser mãe e de planejar a gravidez, conforme apontado pela pesquisa da BEMFAM (1991), 74% das jovens desejavam a maternidade na época em que ocorreu.

Entretanto, em 1996, esse percentual caiu para 50%, ou seja, metade das jovens não estava satisfeita com suas gravidezes.

No Brasil, apresenta-se um aumento da ordem de 26% entre essas taxas específicas de 1970 e 1991. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996, analisada por Ferraz e Ferreira, mostrou que a precocidade nas relações sexuais está diretamente relacionada com o nível de desenvolvimento regional, ocorrendo mais cedo nas áreas urbanas da Região Norte do país, seguida pela Região Centro-Oeste, com 4,64%, pela Nordeste, com 4,59%, e mais tarde pela Região Centro-Leste, (BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. Acesso em: 24 de jan. 2005).

De modo geral, a ocorrência da gravidez na adolescência, – no Ceará, 36.769 casos em 2000 (IPLANCE/SETAS, 2000) – supera as expectativas brasileiras, pois a iniciação sexual nessa fase vem ocorrendo com maior frequência e a proporção de adolescentes que tiveram experiência sexual até os 15 anos também está aumentando. Isto acontece, quase sempre, em decorrência da baixa escolaridade dessa população e dos reduzidos esclarecimentos nas escolas sobre a sexualidade. Como mostram as pesquisas realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA), no Ceará, os números de gravidez na adolescência estão aumentando no público considerado mais vulnerável a gravidez não planejada entre as garotas de 10 a 14 anos de idade.

A liberação sexual, como ocorrência generalizada, é uma realidade dos tempos modernos. Cada vez mais, a atividade sexual entre jovens está aumentando e tornando-se aceita socialmente. Sua incidência entre jovens não acontece apenas em pessoas com experiência sexual e com as sexualmente ativas, mas, também, com aquelas alguma vez unidas.

No referente à época da iniciação sexual, entre as mulheres adolescentes (15-19 anos), cerca de um terço já havia tido a primeira experiência: 3% no matrimônio e 29% antes dele (SÉRIE MULHER CEARENSE 2000). De 1986 para 1996, passou de 24% para 43% o número de jovens que apontaram o marido como o primeiro parceiro.

A variável instrução, que em geral está diretamente relacionada à classe socioeconômica, apresenta uma relação inversa com a fecundidade: quanto mais baixo o nível de instrução, mais alta a fecundidade. Diversos estudos (BARROSO, 1986; ARILHA; CALAZANS, 1998; SANTOS, 2000) apontam para os efeitos da instrução sobre o comportamento reprodutivo. Entre outras razões, pode-se citar a influência exercida pela

escolaridade na postergação do início da atividade sexual e na entrada mais tardia no matrimônio. No caso das adolescentes com até 3 anos de estudo, a proporção das que já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho (34%) é quase seis vezes maior que a encontrada no grupo com 9-11 anos de estudos (6%) (BEMFAM, 1996).

Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, este ainda não é regular, tanto pela falta de conhecimento como por opção. Além disso, nem todas as mulheres que conhecem algum tipo de anticoncepcivo fazem uso dele, sejam elas sexualmente ativas e/ou unidas.

Na relação sexual, observa-se aumento no uso de algum método anticonceptivo. No entanto, esse uso tem sido maior entre as mulheres com regularidade na relação sexual (nas últimas quatro semanas), sendo recente a elevação de uso entre as mulheres que praticam sexo eventualmente.

Parcialmente, as mulheres cearenses têm acesso aos métodos anticoncepcivos, que os adquirem, geralmente, nas farmácias. Elas tomaram conhecimento sobre estes dos seguintes modos: por meio de informações (58%) do hospital público/posto de saúde, hospital conveniado ao SUS (23%) e de outras fontes particulares (19%).

O número de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos que na primeira relação não utilizou nenhum método anticonceptivo ainda é muito expressivo (81%, em 1991, e 70%, em 1996). Naquele período, o uso da camisinha passou a ser mais freqüente (5% e 13%). É importante lembrar que esse problema na adolescência deve estar relacionado com outros, como as doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo ao HIV/Aids, que tem aumentado entre as jovens. Conforme se percebe, a prevenção dessas doenças evolui lentamente, tanto pela escassez de métodos eficientes, quanto pela precariedade dos materiais (BEMFAM, 1996).

Por sua vez, as limitadas informações disponíveis sobre os serviços públicos estão sugerindo que o Estado apresenta capacidade razoável de atendimento na ginecologia, por exemplo, mas demora a realizar uma consulta ou mesmo agendá-la.

Segundo informações da SESA, em 1997, 100% das pacientes jovens com menos de 25 anos não tinham o que reclamar da qualidade dos serviços, principalmente na ginecologia; 77% nos serviços de planejamento familiar e 65% no pré-natal.

A privacidade na consulta era uma qualidade verificada em apenas 60% dos casos de planejamento familiar e 66% no pré-natal, embora na ginecologia permanecesse o nível de satisfação máximo.

É possível que muitas pacientes saiam com dúvidas dos atendimentos, pois somente 35% daquelas atendidas no planejamento familiar foram interrogadas sobre alguma incerteza; no pré-natal, quando supostamente deveriam ter muitas perguntas a fazer, este índice chega apenas a 31%. Na ginecologia mantêm-se com dúvidas 49% das pacientes.

Quase todas as jovens avaliaram as equipes médicas como corteses, dando explicação para seus problemas. Entretanto, 51% delas esperaram durante razoável tempo para a consulta, afora aquelas (24%) que não consideraram suficiente o tempo de duração da consulta.

A maioria das mulheres cearenses em idade reprodutiva ainda não dispõe de assistência médica de rotina com devido atendimento clínico-ginecológico, incluindo a prevenção do câncer de mama e ginecológico. Como os índices demonstraram, em 1991, menos de 40% das mulheres em idade fértil (MIF) fizeram alguma vez exame ginecológico, ampliando a ocorrência de 62% entre as residentes na capital, e reduzindo em 33% em outras áreas urbanas, e ainda mais em zonas rurais, com 22%. Apenas 24% das MIF realizaram exame de mama, enquanto 32% fizeram prevenção de câncer ginecológico (ARAÚJO, 1997).

Graças à política de redução da mortalidade infantil no Estado, a assistência pré-natal tem evoluído. No Ceará, 72% das gestações que resultam em nascidos vivos têm pelo menos uma consulta pré-natal. Em Fortaleza, essa assistência atinge 93% das gestações. Entretanto, a meta do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) é de seis consultas para cada gravidez. Mas o percentual atingido nessa faixa é de apenas 38%; entre duas a cinco consultas, foram 31%; uma única consulta, 3%; sem pré-natal, 28% (BEMFAM, 1991). Outro dado a considerar é o fato de que, no Estado do Ceará, a rede pública é a principal responsável pela assistência pré-natal, por intermédio de hospitais públicos e conveniados, postos e centro de saúde, pois poucas são as famílias que possuem assistência privada.

Assim, conforme se constata, a liberdade sexual na adolescência cearense ampliou o número de parceiros entre as mulheres, com repercussões em seus níveis de saúde, e não implicou o uso adequado de anticoncepcionais, exigindo maior cobertura dos serviços públicos. Essa adequação entre demanda e oferta de políticas preventivas de saúde reprodutiva e de educação sexual constitui-se o centro das preocupações desta investigação.

Segundo Duarte (1997), a gravidez na adolescência não é um episódio, mas um processo de busca, onde a adolescente que encontra dificuldade na família acaba por assumir atitudes de rebeldia.

Ampliar a frequência de informações dentro das escolas, durante as aulas, é uma forma colaboradora até este assunto se incorporar definitivamente em nossa cultura, que mesmo se considerando “moderna” ainda é dominada por tabus e preconceitos.

Outra situação, como lares desestruturados, pode levar um adolescente a procurar companhia num filho (DUARTE, 1997), entre diversos motivos, por não ter tido uma infância feliz. Este é mais um aspecto a ser investigado sobre esta problemática.

Existe, ainda, a intensa exposição a estímulos na área sexual, à qual as crianças se encontram submetidas, constantemente, cujas respostas emitidas geram uma precocidade em suas atitudes neste mesmo campo.

Sobressai, também, uma batalha imediata, ligada à conscientização dos jovens quanto às questões emocionais e sociais que podem levar à gravidez como forma equivocada de gerar identidade nesta fase do desenvolvimento, tão repleta de tribulações e conflitos. Tudo, mediante as sucessivas mudanças que ocorrem. É como se fosse um distorcido projeto de vida para substituir a falta de perspectiva profissional, transformando o futuro; é uma visão de poucas possibilidades de crescimento em várias esferas, a exemplo da educação e cultura.

Urge ser praticado este exercício de estimular a reflexão e gerar maior consciência entre os jovens. Ele pode ser feito tanto por profissionais que atuam na área social e da saúde como por uma parcela da população que já dispõe de determinada experiência de vida e abre espaço para discuti-la; pode ser feito, também, por professores que desenvolvam dinâmicas de grupos e ofereçam canal aberto para uma conversa em linguagem fácil e objetiva, seja por meio de seus centros comunitários, nos bairros onde moram, seja pelas escolas.

A maioria dos estudos sobre a gravidez adolescente a enfoca quase sempre sob uma perspectiva alarmante em termos de conseqüências sociais ou de saúde. Conforme se observa, independentemente das circunstâncias sociais em que ocorrem as gravidezes (união, namoro longo, namoro recente), geralmente elas têm o apoio das famílias, por mais precárias que sejam suas condições de vida. O problema social se manifesta no momento posterior à gravidez, quando se percebem as mudanças vivenciadas. É importante lembrar que as

adolescentes sujeitas a essa experiência pertencem a segmentos sociais diferentes, com práticas, representações e identidades também diferentes (ALMEIDA, 2002, p.205).

A pesquisa *A Voz dos adolescente* feita pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde foram ouvidas 5.280 pessoas entre 12 e 17 anos, onde aproximadamente um terço dos entrevistados declarou já ter mantido relação sexual. Entre os que afirmaram usar o preservativo em todas as relações sexuais, 64,9% eram do sexo masculino e 31,15 % do feminino.

O reflexo desta prática está no percentual de adolescentes que já engravidou alguém ou ficou grávida, que é de 16,6%. Nesta situação, prevalece o percentual masculino, pois os meninos declararam ter engravidado mais pessoas (51,6%) do que as meninas afirmaram ter sido engravidadas (48,4%).

Ao se relacionar o uso da camisinha a partir da variável grau de escolaridade, percebe-se que a consciência em relação ao sexo seguro cresce proporcionalmente ao nível de instrução dos adolescentes. Dos que nunca usaram o preservativo, 36,3% estão entre a pré-escola e a 4ª série e 11,2% estão no ensino médio. Entre os que usam camisinha sempre, 40,1% já chegaram ao ensino médio e 14,3% ainda não concluíram a 4ª série do ensino fundamental.

Enfim, a gravidez na adolescência ocorre porque a menina e o menino não têm noção de responsabilidade social, não percebem que seus atos individuais se repercutem na família e na sociedade em geral. A pouca idade e a reduzida experiência social nesta faixa etária explicam esta situação. Portanto, os adultos poderiam repassar para eles os conhecimentos adquiridos sobre os riscos de uma sexualidade sem cuidados com a reprodução. Associada a esta questão está uma situação mais geral, própria da sociedade competitiva, em que cada um luta para sobreviver e o outro aparece como obstáculo para o sucesso individual. Por isso, alguns jovens ao engravidar uma parceira não se preocupam com ela nem com o fruto desta relação.

Em síntese, o problema da gravidez na adolescência pode ser resumido nas seguintes ocorrências: não desejo da própria gravidez, ausência de uma consciência social sobre a gravidez; insuficientes garantias sociais, como a reduzida escolaridade, baixa renda, precárias condições de vida; conjunto de fatores agravantes do quadro de exclusão social, a ser compartilhado com o filho que virá.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas sociais do governo brasileiro, dentro das quais se integra a de saúde, são coordenadas pela Câmara de Política Social, integrada pelos ministros da área social e com a participação dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, sob a direção do Presidente da República.

Os compromissos assumidos pelo governo federal com a sociedade, estabelecidos no Plano Brasil de Todos (2004-2007), refletem-se na alocação de recursos distribuídos no conjunto de programas por megaobjetivos. Entre os três megaobjetivos em que se desdobra a estratégia de desenvolvimento, o megaobjetivo I, “Inclusão social e redução das desigualdades sociais”, absorve 56,3% do valor dos gastos previstos nos quatro anos do plano, seguindo em importância as áreas de saúde, educação e assistência social. Já o megaobjetivo II, “Crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais”, retém 33,2%, cuja distribuição setorial destaca o volume de recursos destinados ao setor produtivo (47,6%) à modernização da infra-estrutura econômica (33,8%) e ao estímulo às exportações (11,6%). Para o megaobjetivo III, “Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia”, incorpora 10,4%, no qual os dispêndios mais significativos estão na área de gestão e aperfeiçoamento institucional, defesa nacional, relações exteriores e segurança pública (Tabela 1).

Os recursos federais estão alocados predominantemente (mais de 50%) no megaobjetivo I, onde se situa a saúde. Ao entender a saúde de modo ampliado, onde as condições habitacionais e sanitárias interferem no nível de saúde, onde a educação permite maiores cuidados preventivos, o orçamento federal contemplou favoravelmente esta área.

Abaixo da Previdência Social, que excepcionalmente é o programa mais caro do governo (70%), daí sua polêmica reforma implementada em 2003, a saúde é o setor que recebeu maior volume de recurso (12,2%), comparativamente aos outros componentes do megaobjetivo I.

