



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE**  
**SEÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**Política Estadual de Atenção Integral  
à Saúde de Adolescentes**

**Porto Alegre, abril de 2010.**

## **SUMÁRIO**

**1.INTRODUÇÃO**

**2.MARCO LEGAL**

**3.ANÁLISE SITUACIONAL**

**4.OBJETIVO GERAL**

**5.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**6.DIRETRIZES**

**Eixo 1 - Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis**

**Eixo 2 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**

**Eixo 3 - Redução da Morbimortalidade por Causas Externas**

**7. PÚBLICO-ALVO**

**8. METAS**

**9. ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO  
DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE  
ADOLESCENTES**

**10. GESTÃO**

**11. RECURSOS FINANCEIROS**

**12.ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E  
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES**

**GLOSSÁRIO**

**REFERÊNCIAS**

## 1. Introdução

Nas últimas décadas a proporção de adolescentes aumentou consideravelmente em relação à população mundial. Na América Latina, no Caribe, em partes do Sul da Ásia e na África, esta percentagem corresponde a 20% do total da população. Em consequência dos processos de urbanização, a quantidade de adolescentes nas cidades cresce mais rapidamente do que o número total da população. O êxodo rural dos adolescentes com migração principalmente para as metrópoles, traz consequências graves, tais como junção à grupos sócio-economicamente marginais, acarretando riscos à saúde. Na maioria dos países o crescimento populacional acelerado, a migração à centros urbanos e o progresso técnico contribuíram para o enfraquecimento das relações familiares e sociais que anteriormente significavam proteção e apoio aos adolescentes e jovens neste período importante de mudanças (GÖRGEN, Regina Sexualidade na Adolescência: enriquecimento ou ameaça?).

No Brasil, em 2004, a população de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos representava 54.286.535 milhões correspondendo a aproximadamente um terço da população<sup>1</sup>. A pobreza que acomete grande parte da população brasileira, afeta de forma contundente a infância, a adolescência e a juventude,mostrando-se mais evidente nos negros e, entre estes, nas mulheres nas

---

<sup>1</sup> Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Ministério da Saúde, p.2 (mimeo)

mesmas faixas etárias. Constata-se que etnia, gênero e faixa etária se associam na produção das desigualdades sociais.<sup>2</sup>

Essa desigualdade se reflete nos números que indicam que 5,5 milhões de famílias com crianças e adolescentes em idade até 14 anos vivem com renda *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo (IBGE/PNAD, 1999). Estima-se que 79.392 adolescentes entre 12 e 17 anos sejam responsáveis por seus domicílios, e que 13% das mulheres entre 15 e 19 anos têm ao menos um filho, fato que revela uma situação extremamente precária e que sem dúvida impede que vivam em plenitude situações próprias de sua idade. De igual forma, os dados do IBGE/PNAD do ano 1998 mostram que 18,2% das famílias com adolescentes trabalhadores entre 15 e 19 anos, residentes no meio urbano, obtinham entre 50% e 100% de sua renda do trabalho dos adolescentes, ao passo que, no meio rural, essa situação ocorria em 20,9% das famílias.<sup>3</sup> Esses aspectos são relevantes

---

<sup>2</sup> A proporção de pessoas que vivem em condição de pobreza é determinada com base nas famílias com renda *per capita* até meio salário mínimo. No relatório sobre a situação dos adolescentes no Brasil, constatou-se que as famílias possuem os seguintes perfis: na faixa de 0-6 anos, as mulheres brancas correspondem a 38,4%, as pardas a 64,7% e as negras a 66,1% do total; na faixa de 7-14 anos, as brancas a 33,5%, as pardas a 61,0% e as negras a 60,2%; na faixa de 15-24 anos, 22,2% são brancas, 48,3% pardas e 46,9% negras; na faixa de 25-40 anos, 21,4% correspondem às brancas, 44,7% às pardas e 41,3% às negras; na faixa de 41-59 anos, 14,5% são brancas, 38,3% são pardas e 33,9% são negras; e, por fim, na faixa de 60 anos ou mais, 8,4% são brancas, 21,9% são pardas e 21,5% são negras. Com relação aos homens, os dados mostram que, na faixa de 0-6 anos, 36,8% são brancos, 66,1% pardos e 62,5% negros; na faixa de 7-14 anos, 32,2% são brancos, 61,8% pardos e 60,6% negros; na de 15-24 anos, 21,0% são brancos, 45,5% pardos e 41,7% negros; na de 25-40 anos, 19,4% são brancos, 41,5% pardos e 41,7% negros; na de 41-59 anos, 16,1% são brancos, 39,1% pardos e 33,8% negros e na de 60 anos ou mais, há 9,9% de brancos, 24,6% de pardos e 23,2% de negros (GRUPO TÉCNICO para Elaboração de Propostas de Políticas para Adolescentes de Baixa Escolaridade e Baixa Renda. *Adolescência: escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridade e baixa renda*. Dezembro de 2002, p. 9. Disponível em: <<http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/adol.pdf>>. Acesso em: 18/09/2006).

<sup>3</sup> GRUPO TÉCNICO para Elaboração de Propostas de Políticas para Adolescentes de Baixa Escolaridade e Baixa Renda. *Adolescência: escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridade e baixa renda*. Dezembro de 2002, p.8.

para a formulação e implementação de políticas públicas que possam atender a essa diversidade.

A situação da infância e da adolescência, desde a década de 1980 vem despertando o interesse de profissionais e das autoridades no que se refere as suas condições de vida e saúde. Em 1990, com a publicação da Lei 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, foi confiada ao Sistema Único de Saúde - SUS a missão de assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

A adolescência é uma fase complexa de passagem da infância para a vida adulta. O adolescente é um agente transformador das realidades, sujeito e cidadão ativo. No entanto, por serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva.

O direito à saúde de crianças e adolescentes é reconhecido e assegurado na Carta Magna, onde fica explicitado

*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão.*<sup>4</sup>

Tais direitos devem ser garantidos mediante políticas públicas e programas afins, com prioridade absoluta, de acordo com o ECA<sup>5</sup>:

---

<sup>4</sup> Constituição Federal, art. 227, capítulo VII: Da família, da criança, do adolescente e do idoso (in: BRASIL. *Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988*. 8. ed. por Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004, p. 91).

<sup>5</sup> BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente/ Secretaria Especial dos Direitos

*Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de assistência nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.*

A operacionalização deve estar integrada com as áreas de segurança, justiça e assistência social e educação sendo respeitadas as atribuições de cada setor.

Em consonância com as discussões contemporâneas, o Ministério da Saúde vem articulando esforços no sentido de promover a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sobretudo nas áreas essenciais para o desenvolvimento integral dessa população. É fundamental que a política de saúde, privilegiando o princípio da intersectorialidade possa intervir junto a eventos da vida dos adolescentes que impossibilitam ou dificultam seu desenvolvimento físico, psicológico e social, associados à dificuldade de acesso à educação formal, ao lazer e aos serviços de saúde; à exposição à violência, à inserção precoce no mundo do trabalho, ao uso indevido de substâncias psicoativas e, em algumas situações, à própria ausência de projeto de vida, incluindo os segmentos populacionais mais vulneráveis e muitas vezes excluídos, como o de pessoas com deficiências.

Falar em deficiência nos remete a uma longa história em que o desconhecimento isolou indivíduos. O IBGE realiza a cada dez anos um Censo Demográfico, com o objetivo de conhecer as características do povo brasileiro. Mas no caso do Censo 2000, particularmente, uma novidade foi acrescentada na pesquisa: foi a primeira vez na história do censo que se pesquisou sobre pessoas com deficiência, objetivando saber os graus de severidade da

incapacidade ou não. Dos 24,6 milhões de pessoas que se declararam com deficiência (14,5% do total da população brasileira), 19,8 milhões estavam nas zonas urbanas e 4,8 milhões nas zonas rurais em 2000.

No Estado a população com deficiência é de 1.535.587, sendo a população de 10 a 24 anos de 157.497 deficientes (IBGE, Censo Demográfico 2000). Ainda hoje esta população não é registrada em nenhuma notificação com referência a sua saúde.

Atualmente, o Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, Ministério da Educação e o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos constituíram o programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – Programa BPC na Escola, prioritariamente, na faixa etária de 10 a 18 anos. O Programa BPC na Escola contempla intervenções com vistas a identificação de barreiras de acesso à educação regular. Uma das ações é a aplicação de um questionário específico<sup>6</sup> com a finalidade de conhecer a realidade para acompanhar e monitorar o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência, na faixa etária de 10 a 18 anos, por meio da articulação das políticas de educação, saúde, assistência social e direitos humanos.

Inclui-se no grupo de populações vulneráveis, adolescentes em conflito com a lei, em regime de privação de liberdade. No Rio

---

<sup>6</sup> O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social – BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social, viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas idosas a partir de 65 anos de idade e às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei nº 8.742/1993. (Ministério da Educação, 2009, p. 2). O Rio Grande do Sul aderiu ao Programa BPC na Escola constituindo um grupo gestor estadual, formado por integrantes da Secretaria de Educação, Secretaria da Justiça e Desenvolvimento Social, Secretaria da Saúde e FADERS. Foi realizado seminário estadual, nos dias 16 e 17 de março, com a participação de 97 municípios.

Grande do Sul encontram-se em situação de privação de liberdade 1.202 adolescentes, sendo 1.154 (96%) do sexo masculino e 48 (4%) do sexo feminino<sup>7</sup>. Conforme o ECA, o/a adolescente acusado/a da prática de um ato infracional pode ficar internado/a provisoriamente, em unidade específica, até que seja proferida a sentença referente ao seu processo. Durante esse período o Estado deverá garantir e respeitar os direitos previstos no ECA, o qual estabelece obrigações para as unidades de internação, dentre elas o desenvolvimento de ações de atenção à saúde. Nesse sentido, a Secretaria Estadual da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a instituição gestora do Sistema Sócio-Educativo, Fundação de Atendimento Sócioeducativo - FASE deverão desenvolver um conjunto de procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da atenção à saúde em nível de média e alta complexidade, que deve ser oferecida pelos serviços da rede SUS local.

O Plano Operativo de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei<sup>8</sup>, em regime de internação e internação provisória, elaborado pela SES em conjunto com a FASE contempla ações de promoção e de proteção à saúde, práticas educativas e de assistência.

No conjunto de ações que integram a Política e o Plano de

---

<sup>7</sup> Dados atualizados até 06/01/09 fornecidos pela Fundação de Atendimento Socioeducativo – FASE. A Fundação de Atendimento Sócio-Educativo – FASE tem suas Unidades regionalizadas com Centros de Atendimento nos municípios de **Porto Alegre, Novo Hamburgo, Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul, Passo Fundo, Santo Ângelo e Uruguaiana**.

<sup>8</sup> O Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória foi aprovado pelo CEDICA, CES e CIB e encontra-se em fase de implantação e implementação das ações.



Atenção Integral à Saúde de Adolescentes<sup>9</sup> incluem-se ações de prevenção e assistência aos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra adolescentes. A violência é um fenômeno responsável pelas altas taxas de mortalidade e de morbidade, exigindo respostas eficientes de todos os setores, inclusive da área saúde. Atendendo aos dispositivos constitucionais e o que é preconizado pelo ECA, a SES instituiu a Portaria nº 40/2004, posteriormente revogada pela Portaria 244/2008, que estabelece a notificação compulsória de todos os casos de suspeita ou de confirmação de violência contra pessoas, independentemente da fase do ciclo de vida e de sexo, atendidas em todas as unidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS. No que se refere à notificação compulsória de agravos à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho a Portaria GM 777/28/04/2008 dispõe sobre os procedimentos técnicos a serem adotados pelos profissionais da saúde. Nesse sentido, as ações a serem desenvolvidas pela SES incluem a sensibilização e capacitação dos profissionais, para identificar, notificar e prestar assistência.

Para dar visibilidade e atender as necessidades em saúde de adolescentes, buscando a redução de agravos e contribuindo para produzir impactos positivos na sua vida, não se restringindo a prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico; para buscar estratégias setoriais e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade dos jovens a doenças e agravos, influenciando no desenvolvimento saudável desta população; para estar em consonância com as propostas do Ministério da

---

<sup>9</sup> Todas as ações que fazem parte da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes são desdobradas e detalhadas no Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes com a definição de parâmetros, ações, estratégias, metas, indicadores, prazos e responsabilidades.

Saúde, através das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, torna-se relevante e imprescindível a formulação e implantação de uma **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes** pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

## **2. MARCO LEGAL**

A necessidade de concretização da Política de Saúde como direito humano de crianças e adolescentes está colocada, cotidianamente, como um desafio para todos que investem num sistema que possibilite o acesso igualitário para todas as pessoas em todos os níveis de atenção à saúde.

Os direitos da Criança e do Adolescente são explicitados em vários documentos internacionais, entre eles, nos **Princípios dos Direitos da Criança** (1924) e na **Declaração dos Direitos da Criança** (1959), reconhecida na **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, na **Convenção sobre os Direitos da Criança** (1989), no **Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos** (Art. 23 e 24) e no **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** (Art. 10).

A **Resolução 2.542 da Organização das Nações Unidas – ONU**, por sua vez, explicita *...“a família, enquanto elemento básico da sociedade, é um meio natural para o crescimento e o bem estar de todos os membros , em particular das crianças e jovens, deve ser promovida, ajuda e promovida, a fim de que possa assumir plenamente suas responsabilidades no seio da sociedade.”*

A Convenção<sup>10</sup> sobre os Direitos da Criança define como criança toda pessoa menor de 18 anos de idade (art. 1), cujos “melhores interesses” devem ser considerados em todas as situações (art. 3); ela oferece proteção aos direitos da criança à sobrevivência e ao desenvolvimento (art. 6) e suas determinações abarcam o direito da criança ao “melhor padrão possível de saúde” (art. 24), a expressar seus pontos de vista (art. 12) e a “buscar, receber e divulgar informações” (art. 13). Assim sendo, a criança tem direito a ser registrada imediatamente após o seu nascimento de ter um nome e uma nacionalidade (art. 7); ademais, o direito “ao lazer, à recreação e a atividades culturais” (art. 31) e a receber proteção “contra todas as formas de exploração e abuso sexual” (art. 34) (TAPAI,2004:280). E, também, enfatiza que (...) a criança, para o pleno e harmonioso de sua personalidade, deve crescer no seio de sua família, em um ambiente de felicidade, amor e compreensão.