Entretanto, em termos absolutos, e por ser o setor da saúde uma área de elevado custo, os 6,9% dos recursos do PPA mostram-se insuficientes para as demandas em curto prazo, principalmente porque, em longo prazo, os recursos para habitação e saneamento interferirão favoravelmente nos níveis de saúde.

Tabela 1 Recursos alocados no PPA, por tipo de programas nos megaobjetivos (2004-2007)

MEGAOBJETIVOS	VALOR ABSOLUTO	% S/MEGA-OBJETIVO	% S/TOTAL GERAL
Megaobjetivo I - Inclusão social e redução das desigualdades sociais			
Previdência Social	695.289.259.776	70,0	39,47
Saúde	121.565.818.976	12,2	6,90
Educação	53.584.068.511	5,4	3,04
Assistência Social	38.851.529.894	3,9	2,20
Transferência de Renda	30.611.390.907	3,1	1,74
Habitação	28.204.794.314	2,8	1,60
Saneamento	16.566.710.087	1,7	0,94
Urbanismo	4.731.610.715	0,5	0,27
Outros	3.748.023.715	0,4	0,21
Total I	993.153.206.895	100,0	56,38
Megaobjetivo II - Crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais			
Setor Produtivo	278.526.127.331	47,6	15,81
Infra-Estrutura Econômica	197.804.980.147	33,8	11,23
Apoio à Exportação	68.025.592.406	11,6	3,86
Organização Agrária	18.538.775.030	3,2	1,05
Informação e Conhecimento	9.851.101.617	1,7	0,56
Meio Ambiente	1.887.653.063	0,3	0,11
Outros	10.407.587.656	1,8	0,59
Total II	585.041.817.250	100,0	33,21
Megaobjetivo III - Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia			
Gestão e Aperfeiçoamento Institucional	164.353.853.311	89,7	9,33
Defesa Nacional	8.846.169.360	4,8	0,50
Relações Exteriores	3.298.699.657	1,8	0,19
Segurança Pública	3.207.203.907	1,8	0,18
Direitos da Cidadania	1.489.423.085	0,8	0,08
Cultura	790.430.283	0,4	0,04
Desporto e Lazer	548.474.646	0,3	0,03
Essencial à Justiça	161.852.123	0,1	0,01
Outros	597.428.852	0,3	0,03
Total III	183.293.535.224	100,0	10,41
TOTAL GERAL	1761.488.559.369	-	100,00

Fonte: BRASIL. PPA 2004-2007 (p.46,48).

Segundo o PPA, as metas para o saneamento que indiretamente beneficiam a saúde pública atenderão a 9 milhões de famílias, aumentando a taxa de cobertura dos

serviços urbanos de abastecimento de água de 92,4% para 93,5%, bem como a taxa de cobertura dos serviços urbanos de coleta de esgoto de 50,9% para 57,9%. No caso dos resíduos sólidos, a meta é ampliar a taxa de atendimento domiciliar com serviços de coleta de lixo de 91,1% para 93,1%, bem como a taxa de municípios com disposição adequada de resíduos sólidos de 29% para 43% (p. 92).

O Plano Brasil de Todos, portanto, articula economia, sociedade e saúde, expondo a visão social do governo federal. Ele prevê a mobilização popular como condição fundamental para o desenvolvimento institucional, conforme os objetivos retratados no megaobjetivo das estratégias de inclusão social e redução das desigualdades sociais, integrado com o megaobjetivo de crescimento econômico com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais, e o terceiro megaobjetivo, referente à dimensão democrática, direcionada à promoção e à expansão da cidadania e ao fortalecimento da democracia: “O principal desafio que se apresenta para o Governo do Presidente Lula, e para a sociedade brasileira é o de combater a fome, a miséria e garantir a todos os brasileiros o pleno exercício de seus direitos de cidadania” (BRASIL. PPA-2004-2007, p.65).

O alcance destas medidas de política social conta com os planos de desenvolvimento municipais que propõem a descentralização dos serviços públicos, educação e emergências em saúde e internações hospitalares, intensificando os processos de interiorização na assistência social, com a participação dos conselhos sociais, associações e voluntários na formação dos multiplicadores do trabalho social.

Neste panorama, as práticas de cooperação e repartição de competências compartilham diretrizes e metas com os institutos de qualificação e aperfeiçoamento tecnológico, os convênios formulados com o Fundo de Amparo ao Trabalhador, o Sistema Nacional de Emprego, Previdência Social e com as metas de alfabetização, escolarização universal, e outras ramificações da gestão pública.

A orientação estratégica do governo federal no Plano Brasil de Todos adota uma referência política de relevo na correlação entre discurso partidário antes e após as eleições (2002/2003/2004), que democratiza as opções de direcionamento orçamentário, as lideranças efetivas na promoção dos seminários participativos periódicos.

O Plano Brasil de Todos, definido nas diretrizes sociais e econômicas do Plano Plurianual 2004-2007, apresenta uma coerência com a plataforma das representações

políticas, onde o acordo popular e com amplos setores da sociedade aprofunda os compromissos do Poder Executivo com as demandas em saúde, educação, emprego, infraestrutura, agricultura e interiorização do desenvolvimento.

A política de saúde do governo federal foi gestada após consulta à sociedade por intermédio do Conselho Nacional de Saúde sobre o mencionado Plano Plurianual 2004-2007, indicando um compromisso do governo federal com a participação social nas decisões nacionais.

O governo apresenta às organizações da sociedade a proposta de um modelo de crescimento sustentável, priorizando a geração de empregos, distribuição de renda e inclusão social, política de saúde, combinando planejamento nacional com desenvolvimento regional. O desafio é fazer com que todos pensem um novo projeto de país, que leve em conta os interesses setoriais, mas tenha como principal referência as demandas da maioria da população e os objetivos estratégicos do país.

Ao se analisar o plano do governo federal e suas estratégias, observa-se a ênfase na participação da população e no atendimento de suas demandas sociais, indicando, teoricamente, uma perspectiva de planejamento estratégico nos moldes de Matus (1996) quando envolve diferentes atores na sua elaboração e prioridades.

A partir da nova Constituição de 1988, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. As chamadas Leis Orgânicas da saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993, regulamentam a política de saúde do país. Estas expressam os resultados das conquistas alcançadas pelos movimentos populares organizados e articulados.

Com a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde-SUS, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados de assistência de saúde, recursos humanos; gestão financeira; planejamento e orçamento.

“Quanto à lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 trata da participação da comunidade na gestão do SUS, incluindo instâncias de controle social a ser efetivado pela população, como os Conselhos e as conferências de saúde” (COSTA, 2003, p. 38).

Com a regulamentação destas leis, o modelo de saúde, que antes era classificado como médico-assistencial-privatista, foi substituído por um sistema democrático e universal, fundado nas diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Atualmente está em execução a NOB 01/96, que define a responsabilidade gestora do SUS em cada nível de governo. Seu fim primordial é consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, das funções de gestão e de gerência da prestação de serviços aos seus habitantes. Também promove o processo de descentralização da gestão, determinando mecanismo para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios, desvinculado da remuneração por serviços prestados. Além disso, fortalece os processos de gestão compartilhada entre os governos federal, estaduais e municipais, por intermédio das comissões intergestoras tripartite e bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação.

A NOB 01/96 cria um mecanismo de programação: A Programação Pactuada e Integrada (PPI), que compreende três campos de custeio da assistência do SUS: (I) assistência hospitalar e ambulatorial; (II) vigilância sanitária; e (III) epidemiologia e controle de doenças. São definidas responsabilidades, requisitos e prerrogativas para as condições de gestão nos níveis municipal e estadual. Os municípios podem habilitar-se para a gestão plena do sistema municipal; os que não querem aderir permanecem na condição de prestadores de serviços ao sistema estadual. Os estados, por sua vez, podem habilitar-se para a gestão avançada ou gestão plena do sistema estadual (BRASIL, Ministério da Saúde).

O Programa Estadual de Saúde proporciona a extensão dos serviços públicos, incorporando objetivos e metas da Secretaria Estadual de Saúde, regularizando as providências dos subsistemas de emergência, inclusive com reservas de leitos hospitalares pelo Sistema Único de Saúde, para os tratamentos de portadores de deficiência física e psiquiátrica, doenças transmissíveis e patologias diversas, dependentes de drogas, e pessoas carentes da população de baixa renda residente nos bairros e distritos dos municípios do Ceará.

As ações globais no campo da Saúde Pública são determinantes para a viabilização dos programas de saúde integral, em função da redução nos custos de internação, inclusive de doenças em estágios terminais que exigem internações e medicamentos especiais, além dos casos de oneração de encargos na transferência para hospitais privados, somente nos casos previstos pelo planejamento do sistema único e das autorizações das Juntas Deliberadas de Saúde.

O Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) possibilita ao Conselho Estadual de Saúde, segundo os decretos da Legislação Estadual e das Normas Operacionais Básicas, o desenvolvimento das atribuições setoriais, nos níveis semiplano parcial e ineficiente, com participação das Secretarias Municipais de Saúde, em diferentes níveis de gestão e controle da descentralização dos serviços da municipalização do Programa de Saúde da Família (PSF) e administração dos centros, maternidade e postos de saúde.

Os Programas Municipais de Saúde alicerçam a estruturação das diretrizes de controle epidemiológico, saúde, saneamento e proteção dos recursos hídricos, programas Viva Criança e Atenção Integrada à Mulher. A disponibilidade de médicos especialistas em situações graves e o auxílio na capacitação e aperfeiçoamento de médicos e enfermeiros, e a situação das instalações e leitos hospitalares, constituem fatores seletivos para a sistematização das intervenções nos municípios, evitando-se os deslocamentos por ambulâncias para localidades distantes, organizadas de acordo com as áreas descentralizadas de saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na área de saúde, vários programas foram implementados, no governo Fernando Henrique Cardoso objetivando promover a atenção integral à saúde por meio de novos mecanismos de financiamento, no intuito de reduzir as desigualdades regionais e ampliar o acesso da população a ações e serviços de qualidade: “A meta é efetivar a atenção básica como estratégia e acesso do cidadão ao SUS – com a expansão e aperfeiçoamento da saúde da família –, promovendo a articulação com os demais níveis, de modo a garantir a integridade do atendimento” (BRASIL. M.S.,1997, p.13).

O texto constitucional, aprovado em 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as seguintes diretrizes:

1. DESCENTRALIZAÇÃO: com direção única em cada esfera do governo;
2. ATENDIMENTO INTEGRAL: com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL: a sociedade participa da gestão do sistema através de Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de governo, que teriam funções no campo do planejamento e fiscalização das ações de saúde.

O Sistema Único de Saúde completa 15 anos com histórico de investimento em excelência em saúde e ampliação do acesso da população à atenção básica. Com a regularização deste sistema, acelera-se no país o processo de municipalização dos serviços de saúde.

Alguns avanços podem ser mencionados, como a vacinação em massa de crianças e idosos em todo o país e a realização de transplantes pela rede pública de assistência à saúde.

No entanto, conforme revela pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes são queixas frequentes entre os usuários do SUS. O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital.

O SUS integra não apenas as redes federais de saúde, mas também as redes públicas dos Estados e municípios, embora os hospitais universitários, por exemplo, continuem a pertencer à estrutura das universidades e do Ministério da Educação.

De forma complementar, o setor privado participa do SUS por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de determinada região.

No Programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde serão gastos, nesses quatro anos, R\$64,8 bilhões nas áreas de média e alta complexidade do sistema. Vinculados a tais desafios, constam os seguintes programas: Atenção Básica em Saúde, Atenção Especializada em Saúde e Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde.

Nestes programas destacam-se a descentralização e a gestão participativa, como exposto a seguir:

- Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde - desperta na população a condição do exercício de cidadania, garantindo o acesso e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à

sociedade. Outro passo importante é a busca pela humanização, cujo objetivo é ampliar o processo de capacitação e de educação continuada;

- Programa Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde - é a disponibilidade de uma política pública explícita de pesquisa em saúde que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas e transformações dos modos de organização da atenção à saúde;
- Programa Investimento para Humanização e Ampliação do Acesso à Atenção à Saúde - implanta o Cartão Nacional de Saúde. Entre as ações do Programa Atenção Básica de Saúde, sobressai implantar e manter, no mínimo, 30 mil equipes de saúde da família nos próximos quatro anos, nos municípios com mais de cem mil habitantes. Para o Programa Atenção Especializada em Saúde, serão estruturadas 2 mil unidades voltadas para este tipo de atendimento;
- Programa Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - objetiva desenvolver e fomentar pesquisa e inovação tecnológica no setor de saúde, e promover sua absorção pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade. O controle social garantirá transparência e eficácia ao planejamento e à execução das políticas públicas, especialmente na saúde.

Destaca-se no SUS o programa de Vigilância em Saúde, porque ressalta-se que os movimentos populacionais, as condições inadequadas de vida, e vários outros agravos como os problemas de saúde públicos concorrem para maior complexidade do perfil epidemiológico da população, e exigem permanente processo de estruturação de ações efetivas na área de vigilância em saúde. Por meio dos programas Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Vigilância Sanitária e Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, o governo busca maior integração entre as ações de vigilância em saúde, o que proporcionará condição de ampliar a capacidade de detecção precoce de fatores de risco e a adoção de medidas capazes de evitá-los. Ao longo dos quatro anos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária planeja executar 114 mil inspeções em produtos, 3,3 milhões de inspeções em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados e 28,7 mil em serviços de saúde.

Entre as preocupações da Vigilância Sanitária, inclui-se a questão do HIV. A *feminização* da Aids no Brasil se dá no processo de pauperização e banalização da epidemia. Assim, as mulheres brasileiras que vivem com o HIV têm em média o mesmo

perfil daquelas que morrem durante o parto ou que se submetem a abortos inseguros, posteriormente recorrendo ao SUS. Entretanto, apenas 34% do número de gestantes estimadas a cada ano como tendo sido infectadas pelo HIV recebem o benefício. Isso ocorre porque persiste, na ponta do sistema, clara dissociação entre os serviços de atenção pré-natal e as iniciativas de prevenção de HIV/Aids.