A Constituição Federal(1988), por sua vez, inova ao incluir em seu texto os direitos enunciados nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, constituindo-se como o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil. A partir desse processo, a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais começam a servir de critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico nacional (Piovesan, 1999:16). Portanto, a aprovação da Constituição Federal inaugurou uma nova fase propícia à construção de bases sólidas para a concretização dos direitos

---

<sup>10</sup> Os princípios da Convenção foram incorporados à legislação brasileira, como mostra o art. 1º do ECA, que, mediante o preceito da proteção integral à criança e ao adolescente, reitera a fundamentação doutrinária da Convenção. Esta, em seu art. 19, determina que “os Estados-partes adotarão as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou trato negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança esteja sob a guarda dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável” (CRESS, 2000: 52-53).

humanos. Na década de 1990, implementou-se o movimento de institucionalização dos direitos humanos, com a formulação acelerada de legislações específicas destinadas a regulamentar diversos setores estratégicos da vida social e política, entre eles os da saúde, da infância e juventude e da assistência social.

Desta forma, a elaboração da Política está consubstanciada nos seguintes princípios legais:

### **2.1. Constituição da República Federativa do Brasil (1988)- CF**

**Art. 196 :** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

**Art. 198 :** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização com direção única em cada esfera de governo
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais
- III – participação da comunidade (Secretaria, 2000:14).

**Art. 227 :** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão ( Brasil, 2004:91-92).

## **2.2. Lei Federal Nº 8.080/90- SUS:**

**Art. 2º:** A saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

**Art. 3º:** A saúde tem como fatores determinantes condicionantes, entre outros, alimentação, moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 2007:371).

## **2.3. Lei Federal Nº 8.069/90 :**

O ECA é o resultado da iniciativa inovadora e organização dos movimentos sociais e grupos comprometidos com a promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Ele supera o conteúdo do antigo Código de Menores e incorpora o princípio da Doutrina da Proteção Integral: crianças e adolescentes são reconhecidos como sujeitos de direitos, como pessoas em condição especial de desenvolvimento.<sup>11</sup>

Essa lei resguarda os direitos à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte, ao ócio, à profissionalização, prevenção e proteção no trabalho. Além disso, o ECA é o instrumento legal que prevê para os municípios a elaboração como "prioridade absoluta" de propostas para a infância e a adolescência, com a participação da sociedade na definição, na concretização e no controle das políticas e programas para essa área (Carvalho, 2000).

---

<sup>11</sup> De acordo com o antigo Código de Menores, "menor" era um termo utilizado para classificar a infância pobre. A palavra "menor", como categoria socialmente construída, traz implícita a condição de pobre e delinqüente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) substitui o termo "menor" pela categoria "criança".

O ECA situa a criança e o adolescente em um quadro de garantia integral, e seu objetivo é priorizar os interesses das novas gerações. Nessa nova perspectiva, crianças e adolescentes passam à condição de sujeitos dotados de capacidade atuante em permanente construção, que têm discernimento para expressar opiniões e responsabilizar-se por seus atos.

A partir dessa concepção, considera-se que esses seres humanos em desenvolvimento vão adquirindo maturidade nas relações que estabelecem em seus grupos de convivência, na família, na escola, no trabalho e nos espaços de lazer. Essa é a essência da Convenção dos Direitos da Criança que reivindica o respeito à singularidade da vida nesse estágio de desenvolvimento humano. Nessa mesma direção caminha a significativa contribuição incorporada no ECA e que exige de todas as pessoas o compromisso com a centralidade da infância e da adolescência em suas intervenções práticas.

O ECA aponta linhas de ação para sua concretização como política social que assegure os direitos sociais a crianças e adolescentes, através da política social básica que é "direito de todos e dever do Estado", e que se materializa em saúde, educação, habitação e trabalho. A política de assistência social é aquela destinada a oferecer as condições mínimas de bem-estar e dignidade a quem se encontra em situação de vulnerabilidade momentânea ou permanente. A política de proteção integral é prevista no ECA mediante a ação social especial dirigida a pessoas ou grupos em situações de dificuldade que representam risco pessoal ou social.

A política de garantia enfatiza a necessidade da luta pelos direitos como prática efetiva. As linhas de ação deste novo modelo demandam políticas sociais básicas e em caráter supletivo, a

assistência social supletiva e serviços específicos de proteção jurídico-social (Ribeiro, 1999: 22-24).

O ECA (2005) dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente nos seguintes artigos:

**Art 2º:** Considera-se criança para efeitos dessa Lei a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos idades.

**Art 3º:** A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei assegurando-se-lhes, por lei, ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e de dignidade.

**Art 4º:** É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária.

**Art 11º:** É assegurado atendimento médico, à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Art 19º:** A criança e o adolescente tem direito de viver no seio de sua família natural e, excepcionalmente, em família substituta.

A política de atenção à criança e ao adolescente, encontra-se também explicitada no ECA, no **Art. 86,**

*far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (CRESS,2000:68-69).*

O conteúdo do ECA faz referência aos direitos reprodutivos em alguns de seus dispositivos. O direito à vida e à saúde estão previstos nos seguintes artigos:

**Art. 7** - A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência.

**Art. 8** - É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização dos sistemas.

**Parágrafo 1º** - A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atenção, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do sistema.

**Parágrafo 2º** - A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal (CRESS, 2000: 16-17).

#### **2.4. Lei Federal Nº 8.742/93, Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS**

**Art 1º** : A assistência social, direito do cidadão e dever do estado, é política de Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos essenciais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas

**Art. 2º** : A assistência social tem por objetivos:

I – Assistência Social tem por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância e à velhice;

II- o amparo às crianças e aos adolescentes carentes.



**Art 4º :** A Assistência Social rege-se pelos seguintes princípios:

I- supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências da rentabilidade econômica;

II- universalização dos direitos sociais, a fim de tornar destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III- Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito de benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza.

### **2.5.Estatuto da Pessoa com Deficiência**

**Art. 20:** O direito à saúde da pessoa com deficiência será assegurado mediante a efetivação de políticas sociais públicas de modo a construir seu bem estar físico, psíquico, emocional e social no sentido da construção, preservação ou recuperação da saúde.

**Art. 21:** É obrigatório o atendimento integral à saúde da pessoa com deficiência por intermédio do SUS.

**Parágrafo Único:** Entende-se por atendimento integral aquele realizado nos diversos níveis de hierarquia e de complexidade, bem como nas diversas especialidades médicas, de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência, incluindo a assistência médica e de medicamentos, psicológica, odontológica, ajudas técnicas, oficinas terapêuticas e atendimentos especializados, inclusive atendimento e internação domiciliares.

### **3. Análise Situacional sobre Saúde de Adolescentes no Estado do Rio Grande do Sul**

A **população de adolescentes** no Estado na faixa etária de 10 a 19 anos representa aproximadamente 16% da população. O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas três últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população, em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer.