Desde 1996, tem sido despendido considerável esforço pela Coordenação Nacional de DST/Aids para disponibilizar no SUS os exames e medicamentos necessários e prevenir a transmissão vertical do HIV.

O programa subsidiará o preço de um grupo de 12 medicamentos usados no tratamento de hipertensão e diabetes. Assim, o governo federal vai permitir o atendimento de cerca de 3,5 milhões de novos pacientes, número estimado de pessoas que fazem o tratamento na rede privada. Estão cadastrados no SUS cerca de 7,7 milhões de hipertensos que já recebem os medicamentos. No caso de diabetes, chega a 3,9 milhões o número total de portadores no Brasil, dos quais, 2,7 milhões são pacientes do SUS. Os medicamentos subsidiados deverão estar disponíveis nas farmácias da rede privada a partir de dezembro de 2004. A previsão é que o preço fique até 50% abaixo do praticado atualmente.

Outro destaque no SUS é o Programa de Assistência Integral da Mulher (PAISM) criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, e considerado como uma das principais conquistas do Movimento Feminista no Brasil. Nos dias atuais, o PAISM continua a ser uma das propostas mais avançadas no campo da saúde pública e, portanto, peça-chave na construção do Sistema Único de Saúde. Este programa propõe um elenco de ações básicas que devem atender a mulher de forma integral e integrada, com qualidade, em todas as fases da sua vida e não apenas na fase reprodutiva.

Para as administrações municipais, o programa é um instrumento importante para auxiliar na identificação de demandas e de soluções adequadas à realidade do município, melhorando assim a qualidade do atendimento às mulheres na rede municipal de saúde.

Uma das propostas do PAISM, adotada com sucesso em muitos municípios, é a garantia do direito à informação. Ações educativas e de controle social, quando perpassam todas as fases do atendimento, promovem espaços de troca de informação, permitindo identificar demandas, melhores escolhas e diminuir a distância comum entre profissionais de saúde e população.

As principais doenças das mulheres advêm das condições em que elas exercem a maternidade e a sexualidade. No campo da saúde reprodutiva, há demandas de vários tipos. Por exemplo: aproximadamente dez milhões de mulheres estão sujeitas à gravidez indesejada, seja pelo uso inadequado de métodos anticoncepcionais ou mesmo por falta de conhecimento ou acesso a eles.

Outro assunto preocupante é o pré-natal: quando malfeito ou não realizado, pode provocar a morte materna. O PAISM promove um trabalho de humanização do parto. Mas no Brasil são realizadas muitas cesarianas, embora o parto normal tenha resultados mais saudáveis, tanto para a mãe como para a criança (ATENÇÃO... DICAS, n.176, 2001).

Para obter o sucesso esperado, o PAISM depende diretamente das mudanças decorrentes da implementação da reforma sanitária, particularmente, da implantação do Sistema Único de Saúde. A cobertura universal na assistência prevista pelo programa depende da garantia de que este princípio constitucional seja efetivamente considerado nas políticas de saúde. Da mesma forma, a descentralização efetiva e a garantia de financiamento aos municípios são as estratégias capazes de consolidar o projeto com uma assistência integral com qualidade.

Isto, porém, não é o que vem ocorrendo nos últimos tempos, quando a retirada do Estado das obrigações com a saúde induz o setor a uma situação de precariedade e inoperância. Entretanto, a despeito do baixo impacto alcançado na cobertura da assistência, bem como na sua qualidade, os princípios e diretrizes do PAISM constituem-se em um ideário de saúde para as mulheres, incluído, freqüentemente, nas pautas de negociações de sindicatos, das centrais sindicais e de outros movimentos sociais.

Sua implementação, com efeito, tem sido restrita àquelas iniciativas municipais mais comprometidas com a consolidação do SUS e com políticas de saúde eficientes e eficazes. Nos níveis federal e estadual, o discurso da integralidade da assistência à saúde das mulheres é presente, mas sua implementação é quase sempre insatisfatória, revelando grande distancia entre intenção e gestos (COSTA, 1997).

Uma experiência exitosa, no SUS, é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, vindo a ser implantado em todo o Brasil como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial. O PSF prioriza as ações de promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e família de forma integral e contínua.

Para a implantação deste novo programa se faz necessário formar profissionais para abordagem do processo saúde-doença com enfoque em Saúde da Família. O Programa Saúde da Família é a estratégia mais forte e lógica de fortalecimento da Atenção Primária no Brasil, sendo o mais amplo programa de inclusão social vivido no país na última década.

Hoje, o PSF está implantado em 4.266 municípios brasileiros, e centra sua atenção especial nos idosos, crianças, mulheres e gestantes. Os resultados alcançados são significativos, como: redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortes por doenças evitáveis e diminuição das filas nos hospitais das redes públicas e conveniadas com o SUS.

Em sua essência, o programa incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – universalização, integralidade e participação da comunidade – estruturados a partir da Unidade Básica da Família, que trabalha com os seguintes princípios:

- **Caráter substitutivo:** É uma estratégia que propõe a substituição das práticas de saúde com foco na doença para novas práticas centradas na vigilância à saúde;
- **Integridade e hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e famílias e asseguradas a referência e a contra-referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde de pessoa assim exigir;
- **Territorialização e cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Uma equipe responsável por no máximo 4.500 pessoas;
- **Equipe multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – são incorporados às equipes ou formam equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A

Unidade de Saúde da Família atua com uma ou mais equipes, de acordo com a concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Outra experiência relevante, dentro do SUS, é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado no Brasil em 1991, contribuindo para a reorganização dos serviços municipais de saúde, para a integração das ações entre os diversos profissionais e para a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O PACS está presente em 27 Unidades Federais e vem se consolidando no contexto municipal. Todo processo do programa conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis do governo: municipal, estadual e federal.

Dentro do PACS, a figura do agente comunitário de saúde destaca-se como o elo entre o programa e a comunidade. Este agente é uma pessoa residente na própria comunidade, que identifica problemas existentes, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários para a proteção e a promoção, recuperação/reabilitação da saúde das pessoas integrantes daquela comunidade.

Sua capacitação é promovida por um enfermeiro, que atua como instrutor-supervisor e trabalha em uma unidade de saúde. Além de treinar o agente, ele acompanha suas atividades e as reorienta, de acordo com as necessidades identificadas. Com o objetivo de apoiar a capacitação do ACS, o Departamento de Atenção Básica/M.S. disponibiliza aos municípios, diversas publicações e uma série de vídeos educativos.

Mensalmente, o ACS atende no máximo 750 pessoas, mas este número é flexível, podendo variar segundo as necessidades locais. Suas principais atribuições são cadastramento e diagnóstico. Esta é a primeira etapa do trabalho do ACS. Consiste no registro da ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), informações de cada membro da família a respeito de condição de saúde, situação de moradia e outras informações adicionais. Esse cadastramento permite que a equipe conheça as condições e o histórico de vida das pessoas de sua área de abrangência e, com isto, faça o diagnóstico e aperfeiçoe sua atuação.

Dos programas analisados, o SUS apresentou aspectos de planejamento estratégico (MATUS, 1996), basicamente quando tem por diretrizes o atendimento integral e a participação social, por intermédio dos Conselhos de Saúde. Além disso, busca verificar a qualidade do atendimento com pesquisa de opinião dos clientes, e faz chegar ao programa as críticas populares, adotando solução para suas falhas de atendimento.

O PSF, também, inova ao descentralizar suas ações e ao envolver pessoas da comunidade na co-gestão do programa, ampliando suas atividades para o campo de políticas estratégicas.

Do levantamento realizado sobre as políticas sociais federais e, dentro delas, as de saúde, observa-se um avanço no planejamento com a incorporação de procedimentos onde o planejador planeja em certa medida com a comunidade. Resta verificar a eficiência destas políticas na melhoria da qualidade da saúde da população.

4 POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA A ADOLESCÊNCIA NO CEARÁ

O plano de governo “Ceará Cidadania”, para o período de 2003-2006, define para essa gestão o crescimento com inclusão social, contemplando no eixo prioritário Ceará Vida Melhor as recomendações para a política de saúde e assistência social.

A partir de 2003, o governo Lúcio Alcântara empenhou-se em prover à população de uma assistência integral à saúde, envolvendo ações de qualidade na prestação de serviços, formação de recursos humanos, vigilância sanitária e epidemiológica.

A principal mudança ocorreu mediante organização das ações e serviços de saúde com o Programa Saúde Mais perto de Você. Com a divisão do Estado em 21 microrregionais, e o investimento dos níveis estadual e federal, os municípios poderiam assumir o atendimento nos níveis primário – postos de saúde, Programa Saúde da Família – e secundário – hospitais municipais –, dotando a estrutura já existente com profissionais capacitados, equipamento e materiais (CEARÁ/SESA, 2004, p. 25).

O discurso governamental reafirma os compromissos da estrutura do setor público com a situação da pessoa humana e todas as vinculações sociais que influenciam na melhoria da qualidade de vida, onde as conquistas no plano de saúde, saneamento, emprego e renda, melhorias na agricultura irrigada e no semi-árido, a infra-estrutura energética, de abastecimento de água e saneamento das cidades e distritos rurais simbolizam aspectos essenciais da visão social e de inclusão das associações e núcleos de atendimento descentralizado à população cearense.

4.1 Políticas estaduais de saúde pública

No intuito de organizar o Sistema Estadual de Saúde, a Secretaria da Saúde do Estado, com a participação dos municípios e aprovação do Conselho Estadual de Saúde, dividiu o Ceará em 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde.

Nas microrregiões de saúde serão estruturados os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, que constituem a atenção à saúde primária e secundária; como suporte,

estão as ações de saúde pública e as ações e serviços de apoio, que integram estes dois níveis de atenção.

Nas macrorregiões serão implementados os Sistemas Macrorregionais de Serviços de Saúde, nas quais os conjuntos de microrregiões convergem para pólos terciários.

As ações e os serviços micro e macrorregionais serão operacionalizados por meio de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), referendada pelos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde (NORÕES, 2001, p. 64).

A Regionalização de Saúde no Ceará se dar no redimensionamento do processo de trabalho nas Células Regionais de Saúde, composto pelo colegiado de gestão e equipes de trabalho mais o planejamento estratégico da SESA. Sua lógica de organização é a atenção primária descentralizada para cada município cuja estratégia é a saúde da família (PSF e hospital local); a atenção secundária é pactuada entre o conjunto de municípios e o Estado, na lógica da economia de escala e resolutividade (1º Nível de referência de baixa complexidade: módulos assistenciais; 2º Nível de referência de média complexidade: pólo-microrregional); e a atenção terciária é o suporte para as ações de alto custo e alta complexidade (3º Nível de referência de alta complexidade: pólo-macrorregional). No sistema de apoio existe a implementação da assistência farmacêutica; controle avaliação e auditoria; mobilização social e controle público. No sistema de saúde pública há o fortalecimento da vigilância sanitária, epidemiologia, ambiental; controle de endemias e sistemas de informações descritas segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, 2002).

A prevenção na saúde está a cargo do Programa Saúde da Família e contempla como Objetivo Estratégico 1 – A imunização e o aleitamento materno, complementados pelas ações no setor de infra-estrutura sanitária (saneamento básico, abastecimento de água e coleta de lixo).

Este plano de governo (2003-2006) propõe como Objetivo Estratégico 2 – Prestar Assistência Integral Contínua e Personalizada Centrada na Vigilância à Saúde. Trata-se de uma tentativa de romper com a prática tradicional de assistência médica concentrada na doença e em sua cura.

Especificamente, para a política de saúde, existe no Estado uma estrutura hospitalar, com ambulatorios, maternidades, núcleos de assistência e emergência no atendimento às enfermidades e sintomas crônicos da saúde, presente nas três Macrorregiões, 21 Microrregiões de Saúde e 184 Municípios. Tal estrutura propicia continuidade e qualificação na reestruturação das unidades básicas, secundárias e terciárias da saúde, conectadas aos hospitais regionais e especialidades médicas, com homologação institucional do Conselho Estadual de Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio de programas como: Saúde Mais Perto de Você, Programa Saúde da Família, Atenção Saúde do Jovem e Adolescente, Assistência Especial à Mulher, etc.

Segundo as ações destes programas, pode-se observar alguma melhoria na qualidade de saúde do cearense, tendo em vista o declínio da mortalidade materna no Ceará. Essa constatação confirma o esforço da SESA e das secretarias municipais de saúde em promover ações voltadas para a saúde da mulher, tais como o aumento da cobertura do pré-natal, de parto hospitalar e de planejamento familiar:

Por enquanto, os 59 óbitos maternos confirmados em 2003 contra os 122 de 2002 correspondem a uma razão de mortalidade de 48,6/100.000. As possíveis intervenções contra a mortalidade materna incluem investimentos para melhorias no atendimento ao pré-natal e ao parto. Empenho também deve ser envidado para evitar as cesarianas desnecessárias. Além disso, é reconhecida a importância da anticoncepção para reduzir o número de mortes relacionadas ao aborto (CEARÁ. Mensagem, 2004, p.126).

Os resultados da política de saúde estão evidenciados em diagnósticos e prognósticos, relatados em documentos hospitalares e na Mensagem oficial do governo. Observa-se certa hierarquização, perceptível por meio do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social, onde as estratégias concernentes à efetivação das políticas públicas de saúde tornam-se possíveis de concretização nos níveis dos órgãos de governo estadual e municipal. O fortalecimento no controle e na programação dos eixos e ramificações objetiva a interiorização e a descentralização dos equipamentos de saúde, nos recursos públicos do Sistema Único de Saúde, propiciando maior abrangência nos atendimentos das internações hospitalares, convergindo para os centros sub-regionais às situações clínicas e patológicas das enfermidades com maior complexidade. O Programa Agentes de Saúde, os atendimentos ambulatoriais, campanhas de vacinação, auxílio na maternidade e prevenção de doenças agudas e endemias rurais integram as ações do setor público nas contingências de carência da população de baixa renda.