Dados da Fundação de Economia e Estatística da Secretaria de Planejamento e Gestão/RS – FEE projetaram para 2008 um total de 10.727.937 habitantes no Estado, sendo 1.755.742 habitantes entre 10 a 19 anos, ou seja, 16,3% da população, distribuídos da seguinte forma: 8,1% (870.207) de 10 a 14 anos e 8,2% (885.535) de 15 a 19 anos. Quanto ao sexo, são 893.338 adolescentes do sexo masculino e 862.404 adolescentes do sexo feminino.

Com relação à **escolaridade**, a Secretaria da Educação/RS informa que, em 2007, foram matriculados 790.478 alunos de 10 a 14 anos e 163.766 alunos com 15 anos ou mais no Ensino Fundamental, sendo aprovados 83,9%, reprovados 14,0% e 2,1% abandonaram a Escola. No Ensino Médio foram matriculados 7.926 alunos de 10 a 14 anos e 432.684 alunos com 15 anos ou mais, sendo aprovados 68,0%, reprovados 19,0% e abandonaram a Escola 13,0%.

Dados do Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SIM/RS/2007) mostram que no Rio Grande do Sul as causas externas são a principal causa de **mortalidade** após

o primeiro ano de vida. Após os 10 anos de idade o número de óbitos por causas externas é maior do que a soma dos óbitos pelas principais causas de morte na adolescência.

Dos 10 aos 14 anos predominam as mortes por acidentes de transporte (46), seguidas de afogamentos (33) e agressões (homicídios: 28). Nesta faixa etária, do total de 275 óbitos ocorridos em 2007, 140 foram por **causas externas**, sendo 99 no sexo masculino e 41 no sexo feminino (SIM/RS/2007).

Dos 15 aos 19 anos estão em primeiro lugar os óbitos por agressões (homicídios: 310), seguidos por acidentes de transporte (156), afogamentos (48) e suicídios (39). A mortalidade por causas externas nestas faixas etárias é marcadamente superior no sexo masculino. Nesta faixa etária, do total de 856 óbitos ocorridos em 2007, 615 foram por causas externas, sendo 523 no sexo masculino e 92 no sexo feminino (SIM/RS/2007).

Dentre os fatores de risco para mortalidade por causas externas a *pobreza* é um dos fatores principais. Outros fatores, muitas vezes associados, são mãe solteira e jovem, raça/etnia, baixo nível de educação materna, desemprego, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e outras drogas pelos pais. Quanto à *idade*, na adolescência, há um incremento na exposição a riscos, muitas vezes por pressões sociais do grupo, certa onipotência do jovem, maior liberdade, ausência de supervisão de adultos, consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Os riscos maiores para o adolescente são os acidentes de transporte (em especial, em automóvel e em motocicleta), atropelamento, quedas de bicicleta e afogamento. Verifica-se, também, taxas elevadas de homicídios, acidentes de trânsito e intoxicação por abuso de drogas, principalmente no sexo masculino, por uma combinação

de uso de álcool e comportamento de risco. Então, além do sexo, deve-se considerar, ainda, o tipo de exposição e diferenças de comportamento em relação ao risco de injúrias físicas.

Os dados do Datasus/MS mostram a **morbidade hospitalar** no Rio Grande do Sul, em 2007: em todas as faixas etárias, no sexo masculino, as principais causas de internações foram lesões e outras conseqüências de causas externas; no sexo feminino, a partir dos 15 anos, a grande maioria das internações deveu-se a gravidez, parto e puerpério.

Dados do Sistema de Informações em **Saúde do Trabalhador** - SIST mostram que foram notificados 11.944 agravos relacionados ao trabalho no ano de 2007, sendo que 310 acometeram crianças e adolescentes. Destes, 98,4% foram acidentes e 1,6% doenças. Quanto à faixa etária, 9% estavam no grupo de 5 a 13 anos, 12,3% de 14 a 15 anos e 78,7% de 16 a 17 anos. Quanto ao sexo, 83,2% dos agravos acometeram o sexo masculino. A maioria dos agravos registrados foi de traumas de punho e de mão. Também existem registros e acidentes com esmagamento e amputação. Todos os casos de doença relacionam-se a transtornos osteomusculares (Gnoatto et al,2009:3-4)

Embora observe-se uma redução nas taxas de fecundidade na população, a **gravidez na adolescência** e suas implicações merecem uma análise minuciosa, por suas repercussões no âmbito biopsicossocial, sobretudo se associada a situação socioeconômica e escolaridade, restringindo as possibilidades de desenvolvimento cultural, social e psicológico, frequentemente tornando esta adolescente mais vulnerável a ocorrência de uma segunda gestação.

Em 2007, o SINASC/RS registrou 23.736 **nascidos vivos** de **mães com idade entre 10 e 19 anos**, sendo 1.027 de mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 22.709 de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. A proporção de nascidos vivos filhos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos em relação a totalidade de nascimentos é de **17,8%**. Nesta faixa etária, 2.385 mães tiveram RN com peso inferior a 2.500g (10%) e 2.194 mães tiveram RN com menos de 37 sem. de gestação (9%). O número de óbitos maternos na adolescência foi 13, representando 15,3% da mortalidade materna (SIM/RS/2007). Em relação a mortalidade infantil, observa-se uma elevação deste coeficiente na população de mães na faixa etária de 10 a 19 anos em relação ao coeficiente geral de mortalidade infantil do Rio Grande do Sul. No ano de 2007, enquanto o **CMI** no RS foi de 12,7, em filhos de mães adolescentes foi de 13,48 (Análise do Óbito Infantil/SSCA/SES).

#### **4. Objetivo Geral:**

Promover a atenção integral à saúde de adolescentes, de 10 a 19 anos, considerando as questões de gênero, à orientação sexual, à raça/etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade e ao trabalho, visando a promoção à saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, tendo três eixos centrais: **crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas.**

Além das ações intersetoriais, cabe ao serviço de saúde a captação de adolescentes para o acompanhamento sistemático, oportunizando espaço para avaliações e aconselhamento, criando

uma cultura de busca desta população às Unidades de Saúde, a exemplo do que hoje ocorre com a puericultura realizada no primeiro ano de vida. Ao mesmo tempo recomenda-se a busca ativa daqueles adolescentes em situação de vulnerabilidade, enfatizando as perspectivas individual, coletiva e comunitária.