As políticas públicas de saúde priorizam, sobretudo, os grupos de risco e pacientes acometidos por doenças; a prevenção em saúde (câncer, cólera, hanseníase, dengue, mortalidade infantil); os serviços de atendimento básico para gestantes, idosos, crianças; internações nas unidades regionais em Fortaleza (Santa Casa da Misericórdia, Maternidade-Escola, Hospital de Messejana), Caucaia, Maranguape, Baturité, Aracoiaba, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Quixeramobim e Russas, com estabelecimentos de natureza pública, federal, filantrópica, municipal e organismos de cooperação financeira, visitas médicas e ambulatoriais.

Teoricamente as políticas de gestão da saúde apresentam uma constituição dinâmica, mobilizada pelos princípios do planejamento estratégico da Secretaria da Saúde. Desse modo, foram produzidos o Plano de Saúde 2003-2006, o Plano Plurianual 2004-2007, o Plano Operativo Anual e o Plano de Ação e Descentralização destinado à Coordenação e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), que habilitaram mais de 44 municípios em 2003 na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

O Setor da saúde do Ceará está estruturado sobre as diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na regionalização, em que as ações e serviços estão organizados em micro e macrorregiões, envolvendo as atenções primária, secundária e terciária (CEARÁ. PPA 2004-2207, p.18).

Incluem-se, também, a certificação em epidemiologia e controle de doenças em 136 municípios, além das realizações inéditas na ciência dos transplantes de órgãos e efetivação dos cursos, estudos e aperfeiçoamento pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

O Plano de Governo (2003), Ceará Cidadania, define metas que acredita serem compatíveis com os objetivos estratégicos do eixo programado Ceará Vida Melhor, sintetizando as particularidades e complexidades da regularização pública da assistência em saúde em comum acordo com sua política global de crescimento e inclusão social.

Deve-se salientar que os pólos de educação permanente inserem o Estado do Ceará na política nacional, gerenciada pela Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde, formulando os encaixes profissionais no dimensionamento dos recursos humanos para a cobertura das unidades, postos de saúde, maternidades e hospitais.

As recomendações ambientais relacionadas com a saúde pública também aceleram a conscientização e a efetivação das iniciativas no Plano da Vigilância Ambiental, nos encontros de sensibilização e intensificação nas plataformas de mananciais, qualidade e filtração da água nos rios, açudes e lagoas das chapadas de Baturité, Araripe e Itapipoca, e algumas localidades próximas aos Rios Jaguaribe e Acaraú (CEARÁ, Governador 2004-2007 (Lúcio Alcântara)).

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI e Prefeituras Municipais) e o Projeto Amor à Vida (SETAS/SESA/SEDUC/FNUAP/UNICEF) atingiram 1.504 escolas em 2003 (média de 103 municípios), integrando nas diversas modalidades sociais alunos, famílias e lideranças comunitárias. Estes programas de inclusão social, para o governo, têm implicações na saúde da população, pois envolvem a prevenção contra trabalhos de grandes esforços físicos e exposição dos jovens a condições de trabalho com desgaste para a sua saúde; outros são educativos e tentam conscientizar as pessoas para uma vida mais saudável, inclusive para uma sexualidade responsável.

Ainda, o Programa de Segurança Alimentar, Programa Fome Zero e o Cartão Saúde (governo federal) interagem com os Comitês Gestores, no Ceará, no acompanhamento às famílias beneficiadas, com resultados no volume de refeições, pessoas atendidas (média de 2.000/dia), aumento nos municípios cadastrados (174) e ajuda pecuniária às famílias, implicando uma ação diretamente voltada para a melhoria das condições físicas do indivíduo.

Os projetos complementares aglutinam o Programa de Reformas Sociais para o Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes (PROARES), Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Cultura da Saúde Ecológica e Ambiental.

Durante os anos 2000 as políticas de saúde seguem ritmo idêntico, englobando projetos e funções na melhoria das condições de saúde materno-juvenil, redução da mortalidade infantil (25/mil), prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas, saúde ocular e odontológica, saúde mental - (Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) - assistência farmacêutica e cooperação técnica nas 21 Microrregiões de saúde e nos 184 municípios.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, originou-se em 1987, época de seca no Ceará, no início do governo das mudanças motivado pela mortalidade infantil, por importantes limitações financeiras no setor público e por deficiências no funcionamento dos

serviços de saúde. Nesta contingência vislumbrou-se a possibilidade de envolver, em atividades de promoção de saúde, em curto prazo, milhares de moradores destas áreas, os quais seriam remunerados com fundos especiais de emergência de origem federal destinados à Região Nordeste.

Centrada na atuação dos agentes comunitários de saúde, a experiência no Estado do Ceará foi bem-sucedida, e evitou o surgimento ou a proliferação de doenças. Ao curar os doentes nos próprios domicílios e racionalizar a necessidade de se recorrer aos serviços formais de saúde, serviu de modelo para outros Estados e regiões do país.

De 1987 a 1990 foi implantado um espaço ou área especial em mais de 200 serviços de saúde para agilizar a reidratação oral em crianças com diarreia. No mesmo período, no Estado, o número de Unidades de Saúde que aplicam vacinas passou de cerca de 600 para aproximadamente 900.

Até setembro de 1989 o programa atingiu 45 municípios, os quais foram selecionados em vista do desempenho satisfatório no período da “emergência” e da presença de pessoas disponíveis. Em setembro de 1990 o programa já atuava em 84 municípios, com 2.905 agentes que cobriram 290 mil famílias com aproximadamente 1.450 mil habitantes (23,5% do Estado; 33% do interior) (UNICEF, 1990).

Segundo o relatório do Banco Mundial (O ESTADO DE S. PAULO, 21 jul. 2004), além de recrutar, treinar e empregar um crescente número de agentes, a partir de 1987, verificou-se a queda da mortalidade infantil e da desnutrição no Ceará. Esta pode ser atribuída a uma ampliação na cobertura de imunização, a terapias de reidratação oral e ao estímulo à amamentação.

O relatório elogia ainda o modo como o Estado descentralizou o programa de saúde familiar, usando o sistema de contrapartidas para estimular os municípios a adotarem novos programas e fiscalizando a aplicação dos recursos (O ESTADO DE S. PAULO, 21 jul. 2004).

Apesar dos limites, a política de saúde estadual estaria articulada e refletiria a política nacional. As políticas, de alguma forma, respondem a um contexto social que exige a ação governamental. Veja-se:

Na área de saúde, 90% da população brasileira é, de algum modo, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de prover assistência integral e totalmente gratuita para os portadores de HIV e doentes de Aids, renais crônicos e pacientes de câncer, há falhas na provisão de alguns serviços básicos: apenas 50% das gestantes completam a série de 6 consultas de assistência ao pré-natal; o acesso a medicamentos essenciais, para pacientes em regime de atendimento ambulatorial, ainda é insuficiente; a qualidade da atenção ainda deixa muito a desejar, como comprovam os elevados índices de mortalidade materna, em torno de 45,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos; a mortalidade infantil ainda se situa em torno de 29,6 óbitos infantis por mil nascimentos para todo o Brasil (BRASIL. PPA – 2004-2007, p.78).

Para enfrentar estes problemas, o governo federal estruturou um conjunto de programas que têm por objetivo promover a atenção integral à saúde nos Estados. No Ceará, constam como principais programas do plano de governo (2003-2007): Programa de Vigilância à Saúde, Programa Saúde da Família, Programa Saúde Bucal, Programa de Assistência Farmacêutica da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública e da Rede de Hemocentros, Programa Saúde Mais Perto de Você, e Prevenção e Controle de Acidentes e Violências, Demais Agravos e Atendimento às Vítimas de Acidentes de Trânsito. Estes programas abrangem a infra-estrutura e os serviços prestados, descentralizando-os e enfocando a família.

4.2 Políticas para a juventude no Ceará

Segundo o Guia 2004, da Secretaria do Esporte e Juventude (SEJUV), elaborado pela Coordenadoria de Juventude, destacam-se diversos programas e projetos dedicados a este segmento populacional (Quadro 1), os quais são resultados de um trabalho de parceria com o Comitê Intersetorial de Políticas de Juventude, integrado por técnicos de 14 Secretarias do Governo do Estado do Ceará, desenvolvidos em cinco eixos temáticos: educação; esporte, cultura e lazer; socialização; trabalho e geração de renda; e saúde (CEARÁ.SEJUV, 2004).

Pela visão do governo sobre as políticas sociais para a juventude, estas devem promover o desenvolvimento deste segmento populacional mediante articulação e execução de programas e projetos, e da criação de canais de diálogo, participação e comunicação entre o governo e grupos sociais desta faixa etária.

É intenção governamental trocar experiências, compartilhar modelos, discutir conceitos para formular políticas públicas para os jovens de 15 a 29 anos. O Comitê Intersetorial tem como missão: “Articular as ações das diversas setoriais, objetivando integrar e otimizar políticas para a juventude” (CEARÁ/SEJUV, Guia, 2004).

O Governo do Estado quer promover a juventude como atores e multiplicadores dessas políticas públicas com o apoio da sociedade civil, para atender demandas específicas geradas pelas necessidades dos jovens, em âmbito federal, estadual ou municipal.

Quadro 1 - Programas e projetos para adolescentes de 15 a 19 anos no Estado do Ceará – 2003-2004

ÓRGÃO RESPONSÁVEL	PROGRAMA	OBJETIVO
Secretaria da Educação Básica	Programa Internet na Escola	Proporcionar inclusão digital e formação de alunos monitores.
	Escola Viva / Projeto Saber Saúde	Promover a saúde de adolescentes e jovens como tema transversal, através de ações educativas nas escolas, ABCs, Centros Comunitários e outros.
	Escola Viva – Educação Ambiental	Incentivar as organizações escolares e comunitárias na elaboração e implementação de projetos interdisciplinares e promoção de práticas educativas voltadas para a preservação do meio ambiente ecologicamente equilibrado em favor da vida.
	Programa Encontro	Contribuir, através da TV, para a formação de adolescentes e jovens, oportunizando debates de temas polêmicos e socioculturais.
Secretaria do Esporte e Juventude	Esporte e Rendimento	Promover ampla mobilização da juventude cearense, identificando e proporcionando o desenvolvimento de talentos desportivos, assim elevando o nível técnico das nossas seleções, desenvolvendo o desporto na sua vertente de alto rendimento e possibilitando a identificação de talentos esportivos.
	Jogos Escolares do Ceará	Importante mecanismo do esporte educacional, reúne anualmente milhares de alunos de escolas públicas e particulares, nas faixas etárias de 12 à 14 e de 15 à 17 anos, em dez modalidades esportivas, sendo classificado para os Jogos Escolares Brasileiros.
	Jogos Abertos do Interior	Tem por finalidade promover o conagraçamento e o intercâmbio esportivo entre os municípios que deles participam e entre dirigentes, técnicos e atletas, bem como descobrir valores no cenário esportivo cearense e estimular a fixação dos atletas em seus respectivos municípios.
	Rua Feliz	Desenvolvimento de atividades esportivas e recreativas para várias faixas etárias, em diversas comunidades, oferecendo momentos de entretenimento e lazer.
	Rede em Defesa da Vida	Trabalhar o uso e abuso de drogas e situações de risco à saúde dos jovens, na perspectiva da prevenção primária, bem como desenvolver ações e atividades educativas de formação e informação de prevenção ao uso de drogas.
	Sine Jovem	Atendimento integrado ao jovem, através da orientação e informação dirigida ao trabalhador, da intermediação para o trabalho, do atendimento do seguro-desemprego e do encaminhamento à qualificação profissional.

(continua)

Quadro 1 - Programas e projetos para adolescentes de 15 a 19 anos no Estado do Ceará – 2003-2004

(conclusão)

ÓRGÃO RESPONSÁVEL	PROGRAMA	OBJETIVO
Secretaria da Ação Social	<p>Projeto Mãos Dadas</p> <p>Centros Educacionais</p> <p>Projeto Cenas em Celas Abertas</p> <p>Projeto Amor à Vida</p>	<p>Reinserir socialmente adolescentes egressos de medidas socioeducativas, oportunizando sua inserção no mercado de trabalho com atividades geradoras de renda.</p> <p>Atender, em regime de internato, semiliberdade e internação provisória, adolescentes e jovens, autores de ato infracional, em suas necessidades básicas, com vistas a sua reinserção ao convívio sociofamiliar, após o cumprimento da medida socioeducativa, à qual se encontram submetidas.</p> <p>Atuar através do lúdico, na prevenção às DST/HIV, com a produção de peças de teatro com as internas.</p> <p>Promover ação socioeducativa de intervenção preventiva entre os adolescentes, pela criação de oportunidades para o desenvolvimento profissional dos educadores e técnicos, permitindo-lhes trabalhar os temas relativos à sexualidade e apoiar a formação de Núcleos Intersetoriais de Educação Sexual Regional e Municipal.</p>
Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo	Portas Abertas	<p>Visa facilitar o acesso das pessoas que apresentam maior dificuldade de ingresso no mercado de trabalho, em especial os jovens, articulando instituições educacionais, empresas públicas e privadas. Através de programas como Primeiro Trabalho, Primeiro Estágio, Primeiro Negócio e Jovem Aprendiz, o jovem traça seu caminho rumo a uma ocupação, estágio ou trabalho autônomo.</p>
Secretaria do Turismo	Turismo, Patrimônio e Cidadania	<p>Levar a comunidade a uma reflexão, através de professores e estudantes, com ações que possibilitem a compreensão e a internalização sobre a importância da atividade turística sustentável, como fator gerador de emprego e renda.</p>
Secretaria da Saúde	<p>Atenção à Saúde do Jovem e Adolescente</p> <p>Por uma Unidade de Saúde mais Adolescente</p> <p>Espaço Jovem</p> <p>Adolescência no Programa Saúde da Família</p>	<p>Contribuir na organização de serviços de atenção em nível primário, secundário e terciário para o atendimento ao jovem e adolescente.</p> <p>Contribuir para a redução da vulnerabilidade dos adolescentes perante a AIDS, outras DSTs e a gravidez, através da melhoria da qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecidos e de outras atividades na comunidade, em especial nas escolas.</p> <p>O Espaço Jovem possui um centro de atenção social composto por adolescentes e jovens da comunidade que são responsáveis pela coordenação das ações jovens dentro do equipamento social.</p> <p>Programa de capacitação para profissionais do PSF, através de uma metodologia de treinamento apropriada para as condições locais. Essa metodologia está sendo recomendada como modelo, pelo Ministério da Saúde, para ser implementada em todo o país.</p>

Fonte: SEJUV/SETAS.