## **5. Objetivos Específicos:**

5.1- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde nos municípios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola;

5.2- Construir canais junto à população adolescente que facilitem a sua expressão e o reconhecimento de suas potencialidades por meio de atividades artísticas, esportivas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais;

5.3- Articular ações intra e intersetoriais fortalecendo uma intervenção mais coletiva, capaz de promover o desenvolvimento saudável de adolescentes e favorecer ambientes protetores;

5.4- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde, o desenvolvimento, nos municípios, de ações de incentivo à participação juvenil, fortalecendo o protagonismo juvenil, identificando e valorizando lideranças estudantis e juvenis da comunidade para participarem na solução de problemas que impactam efetivamente a saúde pública no âmbito de suas comunidade e na promoção da educação em saúde entre pares para uma melhor qualidade de vida;

5.5- Articular parcerias e desenvolver ações de educação em saúde que valorizem a alimentação saudável, a prática de atividades de lazer, de esportes e culturais favorecendo hábitos

saudáveis;

5.6- Articular parcerias e promover, junto às famílias, atividades de educação e saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de adolescentes, à saúde sexual e saúde reprodutiva, à prevenção de violências e acidentes, à promoção da cultura de paz, à redução do uso de tabaco, álcool e outras drogas, dando ênfase ao diálogo familiar como estratégia fundamental na melhoria das relações afetivas entre pais, responsáveis e filhos e favorecendo comportamentos, hábitos e ambientes seguros e saudáveis para adolescentes;

5.7- Realizar a vigilância à saúde no desenvolvimento de adolescentes, a partir da Atenção Básica, identificando fatores de risco e de proteção às doenças e agravos, identificando as desarmonias do crescimento, os distúrbios nutricionais e comportamentais, as incapacidades funcionais, as doenças crônicas e a cobertura vacinal, o uso de tabaco, álcool e outras drogas e a exposição às violências e acidentes, incluindo os decorrentes do trabalho, encaminhando o adolescente, quando necessário, para os serviços de referência e para a rede de proteção social;

5.8- Fortalecer intersetorialmente as ações de prevenção e assistência a agravos relacionados ao consumo abusivo de álcool e uso indevido de outras substâncias psicoativas como fatores de vulnerabilidade para acidentes de trânsito;

5.9- Contribuir para a redução da morbimortalidade por causas externas em adolescentes, em articulação com a Política Nacional de Redução de Acidentes e de Violência;

5.10- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde, o desenvolvimento de ações educativas, nos municípios, relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva baseadas nas demandas e necessidades trazidas pelos adolescentes, criando

ambientes participativos de discussões em grupo que favoreçam o exercício das relações afetivas e fortaleçam o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis;

5.11- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde e órgãos setoriais governamentais e não governamentais municipais, a construção e reconstrução de estratégias de busca ativa de adolescentes grávidas, acolhendo-as e realizando atendimento pré-natal, na medida temporal oportuna, considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário, envolvendo os parceiros e os familiares no atendimento;

5.12- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde e o Poder Público Municipal, a articulação de estratégias, em redes intra e intersetorial, para o desenvolvimento de ambientes protetores às adolescentes grávidas, mães e pais adolescentes, na garantia da sua permanência na escola, do acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e do fortalecimento dos laços familiares;

5.13- Contribuir, em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, para a redução da morbimortalidade associada à gravidez na adolescência, com atenção especial à faixa etária de 10 a 15 anos de idade;

5.14- Promover ações intersetoriais, em conjunto com Coordenadorias Regionais de Saúde e órgãos setoriais municipais governamentais e não governamentais, que assegurem ações educativas contra desigualdades sociais, raciais, étnicas e de dificuldade de acesso a bens e a serviços públicos que vulnerabilizam adolescentes frente a qualquer tipo de violência;

5.15- Estimular, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde e e órgãos setoriais municipais governamentais e não governamentais a identificação de adolescentes em situação de



vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos;

5.16- Promover a educação continuada, com espaços para troca de experiências, atualizações e estudos entre os profissionais, de forma intra e interinstitucional.

## **6. Diretrizes:**

Os eixos que orientam esta Política visam a promoção da atenção integral à saúde de adolescentes vinculada ao respeito e valorização da diversidade e dos direitos humanos considerando as questões de gênero, a orientação sexual, a raça/etnia, o meio familiar, as condições de vida, a escolaridade e o trabalho. Nesse sentido, por compreendermos que a saúde é um fenômeno complexo que se expressa individual e coletivamente, cujos determinantes são multifatoriais e interdependentes, exigindo o reconhecimento integral dos sujeitos, suas vulnerabilidades e potencialidades, os eixos orientadores da Política serão abordados de forma articulada, explicitados e problematizados através das temáticas e dinâmicas adotadas nos cursos e oficinas de formação continuada dirigida aos profissionais de saúde. Do mesmo modo, no processo de formação continuada é fundamental privilegiar abordagens interdisciplinares, intersetoriais e complementares na temática da prevenção e promoção à saúde integral de adolescentes. Entendemos a atenção à saúde de adolescentes como objeto transversal às demais políticas de saúde, cuja integração é condição intrínseca para o êxito das ações e a consolidação de uma Política efetiva.

## **Eixo 1 - Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis**

- Assessoria e monitoramento às CRSs e e órgãos setoriais municipais governamentais e não governamentais para sensibilização e divulgação de ações de promoção e proteção à saúde visando a disseminação da cultura de busca aos serviços de forma espontânea;
- Captação de adolescentes para as UBSs/ESFs, através de ações e atividades estratégicas, para o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento e o monitoramento da situação vacinal;
- Sensibilização de gestores e profissionais da saúde de UBSs/ESFs para a humanização das relações entre as equipes de saúde e usuários a fim de realizar um acolhimento, abordagem e encaminhamentos adequados;
- Capacitação dos profissionais e gestores visando a instrumentalização dos mesmos e a normatização das ações desenvolvidas nas UBSs/ESFs possibilitando a atenção integral à saúde de adolescentes;
- Promoção, prevenção e assistência a adolescentes com ações na perspectiva individual e coletiva envolvendo as famílias, a escola e a comunidade;
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento, da situação vacinal, da saúde bucal, da acuidade visual e auditiva de adolescentes, por ocasião da entrada no serviço, otimizando as oportunidades de contato de adolescentes com a equipe de saúde;
- Elaboração e distribuição de material educativo e de apoio para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e da acuidade visual da população alvo;

- Atenção integral à saúde de adolescentes com deficiência, através de acolhimento, desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;
- Incentivo à elaboração de material educativo e informativo específico para adolescentes sobre saúde integral.

## **Eixo 2 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**

- Identificação dos municípios prioritários de acordo com dados epidemiológicos sobre gravidez na adolescência, DST/Aids e mortalidade materna, neonatal e fetal;
- Articulação entre os Comitês Estaduais e Municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal para a identificação dos pontos críticos da atenção integral ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério de adolescentes;
- Articulação com a área da saúde da mulher, atenção básica, saúde da criança, média e alta complexidade, para discutir a assistência à adolescente grávida atendendo suas necessidades específicas;
- Educação em saúde para a dupla proteção como elemento fundamental à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e o desenvolvimento da igualdade nas relações de gênero de acordo com as especificidades e vulnerabilidades por faixas etárias e grupo populacionais;
- Estímulo à participação de adolescentes como promotores de saúde sexual e reprodutiva;
- Sensibilização junto aos gestores e profissionais de saúde para a redução da morbimortalidade associada à gravidez na adolescência, com a atenção especial a faixa etária de 10 a 15 anos de idade;
- Promoção de ações educativas visando a paternidade responsável;

- Sensibilização dos profissionais de saúde para a realização de ações que fortaleçam a identidade pessoal e cultural de adolescentes na perspectiva da construção de um projeto de vida;
- Sensibilização de gestores municipais e profissionais de saúde no sentido de garantir os direitos sexuais e reprodutivos de adolescente de ambos os sexos;
- Estímulo para que os gestores municipais disponibilizem aos serviços de saúde métodos contraceptivos, preservativos e planejamento familiar a adolescentes de acordo com suas necessidades;
- Atenção especial à adolescente no puerpério visando evitar uma segunda gestação não planejada;
- Articulação intersetorial com as coordenações de DST/Aids, Vigilância em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Política de Alimentação e Nutrição, Programa de Prevenção à Violência, Primeira Infância Melhor, Saúde Bucal, Anemia falciforme, dentre outros, visando ações específicas para adolescentes;
- Articulação com as demais Secretarias, entidades governamentais e não-governamentais, com vistas a integração das ações de saúde para adolescentes;
- Sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para identificar, notificar e atender os casos de violência sexual contra adolescentes.

### **Eixo 3 - Redução da Morbimortalidade por Causas Externas**

- Promoção de ações intersetoriais com foco na prevenção a agravos relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas (em especial, o álcool, a cocaína e o crack) como

fatores de vulnerabilidade para acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, entre outras violências;

- Contribuição para a redução da morbimortalidade por causas externas em adolescentes em articulação com outros programas e políticas;
- Mapeamento dos serviços de atenção à saúde de adolescentes vítimas de violência e aos agressores, especialmente na atenção à violência sexual;
- Mapeamento dos municípios que realizam notificação dos acidentes e violências em articulação com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RINAV - Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências, Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA/SIST) e Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN/RS));
- Incentivo à articulação e integração entre as equipes de saúde da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE) e da SES/ESF para acompanhar os adolescentes egressos dessa instituição e suas respectivas famílias;
- Estímulo aos gestores e profissionais de saúde para a análise de dados epidemiológicos sobre a morbimortalidade de adolescentes, na sua área de atuação;
- Articulação intrainstitucional para reorientação e qualificação dos serviços de saúde para atenção integral à adolescentes, de ambos os sexos, vítimas e autores de atos de violência e a seus familiares.

## **7. Público Alvo:**

A Política será destinada a adolescentes de 10 a 19 anos de idade, segundo a classificação adotada pela OMS.

## 8. Metas:

- Sensibilização e capacitação de dois profissionais de saúde, no mínimo, em 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes;
- Sensibilização e capacitação de dois profissionais de saúde , no mínimo, em 100% dos municípios sede de CRSs;
- Sensibilização e capacitação de dois profissionais de saúde , no mínimo, em 100% dos municípios que contam com o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas<sup>12</sup> (SPE);
- Sensibilização e capacitação dois profissionais de saúde , no mínimo, em 100% dos municípios que contam com o Programa Saúde na Escola<sup>13</sup> (PSE);
- Sensibilização e capacitação de profissionais, no mínimo dois, dos Centros Regionais de Referência em Saúde o Trabalhador;
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, no

---

<sup>12</sup> Projeto que resulta da parceria entre Ministério da Educação, Ministério da Saúde, UNESCO e UNICEF, cuja justificativa para sua implantação tem como base os dados epidemiológicos dos municípios e visa transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV/Aids, outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde (Ministério da Saúde, 2005:11).

<sup>13</sup> Programa instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde em 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Os critérios para os municípios aderirem são os seguintes: municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por equipes Saúde da Família; municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham cobertura em cada Estado e municípios que possuam em seu território escolas participantes do programa Mais Educação. Os critérios para a adesão dos municípios foram alterados em 2009, sendo considerados os municípios com índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, no ano e 2007, menor ou igual a 3,1 nos anos iniciais do ensino fundamental; para os Estados em que o número total de municípios definidos pelo critério descrito no inciso I for inferior a 20, serão incluídos os municípios de menor IDEB, até completar o máximo de 20 municípios em cada Estado e entre os municípios definidos pelos critérios estabelecidos nos incisos I e II, serão incluídos apenas aqueles que tenham 70% ou mais e cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com base na competência financeira de 2009. Portaria Nº 3.145, de 17 de dezembro de 2009. Disponível em [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab). Acesso em 10/02/2010.

mínimo dois, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, em 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes e percentual de gestação na adolescência superior a média do Estado;

- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, no mínimo dois, em 100% dos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil;
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, no mínimo dois, em 100% dos municípios prioritários para redução da mortalidade materna em adolescentes;
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, no mínimo dois, em 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes e elevada mortalidade por causas externas em adolescentes;
- Sensibilização e capacitação de 100% dos profissionais de saúde que atendem nas unidades da FASE;
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde em 100% dos municípios do Programa de Prevenção da Violência;
- Implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e do Plano Estadual de Ações em 100% dos municípios em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde;
- Implantação gradativa da Caderneta de Saúde de Adolescentes em 100% dos municípios, em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde, iniciando pelos municípios prioritários.

## **9. Estratégias para elaboração e implantação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes**

### **9.1. Articulação e definições pré-pós discussão com órgãos setoriais**

Dando início ao processo de discussão e construção desta Política, a Seção de Saúde da Criança e do Adolescente apresentou a proposta do Ministério da Saúde ao Departamento de Ações em Saúde e passou a coordenar reuniões semanais com representantes dos diversos setores do Departamento (ESF, Saúde da Mulher, DST/AIDS, Saúde Bucal, Saúde Mental, Monitoramento e Avaliação, PAN, PPV e outros), constituindo um grupo de trabalho para a elaboração do Plano Estadual. Ao mesmo tempo, para mapear a capacidade instalada e as ações já existentes nos diversos municípios do Estado, bem como incentivar a participação das Regionais, solicitou informações e sugestões às 19 CRSs. Deverá haver integração com outros setores da SES (DAHA, CEVS, CRS e outros) e articulação com outras Instituições do Estado (Secretaria da Justiça e Desenvolvimento Social, Secretaria da Educação, CEDICA, CES e outros). O grupo de trabalho realizou o levantamento dos dados epidemiológicos: população adolescente no RS; mortalidade - principais causas (incluindo causas externas); morbidade hospitalar; gravidez na adolescência (incluindo RN prematuros e baixo peso); escolaridade (incluindo abandono).

### **9.2. Seleção de indicadores**

A seleção dos indicadores deu-se a partir de discussões sobre os dados já existentes e disponibilizados, considerando a



viabilidade de trabalhar com os mesmos, tendo em vista a fase de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes. Portanto, para que o monitoramento e avaliação da Política sejam factíveis, optou-se por indicadores de fácil obtenção e, ao mesmo tempo, importantes para acompanhar o desenvolvimento integral e a promoção de saúde de adolescentes. Nesse sentido, o indicador deve estar acessível ou ser obtido a curto prazo e com metodologias compatíveis com os recursos financeiros e humanos disponíveis. De acordo com Tanaka e Melo (2001:22) o indicador mais simples utilizado é um número absoluto. À medida que as ações forem sendo implantadas pretende-se definir indicadores qualitativos, bem como propor junto ao setor competente da SES a inclusão gradativa de dados no sistema de notificação que contemplem as singularidades sobre a saúde de adolescentes no Estado.