A primeira constatação extraída da observação sobre o Quadro 1 acerca dos programas sociais para a juventude, no Ceará é a reduzida presença de ações relativas à saúde reprodutiva e de educação sexual, bem como a inexistência de programas específicos para a gravidez precoce.

A saúde na adolescência é objeto dos seguintes programas: Escola Viva/ Projeto Saber Saúde (SEDUC); Rede em Defesa da Vida (SEJUV); Projeto Cenas em Celas Abertas e Projeto Amor à Vida (SAS); Atenção à Saúde do Jovem e Adolescente, por uma Unidade de Saúde mais Adolescente, Espaço Jovem e Adolescência no Programa Saúde da Família (SESA).

Das seis secretarias que atendem aos adolescentes, quatro possuem programas ou projetos voltados para a área de saúde. Excetuada a Secretaria da Saúde, apenas a Secretaria da Ação Social tem ações dirigidas à saúde reprodutiva.

Dos 20 programas/projetos relacionados no Quadro 1, quatro são relativos ao trabalho, quatro objetivam a educação, três visam a assistência social, quatro orientam-se para o esporte e cinco buscam o atendimento médico; destes, três são focados na saúde reprodutiva, um dos quais voltado diretamente para a gravidez.

Das informações do Quadro 1 pode-se dizer que os cuidados com o segmento juvenil estariam restritos às secretarias tradicionalmente ligadas à assistência social, agora instadas a ampliar suas atividades, incorporando a preparação de mão-de-obra para o setor produtivo. Isto pode ser comprovado porque todas as secretarias, com exclusão da da Saúde, teriam algum programa/projeto relativo à capacitação ou aperfeiçoamento profissional.

Ainda conforme se percebe, as questões de saúde, exceto na secretaria específica desta área, são temas transversais na maioria das secretarias estaduais.

Por fim, a preocupação com a prevenção aos problemas de saúde não se configura, pela reflexão sobre o Quadro 1, como prioridade governamental. As secretarias insistem em ações reparadoras para superar os problemas já existentes. Isto explica, pois, a limitada frequência de políticas preventivas.

Além disso, apesar dos importantes avanços na organização do sistema de saúde no Ceará e, posteriormente, em Fortaleza, o atendimento especializado do Programa Saúde da

Família está concentrado na capital, havendo necessidade de expansão destes serviços para todo o interior do Estado.

Algumas atitudes são sugeridas aos profissionais das equipes de saúde da família para minimizar o risco de ocorrência de doenças e de gravidez entre adolescentes, tais como:

- sensibilizar e capacitar professores para trabalharem com adolescentes, a partir de uma visão holística, não julgando o (a) adolescente;
- preparar para a implantação do transversal de educação sexual, discutindo temas polêmicos com os profissionais de saúde e ainda identificar, apoiar e encaminhar as adolescentes grávidas para os serviços de pré-natal;
- oferecer orientação sexual diretamente aos clientes adolescentes;
- orientar os pais para abrirem o diálogo sobre o tema com seus filhos e filhas;
- abrir outros canais de comunicação: jornal das escolas e das comunidades;
- tornar o (a) adolescente participativo(a), discutindo situações reais, tais como: projeto de vida, uso clandestino de anticoncepcionais, bloqueios emocionais, desejo inconsciente de provar a fecundidade, de mostrar que é adulto, de fazer respeitar o pensamento mágico;
- produzir material educativo e divulgar o já existente;
- utilizar os meios de comunicação de massa (por exemplo: rádio) para a divulgação de mensagens educativas e realização de debates com a participação de adolescentes, professores, profissionais da saúde e pais;
- oferecer maior acesso aos métodos anticoncepcionais, com discussão das questões ligadas a sexualidade, gênero e orientação correta sobre a utilização e possíveis efeitos colaterais destes;
- discutir com a coordenação municipal do PSF estratégias para facilitar o acesso dos adolescentes aos métodos, inclusive à camisinha, considerando a possibilidade de ampliar os locais de distribuição do preservativo;

- formar adolescentes multiplicadores, os quais poderiam repassar informações com a mesma linguagem, trocando experiências com os outros adolescentes nas escolas e nas comunidades;
- difundir a informação sobre a anticoncepção de emergência, ainda pouco conhecida por profissionais e por adolescentes, orientar quais as indicações e alertar para os riscos do uso indiscriminado;
- realizar trabalho intersetorial, onde a escola, o centro comunitário, a igreja, a associação de moradores devem contribuir no desenvolvimento de atividades de caráter educativo e preventivo (CEARÁ.SESA, 2003).

Com o PSF, no Ceará serão beneficiados 126 dos 184 municípios e contratados novos agentes para prestar serviços às suas populações. O montante destinado ao Estado somente para aplicação no PSF será de 3 milhões, 717 mil, 858 reais, já a partir de agosto de 2004. As cidades beneficiadas são as que apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7 (O POVO, 21 out.2004).

4.3 Programas de saúde reprodutiva no Ceará para a adolescência

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE DST E AIDS

No Ceará, a prevenção e controle das DST e Aids se deram a partir de 1987, por meio das ações de vigilância epidemiológica. A oficialização do programa ocorreu em 1993, quando da publicação do Convênio 256/93, que trata do funcionamento das ações de prevenção e controle das DST/Aids, conforme desenhado pelo Plano Estratégico Plurianual, no qual o Estado do Ceará firmou convênio com o Ministério da Saúde, incluído um investimento de US\$2.919.763,62 para um período três anos, viabilizando ações de prevenção, assistência, vigilância e desenvolvimento institucional.

Com a mudança na estrutura da SESA, iniciada em 1998, o Grupo de Trabalho de DST/Aids transformou-se em Coordenação Estadual de DST/Aids, e passou a fazer parte da Célula de Atenção à Saúde do Adulto. Esta coordenação está subordinada à Coordenadoria de Políticas de Saúde (COPOS), uma das cinco coordenadorias ligadas diretamente ao Secretário da Saúde do Estado e ao Conselho Estadual de Saúde.

O Grupo de Trabalho de DST/Aids transformou-se em Célula de Saúde Reprodutiva e Sexual, que incorpora, segundo os seus gestores, de forma direta, os problemas ligados à saúde sexual. É composto por dois médicos gineco-obstetras, cinco enfermeiros, duas consultoras e dois funcionários de apoio administrativo.

Em 1983 foi identificado o primeiro caso de Aids no Ceará. Desde aquele ano até setembro de 2000, foram notificados à SESA-CE 3.165 casos da doença. Desses, 78 são crianças e 3.087 adultos. O sexo masculino foi responsável pela totalidade dos casos nos primeiros três anos do registro da doença no Estado, e atualmente representa 79%, com a proporção homem/mulher de 4:1.

A faixa etária de maior concentração dos casos é a de 20 a 44 anos, confirmando a tendência nacional de ocorrência de casos de Aids, também, entre adultos jovens. A principal categoria de exposição é a homo/bissexual masculina, mas nos últimos cinco anos houve uma ascensão expressiva na categoria heterossexual. No período de 1983 a 1988 esta categoria representava apenas 19% da transmissão sexual: hoje alcança o percentual de 47% (VILLELA; CORREA, 2002).

PROJETO AMOR À VIDA

A questão da gravidez na adolescência, conforme exposto no capítulo 2 desta dissertação, significa um problema social da maior importância, com repercussões sobre as gerações futuras, as condições de bem-estar de um segmento populacional, as mães adolescentes e suas famílias. Por isto, interessa saber como os governos tratam essas questões sociais em suas administrações.

O Projeto Amor à Vida é uma ação socioeducativa em sexualidade e saúde reprodutiva, promovida pelo governo do Estado com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Justiça e da Saúde. É coordenado e executado pela Secretaria do Trabalho e Ação Social em parceria com as Secretarias da Educação e Saúde do Estado e Prefeituras Municipais (CEARÁ. SAS, s.d., p.1). Ao contribuir para a melhor qualidade de vida dos adolescentes, o Projeto Amor à Vida tem construído uma rede, composta por vários outros subprojetos afins, e por um grupo de agentes multiplicadores municipais que disseminam uma prática pedagógica, reflexiva e dialógica nas 20 Regiões Administrativas do Ceará.

Esse projeto foi delineado em meados de 1997 pela então Secretaria Estadual do Trabalho e Ação Social (SETAS) do Ceará, como solicitação ao apoio do UNFPA. Envolvendo a intersectorialidade com as Secretarias Estaduais da Educação Básica (SEDUC), da Saúde (SESA), Prefeituras Municipais e Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM), seu propósito inicial foi contribuir com a política estadual de assistência aos adolescentes e suas famílias, mediante desenvolvimento de ações preventivas na área de sexualidade e saúde reprodutiva. Posteriormente, seus objetivos foram ampliados e passaram a incluir a prevenção da violência e do uso de drogas, ao incorporar-se a outros projetos e programas governamentais voltados para a atenção aos adolescentes, tais como Prevenir é Sempre Melhor, Fazendo Prevenção na Sala de Aula, Projeto Serviço Civil Voluntário, Escola Viva, o Plano Estadual de Qualificação para Formadores da Rede de Educação Profissional 2001, etc.

No seu primeiro ano (julho de 1997 a julho de 1998) o Amor à Vida atuou em três bairros da capital do Estado: Vicente Pinzón, João XXIII e Bom Jardim, e no município de São Gonçalo do Amarante (sede e distritos), a 55 quilômetros da capital, no litoral oeste do Ceará. No segundo ano incorporou mais dois bairros, Pirambu e Lagamar, além do município de Brejo Santo, a 508 quilômetros de Fortaleza, no sul do Estado, onde o projeto vem realizando uma experiência piloto na formação de multiplicadores (CEARÁ. Governo/SETAS/FNUAP, 1999, p.9).

A escolha dos bairros localizados na periferia de Fortaleza ocorreu após a constatação de extrema pobreza em que vivem essas famílias e seus adolescentes. Das áreas de atuação do projeto, o bairro Vicente Pinzón, leste de Fortaleza, foi escolhido pela sua proximidade com a orla, circunvizinho ao Cais do Porto, Beira-Mar e praia do Futuro, locais de concentração de turistas, hotéis, de prostituição infanto-juvenil e ponto de usuários de drogas. Nos bairros Bom Jardim e João XXIII, oeste da cidade, a realidade socioeconômica que leva à exclusão das famílias reúne problemas de violência, gangues e drogas.

Em cada uma dessas áreas, o Amor à Vida capacitou profissionais – multiplicadores da proposta de educação sexual. Nos ABCs, nas escolas e centros comunitários, a idéia é buscar, na sociedade, parceiros para um objetivo a longo prazo: “O de contribuir com a política estadual de assistência à criança, ao adolescente e suas famílias, para que desenvolvam atitudes positivas relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva”(CEARÁ.Governo/SETAS/FNUAP, p.12).

O Núcleo Interinstitucional de Educação Sexual tem a importante missão de capacitar equipes de agentes multiplicadores formadas por técnicos das Secretarias da Saúde, Educação e da Ação Social, para:

- a abordagem das seguintes temáticas: sexualidade, saúde reprodutiva, prevenção ao uso de drogas e à violência, família, gênero, homossexualidade, auto-estima e projeto de vida;
- a formação de adolescentes multiplicadores;
- a sensibilização de famílias, líderes comunitários e conselheiros;
- a elaboração e distribuição de material didático e educativo para subsidiar a atuação dos facilitadores, docentes e demais agentes educativos dentro e fora da sala de aula.

Segundo a SAS (op.cit., p.2), o Projeto Amor à Vida contribui com a Política Estadual de Atenção ao Adolescente e suas Famílias, ao promover ações socioeducativas na área da sexualidade, evitando a violência e o uso de drogas. Esta secretaria desenvolve esta atividade incentivando a intersetorialidade com uma rede de agentes multiplicadores, educadores e técnicos, capacitados nos municípios.

A ação deste projeto não focaliza apenas os adolescentes e jovens na faixa etária de 12 a 24 anos, do sexo masculino e feminino, mas também os pais e os responsáveis, professores e educadores sociais, técnicos, profissionais de saúde e lideranças comunitárias e de organismos colegiados.

A SAS acredita que sua metodologia é eficaz e produz resultados positivos. Ela utiliza uma postura participativa, com dinâmica de grupo, capacidade de escuta, diálogo, ação intersetorial e interdisciplinar, e práticas pedagógicas interativas e lúdicas.

Desse modo, o projeto espera obter um processo de construção de conhecimentos e acesso a informações sobre sexualidade, saúde reprodutiva, cultura antidroga e contra a violência. Os resultados para os adolescentes serão mudanças de atitudes e de comportamentos para o exercício saudável da sexualidade.