### **9.2.1. Indicadores de processos para monitoramento e avaliação:**

- nº e % de municípios com profissionais de saúde, por especialidade, capacitados;
- nº e % de profissionais capacitados, por equipamento de atenção primária da Rede SUS, por município;
- nº e % de Cadernetas de Saúde de Adolescentes distribuídas, por equipamento de atenção primária e por município;
- nº e % de consultas individuais de promoção à saúde oferecidas a adolescentes, por município;
- nº e % de adolescentes atendidos através de consultas

individuais de promoção à saúde, por município;

- nº e % de atividades de grupo de promoção à saúde oferecidas a adolescentes, por município;
- nº e % de adolescentes atendidos através de atividades de grupo visando a promoção à saúde, por município;
- nº e % de mães adolescentes atendidas, por equipamento de atenção primária da Rede SUS, por município;
- nº e % de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal, por município;
- nº e % de abortos registrados feitos em adolescentes, por município;
- nº e % de serviços de saúde que atendem adolescentes vítimas de violência, por município;
- nº e % de adolescentes em situação de violência atendidos em serviços de saúde, por município;
- nº e % de serviços de saúde da Rede SUS que atendem adolescentes vítimas de violência, por município;
- nº e % de adolescentes em situação de violência atendidos em serviços de saúde da Rede SUS, por município;
- nº e % de serviços de saúde que atendem adolescentes vítimas de violência sexual, por município;
- nº e % de adolescentes em situação de violência sexual atendidos em serviços de saúde, por município;

- nº e % de adolescentes em situação de trabalho, por município;
- nº e % adolescentes em situação de trabalho insalubre, por município.

### **9.2.2. Indicadores de resultado para monitoramento e avaliação:**

- taxa de abandono escolar de adolescentes, de ambos os sexos;
- taxa de abandono escolar de adolescentes grávidas;
- nº de adolescentes que tiveram sua segunda gestação em intervalo inferior a dois anos;
- nº de mães adolescentes com RN < 2.500g;
- nº de mães adolescentes com RN < 37 sem.;
- nº de mães adolescentes com 2 ou mais filhos tidos vivos ou mortos;
- nº de adolescentes do sexo masculino com filhos;
- Coeficiente de Mortalidade Infantil em filhos de mães adolescentes;
- Razão de Mortalidade Materna em adolescentes;
- nº de adolescentes com sobrepeso;
- nº de adolescentes com obesidade;
- prevalência de tabagismo na adolescência;

- nº e % de adolescentes condutores de veículo motor que manifestavam sinais de embriaguez e sofreram acidentes de trânsito, por sexo e faixa etária;
- nº de óbitos de adolescentes, por sexo, por causas externas.

### **9.3. Eleição de territórios prioritários**

- municípios-sede de CRSs;
- municípios que contam com SPE, PSE, PPV, CEREST, Unidades da FASE ou serviços de saúde com ações sistemáticas voltadas a adolescentes;
- municípios com mais de 50.000 habitantes e com percentual de gravidez na adolescência superior a média estadual;
- municípios prioritários para ação de redução da mortalidade infantil;
- municípios prioritários para redução da mortalidade materna em adolescentes;
- municípios com mais de 50.000 habitantes e elevada mortalidade por causas externas em adolescentes.

### **9.4. Planejamento de ações de mobilização, sensibilização e de apresentação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes para 2009**

- Seminário de Sensibilização, em maio, para representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde e profissionais de saúde dos municípios-sede de Regionais;
- Seminário de Apresentação e Discussão da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em setembro, para representantes de organizações governamentais e não-governamentais, Conselhos Profissionais, Conselhos de

Políticas, Universidades;

- Oficinas para Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes, em outubro e novembro, para técnicos de CRS e dos municípios selecionados segundo critérios de implantação da Política;
- Inserção nos Cursos Introdutórios para capacitação de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família.

As capacitações visam a instrumentalização dos profissionais de saúde e a normatização das ações desenvolvidas nas UBS/ESF dos municípios do Estado para possibilitar a atenção integral à saúde de adolescentes do Rio Grande do Sul, com uma visão de continuidade, pelos Serviços de Saúde, na transição dos ciclos de vida. As capacitações serão realizadas de forma permanente e integrada, pelas coordenações estadual, regionais e municipais, visando ampliar a rede de atenção primária à saúde de adolescentes.

A Caderneta de Saúde de Adolescentes para a faixa etária de 10 a 16 anos, é uma proposta do Ministério da Saúde como instrumento de apoio aos profissionais no atendimento a essa população, ao mesmo tempo que contribuirá para que os/as próprios/as adolescentes acompanhem as transformações que ocorrem em seu corpo e tenham informações qualificadas e registradas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis que contribuam para a construção do seu projeto de vida.

A Caderneta de Saúde será confeccionada e distribuída pelo Ministério da Saúde aos Estados, de acordo com o levantamento populacional realizado por cada Estado. Na primeira etapa serão contemplados os municípios do PSE, alguns municípios do SPE e outros sensibilizados em capacitação já realizada. Na etapa prevista para 2010 os demais municípios serão

incluídos conforme interesse dos gestores.

A SES poderá também reproduzir a Caderneta de Saúde visando atender a demanda anual, cujo cálculo terá por base o número de nascidos vivos que corresponde aproximadamente a 140.000.

A implantação da Caderneta se dará de forma gradativa, tendo em vista a necessidade de capacitar os profissionais de saúde das Unidades Básicas e da Estratégia de Saúde da Família para o acolhimento de adolescentes, suas demandas e necessidades específicas, facilitando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços.

## **10. Gestão**

A coordenação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes será de competência da Secretaria Estadual da Saúde, através do Departamento de Ações em Saúde e da Seção de Saúde da Criança e do Adolescente.

As ações serão desenvolvidas de forma articulada e em parceria com as demais seções e setores da SES, com as Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, bem como com outras Instituições do Estado, Conselhos e Organizações Não-Governamentais.

### **10.1. Responsabilidades Institucionais**

#### **10.1.1. Da Secretaria Estadual da Saúde/Departamento de Ações em Saúde/Seção de Saúde da Criança e do Adolescente:**

- Propor, elaborar, coordenar e acompanhar a Política Estadual

de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em consonância com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência;

- Implantar, monitorar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA);
- Desenvolver estratégias de sensibilização e de mobilização do setor saúde e de outros setores governamentais e não-governamentais para a implantação da PEAISA;
- Assessorar tecnicamente as Coordenadorias Regionais de Saúde e os Municípios na realização de ações referentes a PEAISA;
- Analisar e divulgar informações que subsidiem a elaboração e o monitoramento da PEAISA;
- Estimular a elaboração dos Planos Municipais de Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes;
- Coordenar e monitorar o processo de implantação das Cadernetas de Saúde de Adolescentes nos Municípios;
- Oportunizar a capacitação de profissionais de saúde para a atenção integral à saúde de adolescentes na Atenção Básica;
- Promover processo de articulação intersetorial no Estado, estimulando a formação de redes visando a implantação da PEAISA;

- Disponibilizar material educativo e informativo sobre a saúde de adolescentes para os profissionais que atuam junto a esta faixa etária;
- Participar intersetorialmente de eventos, campanhas ou datas oficiais de mobilização visando a divulgação junto a comunidade das questões relacionadas à saúde de adolescentes;
- Apoiar iniciativas direcionadas à realização de estudos e pesquisas em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa que contribuam para atualização e aprimoramento de dados sobre a situação de saúde de adolescentes;
- Articular as ações da PEAlSA com os setores da SES responsáveis pelos bancos de dados e sistemas de informação, a fim de consolidar instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação específicos para esta Política;
- Estabelecer canais de co-gestão pública da PEAlSA entre Estado, municípios e sociedade civil, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde;
- Co-financiar as ações decorrentes da implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes.