A operacionalização do projeto envolve a participação de gestores, educadores, profissionais de saúde, técnicos da assistência social, líderes comunitários e parceiros institucionais. O projeto passou por uma reestruturação operacional, e foram criados os núcleos regionais e municipais. Essas estruturas são semelhantes às do núcleo central, ou seja, cada núcleo é formado por técnicos das três áreas envolvidas na sua implementação (Ação Social, Educação e Saúde), com a função de coordenar as ações do projeto nos níveis regional e local. Cabe aos núcleos regionais realizar seminários de sensibilização nas 21 Microrregionais estaduais para os gestores municipais, profissionais de saúde, educação e assistência social. Por sua vez, os núcleos municipais encarregam-se de promover os encontros locais de sensibilização com gestores e técnicos das três áreas, incluindo pais e representantes das comunidades. <Disponível em: <http://www.sas.ce.gov.br/amor.html>> Acesso em: 28 jul. 2004.

No segundo ano de implantação deste projeto foi realizada uma análise situacional pela Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará (IPLANCE), a qual apontou que os municípios que implementaram o Projeto Amor à Vida eram, em sua maioria, economicamente pouco desenvolvidos; suas populações cresciam lentamente, e a urbanização ainda era precária em quase todos eles. Com populações ainda muito jovens, as características desse grupo de municípios se assemelhavam às observadas para o Estado como um todo: alto índice de gravidez precoce, baixo nível de informação sobre saúde preventiva, índice reduzido de escolaridade e inserção precária no mercado de trabalho, entre outros aspectos. Esses municípios, de modo geral, careciam de equipamentos sociais que atendam às necessidades da população adolescente e jovem (IPLANCE/SETAS, 2002).

Atualmente o Projeto Amor à Vida já está presente em 103 municípios cearenses. Segundo a supervisora do Núcleo de Normatização de Atenção à Saúde do Adolescente da SESA, Leonete Borges, só em 2003 foram beneficiados pelo projeto 128.271 meninos e meninas. Para aquele ano, a meta era atender 385.560 pessoas. Ele, também, deverá ser expandido para mais 30 cidades. Ao todo 9.889 professores da rede pública estadual foram treinados para tocar o projeto em sala de aula (DIÁRIO DO NORDESTE, 21 jun.2004).

Os problemas da gravidez, parto e puerpério nas jovens entre 15 e 24 anos, nos municípios atendidos com o Projeto Amor à Vida (2000), atingirão, sobretudo Fortaleza, com

24.277 adolescentes, Maracanaú (2.883), Juazeiro do Norte (2.614), Sobral (1.939), Crato (1.242), Crateús (1.006) e Itapipoca (1.305).

PROJETO TREVO DE QUATRO FOLHAS

Existe no Ceará uma experiência inovadora de atenção à saúde reprodutiva da mulher. Trata-se do Projeto Trevo de Quatro Folhas, promovido pela Prefeitura Municipal de Sobral, coordenado pela Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde. Este projeto, implantado em 2001, presta assistência ao pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e ao nascimento e desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida (TREVO... Diário do Nordeste, 11 dez. 2004).

Tal iniciativa enquadra-se em um planejamento estratégico para reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil, viabilizado em parceria com a sociedade civil mediante doações de empresas privadas. O projeto conta com o trabalho da Mãe Social, Madrinha e do Padrinho Social, pessoas da própria comunidade treinadas para a assistência à gestante ou puérpera, orientadas para o autocuidado e atenção com a criança. Este trabalho social envolve solidariedade, compromisso e estreito relacionamento com a família atendida. O acompanhamento das gestantes é dirigido às mães em situação de riscos socioeconômicos. O financiamento advém de contribuição da madrinha e do padrinho, de outras doações, promoção de eventos, e do Fundo da Criança e Adolescente de Sobral. Para viabilizá-lo existe uma intersetorialidade com o Programa Agentes de Saúde e Saúde da Família.

Esta experiência inova no planejamento da saúde reprodutiva da mulher, e mostra a possibilidade de construção de novos projetos e programas envolvendo a sociedade civil, descentralizando o atendimento, melhorando a qualidade do serviço e satisfazendo as necessidades básicas desta população.

SEXUALIDADE E PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Sexualidade e Prevenção da Gravidez na Adolescência, campanha lançada em Caucaia, objetiva usar a informação como instrumento educativo. Segundo a Secretaria do Desenvolvimento Social do município, até o final de 2002 existiam 403 adolescentes grávidas, na faixa etária de 12 a 18 anos. Com esta medida de comunicação social, a Prefeitura visa reverter este quadro.

De modo geral, as adolescentes do município de Caucaia apresentam baixa estima e descredita na família. Conforme divulgado na imprensa, apesar de terem informações, duas meninas grávidas saíram da escola e brigaram com os pais. Elas não se preocuparam com a prevenção sexual. Segundo disseram, a gravidez “foi só um descuido”, apesar de saber como usar uma camisinha, afirmaram que não usam e nem pretendem utilizar. “Aqui na periferia de Caucaia, essa coisa de sexo a gente começa cedo e ninguém se importa com ninguém”, disse uma delas de apenas 14 anos (O POVO, 27 maio 2003. Ceará, p.10).

Dos programas e projetos estaduais estudados, pode-se dizer que mesmo com um planejamento autodenominado estratégico, as ações atuais do governo estadual ainda priorizam o combate “às doenças relacionadas ao atraso” (p.106) e a gravidez na adolescência não se enquadra nesta categoria, mas resulta dos tempos modernos e contemporâneos (CEARÁ. Governador 2004-2007 (Lúcio Alcântara)).

Fatores que possibilitariam uma ampliação no tipo de atendimento para incluir a gravidez na adolescência existiriam nos programas de saúde pública, mas isto não consta como prioridade governamental.

5 CRÍTICA À POLÍTICA ESTADUAL PREVENTIVA DE SAÚDE REPRODUTIVA PARA A ADOLESCÊNCIA

Este capítulo propõe-se a fazer uma avaliação crítica sobre os programas governamentais, federais e estaduais, preventivos à saúde reprodutiva na adolescência no Ceará, baseando-se, principalmente, no levantamento realizado dos objetivos e das metas dos programas oficiais, do Ministério da Saúde e Previdência Social e da Secretaria da Saúde do Estado. Para esta crítica tomou-se como parâmetro os textos de Pereira (2000) Soares (2001), e Montaña (2002), que tecem uma discussão sobre os efeitos da globalização e da política neoliberal e suas repercussões sobre as políticas sociais em geral. Estas, aqui, constituíram subsídio para a análise da política preventiva de saúde reprodutiva na adolescência, em particular. Os fundamentos do planejamento destas políticas foram questionados a partir das idéias de Matus (1996) que elabora uma teoria do planejamento e do antiplanejamento. Identificaram-se os pontos nevrálgicos dessas diversas tentativas de ações governamentais, pois elas estão voltadas para uma demanda cada vez mais complexa e diversificada, mostrando uma política da escassez de alternativas para superar esta problemática social.

Embora coexistam, no ambiente nacional e estadual, tentativas de solucionar os dilemas sociais com decisões e estratégias (políticas públicas, desenvolvimento e assistência social), persistem as dificuldades socioeconômicas para a implementação de planos e de programas específicos para os problemas da saúde reprodutiva dirigida à adolescência no Estado do Ceará.

Os impactos determinantes da globalização e do neoliberalismo mantêm influência na economia de mercado, ampliando as áreas correlatas de domínio do capital, onde são mais acessíveis os instrumentos financeiros, minimizando-se as políticas públicas. Seus efeitos nas desigualdades sociais são detectados nos problemas do desemprego, nos custos dos serviços públicos, na insuficiência da assistência governamental e, principalmente, na área de saúde.

É tradicional na política brasileira a falta de prioridade governamental em relação ao social. Conforme Montaña (2002), de modo geral os governos buscam a superação do subdesenvolvimento por meio das políticas públicas e das realizações do Estado, numa forma de contenção dos conflitos e das contradições sociais. Entretanto, as

inaptidões burocráticas, falhas e déficits financeiros do Estado, neste período do neoliberalismo, configuram dificuldades nas ações governamentais. As alternativas encontradas por alguns países, inclusive o Brasil, caminham no sentido da austeridade fiscal e contenção relativa das despesas reservadas para a efetivação das propostas prioritárias de redenção e ampliação das liberdades das classes trabalhadoras, configurando uma nova modalidade de trato à “*questão social*”.

No Brasil as políticas federais são baseadas no neoliberalismo, haja vista que os recursos financeiros do orçamento do país priorizam mais a área econômica, infra-estrutura, e deixam para segundo plano a social. Tudo isto é reflexo do fenômeno da globalização, que expande uma economia com vistas apenas aos lucros, contendo os gastos sociais.

Quanto à política estadual, este segmento também sofre influências neoliberais, pois, na sua maioria, os programas de governo no Estado são impostos de cima para baixo, não há planejamento participativo.

Neste contexto, observa-se a carência de políticas públicas especificamente voltadas para a adolescência. As secretarias de juventude criadas no Brasil e no Ceará deveriam contemplar, em suas atribuições, programas de saúde integrada à juventude. Não existe, porém, nenhuma perspectiva com esta finalidade.

Além disso, a crise e a suposta escassez de recursos fomentam a desarticulação da gestão pública, na medida em que incentivam a segmentação, a concentração do capital em áreas correlatas (seguro de vida, capitalização, educação em escolas particulares, universidades autônomas) do terceiro setor, ocupando espaços públicos, as parcerias com empresários, a cultura da informalidade e a privatização dos negócios. Tudo isto, para justificar a retirada do Estado da sua responsabilidade social (MONTAÑO, 2002, p. 187).

O significado dessas adaptações do Estado é uma reação da estrutura econômica brasileira que origina novas funções sociais, modalidades, fundamentos e responsabilidades, resultantes da reestruturação do capital.

O neoliberalismo, política predominante nesta fase, refere-se à reconstituição da economia de mercado (*laissez-faire*, concorrência imperfeita, lucros e inovações tecnológicas), onde as restrições monetárias e políticas podem ocasionar a redução da intervenção social do Estado em múltiplas atividades e finalidades: “projeto neoliberal, que

elabora novas modalidades de resposta à questão social, quer acabar com a condição de direito das políticas sociais e assistenciais” (p.188).

Como resposta à reestruturação do Estado, a sociedade civil participa das novas categorias de diferenciação do produto social e das relações de produção industrial, agrega-se em torno de atividades filantrópicas, voluntárias, auto-ajuda mútua no espontaneísmo da solidariedade de alcance limitado.

Os governos neoliberais, como afirma Laurell (1995), reduzem suas ações sociais e concentram-se na “privatização do financiamento e da produção de serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização [focalização] dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local” (p. 163).

Soares (2001) corrobora esta idéia de que a privatização das políticas sociais passa a ser regulada por equivalentes de rentabilidade, interesses na expansão empresarial, improvisações nas soluções para o atendimento da demanda sobre produtos essenciais: alimentação, instrução, transporte, emergência em saúde, construção habitacional e serviços sociais privados (p. 191).

Para esta autora, surgem novos conceitos, de complexo encadeamento com as políticas públicas, nas análises sobre descentralização financeira e executora, conservando uma centralização normativa e política pela municipalização, onde se debatem os membros do terceiro setor, mas é importante ressaltar que isto tem sido realizado apenas no nível do gerenciamento (p.192). Estes parâmetros de alteração no alcance da gestão estatal podem oscilar em níveis precários para os municípios com escassez orçamentária no financiamento da rede hospitalar, de escolas públicas de qualidade, infra-estrutura urbana e assistência em equipamentos.

Prosseguindo nas observações sobre as dificuldades na gestão dos serviços sociais e bens essenciais, estas questões implicam a ampliação das desigualdades sociais e cobertura insuficiente dos programas sociais, estratificação dos benefícios, concluindo pela condição de inexistência de uma política redistribuída (p.194).

A multifragmentação e a setorialização das políticas sociais (sanitárias, trabalhistas, legislativas, sociais) definem novos conceitos de ambivalência entre instituições públicas e privadas, ativando de forma diferenciada, com recursos e investimentos variáveis

em função do aparelhamento instrumental e da capacidade intelectual e tecnológica de gerenciamento (p. 196).

Soares retoma o significado de filantropolização em resposta à questão social, questionando os efeitos desta reestruturação do Estado, que tem envolvido um percentual da população excluída do acesso às políticas públicas para educação, saúde, previdência, lazer, trabalho, maternidade, infância, alimentação e outras necessidades sociais:

Essa tríplice modalidade de resposta à “questão social”, estatal, filantrópica e mercantil, exige um processo que cumpre, tanto uma função ideológica quanto de viabilidade econômica. É que, em geral, as organizações do chamado “terceiro setor” não têm condições de autofinanciamento e dependem particularmente da transferência de fundos públicos para seu funcionamento mínimo. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de “parceria” entre o Estado e a sociedade civil, com o Estado supostamente contribuindo, financeiramente e legalmente, para propiciar a participação da sociedade civil (p. 199).

As políticas sociais no Brasil surgiram em grande parte da dependência e da influência das mudanças econômicas e das políticas ocorridas no plano internacional e, também, dos impactos reorganizados dessas mudanças na ordem política interna, porém, tipicamente, como um sistema de “bem-estar periférico”.

Nestas circunstâncias de subdesenvolvimento social, ampliam-se o mercado informal, o desemprego, o abandono de crianças nas ruas, eleva-se a demanda por creches e orfanatos, tudo isto estabelecendo fortes correlações entre os dilemas de concretização das políticas sociais e as dificuldades de acompanhamento dos casos e das ocorrências nas localidades distantes, subúrbios metropolitanos e periferias das cidades.

Conforme Soares, “a descentralização tem se caracterizado pela mera transferência da responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento” (p. 194), implicando um desafio para a sociedade civil.

Segundo Pereira (2000), a política social brasileira se expandiu nos períodos contrários à instituição da cidadania: durante os regimes autoritários e sob o governo de coalizões conservadoras. Sob esse prisma, prevaleceu um padrão nacional de proteção social caracterizado pela ingerência imperativa do Poder Executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira.

Três são os motivos encontrados para essa tendência:

- os governos autoritários procuravam “mostrar serviço” para justificar sua ação interventora, anunciada como revolucionária;
- encobrir a dureza do regime de exceção;
- distribuir bens e serviços para não ter que distribuir poder (p. 126).

Enfim, as peculiaridades da experiência brasileira no campo das políticas de satisfação de necessidades básicas estão divididas em cinco períodos históricos:

1. Período anterior a 1930: política social do *laissez-faire*;
2. De 1930-1964: política social predominantemente populista, com laivos desenvolvimentistas;
3. De 1964-1985: política social do regime tecnocrático-militar, incluindo a fase da abertura política;
4. De 1985-1990: política social do período de transição para a democracia liberal;
5. A partir dos anos 90: política social neoliberal (p. 127).

Os resultados alcançados, neste período, revelam um padrão nacional de proteção social caracterizado pela ingerência do Poder Executivo, com seletividade indicadora de insuficiência nos gastos sociais e na oferta de benefícios e serviços públicos, caracterizados, ainda, pela heterogeneidade e superposição das ações, desarticulação institucional e oscilações na provisão, restrição e incerteza financeira.

Nesse período, as políticas sociais eram de escassez. As áreas que receberam maior atenção foram o trabalho e a previdência social, embora de forma limitada e precária. Algumas medidas foram adotadas, com destaque: a criação, em 1923, dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, do Código Sanitário, da Lei Elói Chaves – relativa à previdência social -, além de uma legislação esparsa, de efeito mais retórico do que prático, voltada para a regulação e a provisão de contingências ligadas ao trabalho – acidentes, férias, trabalho do menor e da mulher, velhice, invalidez, morte, doença, maternidade.

Outros setores sociais tradicionais mereceram cuidados. Na área da saúde, “as estratégias de ação coletiva foram assumidas por autoridades locais por força de situações

calamitosas, como as epidemias” (p. 128). Já no campo da educação, “a rede escolar existente estava a serviço da elite, que valorizava uma aprendizagem ornamental e academicista” (p.128). Algumas tentativas de mudar este quadro foram realizadas,¹ mas sem nenhuma expressão nacional. As medidas mais significativas para a área de habitação foram assumidas pelas empresas industriais (construção de vilas operárias, creches, restaurantes), como mecanismo extra-econômico de reforço à reprodução da força de trabalho e às estratégias de rebaixamento do salário do trabalhador.

Deste período aos anos 90 as mudanças nas práticas governamentais ocorreram no sentido de ampliar a ausência do Estado e sua paulatina substituição pelo terceiro setor, assunto complexo que foge aos objetivos restritos desta dissertação. Existe, entretanto, extensa bibliografia à disposição dos interessados mostrando a ansiosa interdependência deste setor ao governo e vice-versa, notadamente nas costumeiras atividades de assistência à população carente, onde a saúde e a educação sanitária são contempladas.

As políticas sociais neoliberais são planejadas geralmente de modo normativo, com poucas medidas estratégicas, pois mesmo incluindo certa participação popular, esta co-gestão não acontece na definição de prioridades de investimento nem no controle social.

Sobre esta discussão acerca do planejamento normativo e seus limites, Matus (1996) vai tecer valiosas contribuições. Para ele, o planejamento resolve problemas quando media as fases precedentes (passado) e a ação efetiva num instante determinado (presente). Além disso, para ser o planejamento efetivo é preciso prever o futuro com cenários possíveis. Planejar seria realizar o “cálculo situacional”, ou seja, relacionar os diferentes fatores intervenientes na conjuntura, aliando o saber técnico com a vontade política de intervir, compartilhando com os atores sociais envolvidos.

Já o plano estratégico, construído com flexibilidade para as descobertas, inovações, possui capacidade de agir criativamente nos problemas quase estruturados que demandam decisões e argumentações, produzindo uma mediação entre o conhecimento, a teoria e a ação. As alternativas técnicas, econômicas e políticas devem ser testadas em sua eficácia, eficiência e produtividade, organizando as fases de sistematização.

¹ Cf. PEREIRA, Potyara (2000) sobre os movimentos democratizantes, como o projeto “Escola Nova”.

Pelo visto, no detalhamento sobre os programas de saúde reprodutiva feito nos capítulos anteriores não se encontram as diretrizes de um planejamento estratégico, pois a relação entre o presente e o futuro não é referencial para a inclusão da gravidez na adolescência, por exemplo, situação que requer ação urgente para evitar futuros problemas.

Poderia-se argumentar que existe uma característica estratégica na política de saúde, fundamental para o seu desenvolvimento democrático, qual seja, a constituição e a operacionalização do Conselho Estadual de Saúde, composto por representantes da sociedade civil organizada. Efetivamente não se pode ignorar este aspecto que tem auxiliado na discussão e na reformulação de políticas públicas, mas, mesmo assim, trata-se de uma esfera de participação restrita, pontual, localizada e reduzida a certos processos e períodos de decisões e não de uma estrutura participativa orgânica, dinâmica e descentralizada, onde os jovens e adolescentes, por exemplo, possam refletir sobre a gravidez e a saúde reprodutiva. Ainda aqui existe a idéia de uma participação intelectual e formal, e não direta e de massa, possível de ser viabilizada mediante a adoção de conselhos com membros de ONG e de organizações juvenis.

O discurso governamental é de que nos princípios elevados de governabilidade ocorrem aglutinações sistêmicas, diálogos e interações entre os planejadores e a sociedade. Os níveis quase estruturados significam que modificações, em comum acordo e com referências na maximização nos resultados, podem adicionar receitas de qualidade, bem-estar social, inserção de demandas, projeto e conteúdo propositivo. Teoricamente pode haver lógica nesta argumentação, mas na prática, pelo menos do ponto de vista da adolescência, permanece em aberto uma intervenção democrática e participativa.

Do ponto de vista governamental, as estratégias devem conter o embasamento técnico, polêmica de intervenção sobre os mecanismos, onde o planejamento articula os métodos, as teorias, a tecnologia, o conhecimento nos recursos de capitais, recursos humanos, demandas do público e regras do mercado consumidor. As experiências são avaliadas e direcionadas para a otimização nos recursos, o controle das variáveis, o manancial de informações sobre demandas dos segmentos da sociedade, o conhecimento do futuro e as perspectivas de longo prazo; as influências do planejamento econômico, as dimensões estruturais de alcance das políticas públicas, as diversas explicações da realidade conforme a sociedade e a situação histórica.

Os estudos e as correlações analíticas formuladas nesta dissertação com ênfase nas políticas públicas para a saúde preventiva do adolescente mostram a limitada inter-relação das categorias desenvolvidas pelos programas do setor público para a resolução dos dilemas sociais, pois as políticas públicas de saúde reprodutiva para a adolescência no Brasil são insuficientes.

A pouca incidência de planejamento estratégico nas políticas de saúde reprodutivas, federais e estaduais, é comprovada pela falta de estudos de população e de suas tendências. O crescimento demográfico no Estado do Ceará e o juvenil, em particular, ampliam os contingentes residenciais urbanos, demandando a estruturação estratégica das políticas públicas integradas, na medida em que as condições de vida podem piorar. Urge a ampliação dos recursos e dos instrumentos de prevenção e de tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e das moléstias contagiosas, a prevenção ginecológica na adolescência e juventude, a educação contra as drogas e os vícios.

Os inúmeros programas e projetos implementados no Brasil desde a década de 30 e no Ceará desde os anos 50 não têm conseguido reduzir as desigualdades sociais e a estratificação injusta de renda entre as regiões brasileiras, o que estimula a mobilização da sociedade civil para reivindicação de inclusão social, emprego, investimentos na educação e na saúde, redução da pobreza e ampla assistência social. Nos anos 2000, essa política de poucos recursos financeiros para o social ainda permanece como uma regra.

Pode-se criticar a subordinação da política preventiva na saúde à medicina curativa. Trata-se de uma visão estreita sem concepção estratégica, pois não potencializa os recursos disponíveis, e pratica uma ação onerosa que ataca os efeitos de causas que continuarão a produzir doenças e males na população.

A saúde da população depende muito mais de acesso a informações, conhecimentos, alimentação e condições de higiene do que do número de postos de saúde ou leitos hospitalares disponíveis, embora sejam imprescindíveis. A medicina curativa pode muito pouco quando a população não tem acesso a água ou a alimentos saudáveis, quando o desemprego e a violência são ameaças constantes à sobrevivência. Ao se abordar a saúde das mulheres, o foco costuma estar nas especialidades ginecologia e obstetrícia, reduzindo as mulheres à sua capacidade reprodutora. Nota-se, no entanto, que a pobreza, a dependência econômica, a dupla jornada de trabalho, a violência e a discriminação, a falta de alimentos, ou a sua distribuição desigual no

ambiente doméstico afetam diretamente a saúde das mulheres nas diversas etapas de suas vidas. Para garantir saúde às mulheres, as políticas públicas devem ir além do eixo materno-infantil e, de forma integral, educar e prevenir para as inúmeras situações de riscos.

O planejamento governamental deve priorizar a atenção sobre a gravidez na adolescência porque isto interfere no futuro de jovens e crianças, ao retirar pessoas do mercado de trabalho e das escolas, aumentando a população dependente dos que trabalham, punindo, ainda mais, a população empregada no mercado formal e informal.

No entanto, a principal constatação é que, tanto o governo federal quanto o estadual não priorizam concretamente as políticas preventivas de saúde reprodutiva para a adolescência. Tratam a questão da reprodução e da sexualidade como uma problemática geral, nas mesmas proporções para adultos e jovens. Não obstante as tentativas, como a criação de secretarias de juventude no Brasil e no Ceará, estas instituições públicas não são voltadas para a saúde da juventude. Pode-se dizer que a mentalidade governamental ainda é tradicional neste assunto, pois os programas são costumeiramente voltados para os setores clássicos de assistência social. Não se percebe uma nova visão e nem programas que previnam, eduquem e orientem as adolescentes na gravidez. Na melhor das hipóteses, tratam de educação sexual, mas não desvendam o foco do problema. A gravidez na adolescência já é uma realidade que necessita de cuidados específicos e, mais ainda, de medidas estratégicas dentro do planejamento para evitar sua ocorrência nos segmentos populacionais incapazes de auto-sustentabilidade econômica e psicossocial.

Enfim, ficou assegurada a veracidade científica da hipótese sugerida ao início deste estudo segundo a qual a insuficiência de políticas preventivas adequadas e de garantias sociais para o exercício de sexualidade e a situação de vulnerabilidade social no Ceará decorrem de um modo antigo de ver o planejamento como ação centralizada e hierarquizada mesmo no contexto atual do neoliberalismo e que, por isto, permitiriam a ocorrência de problemas na saúde reprodutiva na adolescência.

Chega-se, portanto, à constatação de que existiriam contradições entre o planejamento em voga no país e os avanços do contexto globalizado. As políticas de saúde reprodutiva não evoluíram nem na prevenção nem na compreensão das tendências populacionais e nem nos problemas emergenciais. Tornaram-se presas das concepções tradicionais, pois não incluíram em suas prioridades a questão da sexualidade e da gravidez na adolescência. Com isto não se anteciparam e não resolveram esta questão, onerando o Estado e a sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre as políticas públicas preventivas para a saúde reprodutiva das adolescentes no Ceará, feitas neste estudo, foram teóricas sobre os planos de governo federal e estadual, com destaque para o SUS e para os programas específicos relativos a este tema, chegando finalmente a propor diretrizes capazes de subsidiar as tomadas de decisões, nesta área, concernentes ao atendimento, no Estado do Ceará, as quais deverão minimizar os riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmitidas, com custo para a sociedade.

Partiu-se do pressuposto de que as políticas públicas, o aconselhamento familiar, técnico e médico e a disponibilidade de serviços adequados, especificamente para esse grupo populacional, poderiam minimizar os problemas de saúde sexual e reprodutiva da adolescente, incluindo a gravidez não desejada, o aborto sem segurança (como definido pela Organização Municipal da Saúde), as DSTs e o HIV/Aids.

Sabe-se que uma reflexão sobre a ação pública, na saúde reprodutiva, não poderia ser feita sem uma contextualização no sistema capitalista e outras políticas neoliberais. No Ceará os efeitos deste cenário brasileiro são a insuficiência de políticas públicas e de garantias sociais para o exercício da sexualidade, somada à situação de vulnerabilidade social. No planejamento, esta nova conjuntura implica um sistema contraditório, com políticas e programas normativos e estratégicos que não evitam a incidência de problemas de saúde reprodutiva na adolescência pobre, agravada pelo precário atendimento público, com conseqüente custo social para o conjunto da sociedade, pois nas famílias de baixa renda, onde as condições de vida são precárias, uma gravidez na adolescência toma dimensões de problema social, inclusive muitas vezes, no abandono dos estudos.

Os aspectos estratégicos no planejamento foram observados nas políticas públicas de saúde no Brasil estabelecidos no Plano Brasil de Todos 2003-2006, do governo federal, onde está prevista a mobilização popular como condição fundamental para o desenvolvimento institucional, e com isto, incluir populações e reduzir as desigualdades sociais. Pelo SUS, os planos de desenvolvimento municipais conseguiram implementar a descentralização dos serviços públicos, principalmente nas emergências em saúde e internações hospitalares. Além disto, destacaram a participação popular nos conselhos sociais, associações e a absorção de voluntários na formação dos multiplicadores do trabalho social.

Especificamente, a política de saúde reprodutiva, para a adolescência no Ceará, tem sua concepção de saúde pública no Ceará Cidadania (2003-2006), sob a égide do Sistema Único de Saúde, contando com uma estrutura hospitalar, com ambulatórios, maternidades, núcleos de assistência e emergência no atendimento às enfermidades e sintomas crônicos da saúde, presentes nas três Macrorregiões, 21 Microrregiões de Saúde e 184 Municípios. Tal estrutura propicia continuidade e qualificação na reestruturação das unidades básicas, secundária e terciária da saúde, conectadas aos hospitais regionais e especialidades médicas, com homologação institucional do Conselho Estadual de Saúde e da Secretária da Saúde do Estado do Ceará, por meio de programas como: Saúde Mais Perto de Você, Programa Saúde da Família, Atenção Saúde do Jovem e Adolescente, Assistência Especial.

Enfim, no Ceará, as políticas públicas para a saúde preventiva da adolescente mostram-se insuficientes para a adolescência, porque algumas delas ainda estão presas às concepções tradicionais de juventude, pois não incluíram em suas prioridades a questão da sexualidade e da gravidez na adolescência. Com Isto, não se atualizaram e não se anteciparam a estas questões, onerando o Estado e a sociedade.

7 SUGESTÕES

Este estudo permitiu abstrair das análises relativas às políticas públicas sobre saúde reprodutiva para a adolescência no Ceará a necessidade de se estabelecer diretrizes que repassem a atenção governamental de modo articulado, interligando programas e setores do governo. Para isto, se sugerem as seguintes alternativas de diretrizes:

1. Interinstitucionais

- a) propor como pauta na agenda do Conselho Estadual de Saúde a discussão e a elaboração de uma estratégia de prevenção à gravidez na adolescência;
- b) instituir cooperação hospitalar com os postos de saúde distritais, estabelecendo o ritmo de trabalho médico, dos profissionais especializados em ginecologia, obstetrícia, enfermagem, psicologia, assistência social, farmacêuticos, etc.;
- c) disseminar a idéia no planejamento governamental de prevenção aos problemas sociais, incluindo-a nas missões dos órgãos públicos;
- d) repensar as políticas públicas com adoção do planejamento estratégico, como método eficaz e eficiente de administração pública;
- e) introduzir nas secretarias que desenvolvem programas e projetos para adolescentes uma ação interinstitucional voltada para a educação sexual e para a reprodução humana, coordenada pela SAS, que reúne conhecimentos nesta área adquiridos no desenvolvimento do seu Projeto Amor à Vida.

De acordo com o estudo das diversas políticas de saúde reprodutivas, ficou evidenciado que algumas alterações em seu funcionamento seriam suficientes para potencializar seus resultados. Por isto foram pensadas as seguintes diretrizes:

2. Modificadoras de políticas

- f) estabelecer um setor especializado dentro do Programa Saúde da Família para identificar os casos de gravidez na adolescência, registrar ocorrências e prestar esclarecimentos sobre os procedimentos necessários;

- g) centralizar e disponibilizar as estatísticas dos casos de gravidez na adolescência no Estado do Ceará, priorizando o local e o regional.

Para maximizar o atendimento na saúde pública, algumas sugestões poderiam ampliar a potencialidade dos programas já existentes, sem a necessidade de criar outros projetos, tais como as diretrizes a seguir:

3. Complementares de medidas

- h) incluir dentro dos objetivos do Programa de Vigilância à Saúde, como fator de riscos à saúde individual e coletiva, a gravidez na adolescência;
- i) incorporar ao plano de governo estadual a idéia do Projeto Trevo de Quatro Folhas, implantado pela Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde da Prefeitura Municipal de Sobral, que instituiu a figura da Mãe Social.

A crítica feita à insuficiência da política neoliberal no campo da saúde fundamenta a proposição de diretrizes relativas à capacitação do quadro de pessoal envolvido, tais como:

4. Reformuladoras de instrumentos operacionais

- j) preparar quadro paramédico treinado em atendimento de gravidez na adolescência, complementado por outros profissionais de saúde e de assistência psicossocial para compor o atendimento das Unidades Básicas, Secundárias e Terciárias de Saúde, dentro do Programa Saúde mais Perto de Você;
- k) promover cursos para parteiras e auxiliares de enfermagem;
- l) implantar modelos de instalações móveis, com suprimento médico nas unidades de saúde descentralizadas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. Santini. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP: ABEP, v.19, n.2, p. 208, jul/dez. 2002

ALVES, J. A. Lindgren. A Conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP: ABEP, v.7, n.1, jan./dez.1990.

ARAÚJO, Ana Maria Matos; VIDAL, Ana Maria Portela. **População e desenvolvimento sustentável**. Fortaleza: IPLANCE, 1997.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, 1998. v.2.

ATENÇÃO à saúde da mulher. **DICAS**, São Paulo: Instituto Pólis, n.176, 2001.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. Comportamento sexual e reprodutivo entre as mulheres da cidade de São Paulo. In: ENCONTRO DA ABEP- Associação, 9, 1994, São Paulo. **Anais...**São Paulo, 1994. v.1.

BARROSO, Carmen et al. **Gravidez na adolescência**. Brasília, 1986.

BEMFAM. Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil. **Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste (PSFNE)**. Rio de Janeiro, 1991.

_____. **A saúde da mulher**; Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro, 1994.

_____. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro, 1996.

_____. **Saúde reprodutiva no estado do Ceará**; adolescentes e jovens nos serviços de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, 2000.

BERQUÓ, Elza et al. Arranjos familiares “não canônicos” no Brasil. In: ENCONTRO DA ABEP, 7, São Paulo, 1990. **Anais...**São Paulo, 1990. v.1.

BERQUÓ, Elza. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Campinas, SP: ABEP, v.6, n.2, jul./dez. 1989.

BERQUÓ, Elza; SOUZA, Marta Rovey de. O condom, a anticoncepção e a Aids. In: ENCONTRO DA ABEP, 7, São Paulo, 1990. **Anais...**São Paulo, 1990.v.1.

BRAGA, Elza Maria; BARREIRA, Irllys Alencar (Coords.) **A Política da escassez; lutas urbanas e programas sociais governamentais**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 1991.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial**. Brasília: MP, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRUSCHINI, Maria Cristina. Uma abordagem sociológica da família. **Revista Brasileira de Estudos da população**, Campinas, SP: ABEP, v.6, n.1, jan./jun. 1989.

CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, 1998. v.1.

CARNEIRO, Nivaldo Júnior et al. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV: v.34, n. especial, nov./dez. 2000.

CEARÁ. Governo/SETAS/FNUAP. **Amor à vida; um relato de experiências**. Fortaleza, 1999.

CEARÁ. Governador 2003-2006 (Lúcio Alcântara). **Ceará cidadania: crescimento com inclusão social; plano de governo 2003/2006**. Fortaleza: SEPLAN, 2003.

_____. **Mensagem à Assembléia Legislativa 2004**. Fortaleza: SEPLAN, 2004. p.126.

_____. **PPA compartilhado 2004-2007**. Fortaleza: SEPLAN, 2003.

CEARÁ. Secretaria da Ação Social. **Projeto amor à vida**. Fortaleza, [s.d.]. p.1.

_____. _____. p.2.

CEARÁ. Secretaria da Ação Social. **O jeito cearense de fazer o SUS: um guia para os gestores municipais.** Fortaleza, 2004.

_____. Secretaria da Saúde. **Programa saúde da família.** Fortaleza, 2003.

CEARÁ. Secretaria do Esporte e Juventude. **Guia 2004.** Fortaleza: SEJUV, 2004.

CÉSAR, Cibele Comini; RIBEIRO, Paula Miranda; ABREU, Daisy Maria X. de. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP: ABEP, v.17, n.1/2, jan./dez. 2000.

COSTA, Ana Maria. Política de saúde, equidade e gênero: atualizando a agenda. In: RELATÓRIO DE OFICINA DE TRABALHO. Águas de Lindóia, SP, 1997. p.8.

DIÁRIO DO NORDESTE, Fortaleza, 21 jul. 2004.

DUARTE, Albertina. **Gravidez na adolescência: ai como eu sofri por te amar.** 2.ed., Rio de Janeiro, 1997.

O ESTADO DE S. PAULO, São Paulo, 21 jul. 2004.

FERNANDES, Magna Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso em Pernambuco. In: ENCONTRO DA ABEP, 12, São Paulo, 2000. **Anais...** São Paulo, 2000.

FERREIRA, Inês Quental; PAIVA, Elizabeth Pereira. Intenções reprodutivas e prevalência anticonceptiva no Nordeste: atuação da BEMFAM. In: ENCONTRO DA ABEP, 8, São Paulo, 1992. **Anais...** São Paulo, 1992. v. 2.

GALVÃO, L.; DÍAZ, J.(Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1999.

GERSCHMAN, Sílvia. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV: v.34, n. especial, nov./dez. 2000.

GODINHO, Rute Eduviges; PETRONI, Gabriel Maria. A questão da saúde da mulher e incidência de aborto numa área periférica de São Paulo: projeto Jardim de Souza. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994.v.2 .

GOLDANI, Ana Maria. Famílias, trajetórias individuais e mudanças demográficas. In: ENCONTRO DA ABEP, 7, 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. v. 1.

GRAVIDEZ precoce reduz no Ceará. <Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=167757>> Acesso em : 21 jun. 2004.

GUIMARÃES, Iracema Brandão. Trajetórias femininas: desigualdades de gênero e de classe. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v.1 .

IBGE. Censo demográfico 2000. In: IPLANCE/SETAS. **Caminhos do amor à vida**. Fortaleza: Edições IPLANCE, 2002.

IPLANCE/SETAS. **Caminhos do amor à vida**. Fortaleza: Edições IPLANCE, 2002.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 34, n. especial, p.35-45, nov./dez. 2000.

LAURELL, Ana Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1995.

LEVY, Maria Stella Ferreira. Mães solteiras jovens. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v. 1

LUCIENE A. F. de Barros Longo; PEREIRA, Ana Paula F. V. Políticas populacionais: políticas de saúde sexual e reprodutiva do adolescente no Brasil. In: ENCONTRO DA ABEP, 12, 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2000.

MACY, Christopher. **Gravidez e parto: prazeres e problemas**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

MALDONADO, Maria Pereira et al. **Nós estamos grávidas**. 7.ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1987.

MARTINS, Celso. **Gravidez na adolescência**. 2.ed. São Paulo: DPL, 1999.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MEDICI, André Cesar. A oferta de serviços de saúde no Brasil: 1976-1986. In: ENCONTRO DA ABEP, 7, 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. v. 1.

MELO, Aparecida Vieira de; CASTEIRAS, Luciane L. Mães precoces: uma realidade no estado de São Paulo. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v. 1.

MELO, Lígia Albuquerque de. Gênero: da omissão à invisibilidade. In: ENCONTRO DA ABEP, 12,2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2000.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOREIRA, M. M.; SANTOS, T. F.; MOURA, H. A. A população do Nordeste em face da transição demográfica. In: ENCONTRO DA ABEP, 7, 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo,1990.v.2.

MOREIRA, Morvan de Mello. O planejamento familiar e o Nordeste. In: ENCONTRO DA ABEP, 7,1990,São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. v. 2.

MUSZKAT, Malvina. A Família como espelho. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Campinas, SP: ABEP, v.13, n.2, jul./dez. 1996.

PARAHYBA, Maria Isabel; FERREIRA Lilibeth Cardoso R. Saúde reprodutiva: o atendimento pré-natal e interrupção de gravidez. In: ENCONTRO DA ABEP, 8, 1992, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1992. v. 2.

PATARRA, Neide. Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo: ABEP, v.11, n.1, jan./jun.1994.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

O POVO, Fortaleza, 21 out. 2004.

PIOLA, Sérgio Francisco (Coord.). **Tendências do sistema de saúde brasileiro - Estudo Delphi.** Brasília: IPEA, 2001.

REZENDE, Fernando. Transformações demográficas, responsabilidades do estado e tamanho do governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v.35, n.11, jan./fev. 2001.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa et al. Famílias e gravidez na adolescência. **Folha Médica**, São Paulo: UNIFESP, v.121, n.1, p.43-44, jan./mar. 2002.

SAAD, Paulo M.; POTTER, Joseph E. Uma análise de riscos competitivos sobre o uso de métodos anticonceptivos no Nordeste. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v.1.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas, 1992.

SALLES, Vania. Novos olhares sobre a família. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Campinas, SP: ABEP, v.11, n.2, jul./dez. 1994.

SANTOS, Carlos Augusto. Aborto: um olhar displicente da sociedade. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v. 1.

SANTOS, T. F.; JUAREZ, F.; MOREIRA, M. M. A saúde reprodutiva de adolescentes masculinos em área de baixa renda no Recife. In: ENCONTRO DA ABEP, 12, 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2000.

SÉRIE MULHER CEARENSE 2000. Fortaleza: Edições IPLANCE, 2001.

SEXUALIDADE... **O Povo**, 27 maio 2003. Ceará, p.10.

SILVA, Rebeca de Souza. Aborto provocado, contracepção e fecundidade: um passo para o entendimento de suas inter-relações. In: ENCONTRO DA ABEP, 9, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1994. v.1.

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

TELLES, Vera da Silva. Família e trabalho: precariedade e pauperismo na Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP: ABEP, v.11, n.2, jul./dez. 1994.

TREVO de quatro folhas. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 11 dez. 2004. Regional, p.2.

UNICEF. **Programa agentes de saúde do Ceará**. Fortaleza, 1990.

VILELLA, Wilza; CORREA, Sônia. **Indicadores da saúde sexual e reprodutiva**; Relatório anual do Observatório da Cidadania 2002.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)