#### **10.1.2. Das Coordenadorias Regionais de Saúde:**

- Propor, coordenar, monitorar e avaliar a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nos municípios da sua área de abrangência;
- Desenvolver estratégias de sensibilização e de mobilização dos gestores municipais de saúde para a implantação da



PEAISA;

- Assessorar tecnicamente os Municípios na realização de ações referentes a PEAISA;
- Analisar e divulgar informações que subsidiem o monitoramento da PEAISA;
- Estimular e assessorar a elaboração dos Planos Municipais de Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes;
- Monitorar o processo de implantação das Cadernetas de Saúde de Adolescentes nos Municípios;
- Oportunizar a capacitação de profissionais de saúde nos municípios da sua área de abrangência para a atenção integral à saúde de adolescentes na Atenção Básica;
- Promover processo de articulação intersetorial na Regional, estimulando a formação de redes visando a implantação da PEAISA;
- Distribuir material educativo e informativo sobre a saúde de adolescentes para os profissionais que atuam junto a esta faixa etária nos municípios da sua área de abrangência;
- Participar intersetorialmente de eventos, campanhas ou datas oficiais de mobilização visando a divulgação junto a comunidade das questões relacionadas à saúde de adolescentes;
- Apoiar iniciativas direcionadas à realização de estudos e pesquisas em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa que contribuam para atualização e aprimoramento de dados sobre a situação de saúde de adolescentes;
- Estabelecer canais de co-gestão pública da PEAISA entre Estado, municípios e sociedade civil, juntamente com os

Conselhos Municipais de Saúde.

### **10.1.3. Das Secretarias Municipais da Saúde:**

- Coordenar, executar, monitorar e avaliar as ações de implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no município;
- Assessorar tecnicamente as equipes das Unidades de Saúde da Atenção Básica do município para a realização de ações referentes a PEAISA;
- Analisar e divulgar informações que subsidiem o monitoramento da PEAISA;
- Elaborar Planos Municipais de Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes;
- Monitorar o processo de implantação das Cadernetas de Saúde de Adolescentes no Município;
- Oportunizar a capacitação de profissionais de saúde no município para a atenção integral à saúde de adolescentes na Atenção Básica;
- Promover processo de articulação intersetorial no município, estimulando a formação de redes visando a implantação da PEAISA;
- Elaborar, produzir e distribuir material educativo e informativo sobre a saúde de adolescentes para os profissionais que atuam junto a esta faixa etária no município;
- Participar intersetorialmente de eventos, campanhas ou datas oficiais de mobilização visando a divulgação junto a comunidade das questões relacionadas à saúde de

adolescentes;

- Apoiar iniciativas direcionadas à realização de estudos e pesquisas em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa que contribuam para atualização e aprimoramento de dados sobre a situação de saúde de adolescentes;
- Estabelecer canais de co-gestão pública da PEAlSA entre município e sociedade civil, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde;
- Participar do financiamento das ações decorrentes da implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes.

## **11. RECURSOS FINANCEIROS**

As ações serão implantadas gradativamente, articuladas com as Políticas já existentes e executadas pela SES.

As capacitações de profissionais de saúde e a produção de materiais educativos serão viabilizados através de recursos do Tesouro do Estado, previstos no Planejamento Anual do Departamento de Ações em Saúde/SES.

As Cadernetas de Saúde de Adolescentes serão confeccionadas pelo Ministério da Saúde e enviadas ao Estado, conforme pactuação.

As ações de atenção integral à saúde de adolescentes nos Municípios estão inseridas no conjunto de ações da Atenção Básica.

A análise sobre as condições de garantia dos recursos permanentes destinados ao financiamento e operacionalização efetiva da PEAlSA será submetida às instâncias competentes da SES.

## **12. Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação das Ações**

A Secretaria Estadual da Saúde fará o monitoramento da implantação e da execução das ações por meio de relatórios e avaliação de indicadores previamente selecionados, bem como através de assessorias técnicas às Coordenadorias e aos Municípios.

## GLOSSÁRIO

- **Acolhimento:** trata-se de um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos. Esse processo é fundamental para a constituição de vínculos e compromissos. Todos os funcionários da unidade devem estar envolvidos nesse processo, o que implica a humanização das relações entre equipes de saúde e usuários, de forma que todos os adolescentes que buscam os serviços de saúde sejam ouvidos com atenção e recebam informação, atendimento e encaminhamento adequados.
- **Atenção integral:** é o conjunto de esforços organizados em caráter intersetorial e interdisciplinar que visam oferecer respostas adequadas às exigências da adolescência para alcançar e manter a saúde integral.
- **Crescimento e desenvolvimento:** o crescimento e desenvolvimento caracterizam-se pela diferenciação de estruturas e funções, em que um processo de maturação geneticamente programado, porém fortemente influenciado por fatores ambientais, bem como individuais, a exemplo da nutrição, as condições de vida e higiene, da estimulação, de proteção contra agravos, do uso de drogas lícitas e ilícitas, e atividade física, sono, estresse, das incapacidades funcionais e das doenças crônicas. Esses fatores podem modificar, interromper ou reverter os fenômenos que caracterizam a puberdade.
- **Direitos Sexuais e Reprodutivos:** direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências.
- **Projeto de vida:** o projeto de vida pode surgir a partir do momento em que adolescentes se descobrem autores/as de sua própria vida e começam a olhar para a frente indagando-se em como garantir um futuro melhor. Portanto

o projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e a auto-estima, a consciência, a responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro. Há a imbricação em dois planos interdependentes: do seu mundo interno e as interações com o contexto de vida, incluindo as pessoas que se destacam e fazem parte do seu universo pessoal.

- **Saúde integral:** é o grau de bem-estar que permite ao/à adolescente crescer e se desenvolver de acordo com seu potencial biológico, psicológico e social.
- **Saúde Reprodutiva:** é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.
- **Saúde Sexual:** é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais.

## Referências

- BLANK D, Liberal EF. *O Pediatra e as Causas Externas de Morbimortalidade*. J.Pediatria, Rio de Janeiro, 2005; 81(8), S119-22.
- BLANK D. *Controle de Injúrias sob a Ótica da Pediatria Contextual*. J.Pediatria, Rio de Janeiro, 2005, 81(8), S123-36.
- BRASIL. *Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988*. 8. ed. por Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004.
- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social- Brasília: MEC, ACS, 2005. 77 p.
- BRASIL. *Estatuto da Pessoa com Deficiência*. 7ª ed., Brasília: Senado Federal, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Direitos dos Usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada. 1973 a 2006*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. - Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes/ Ministério da Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Integral de adolescentes e jovens; orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde,*

Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a Atenção Integral à saúde e Adolescentes e Jovens na promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e na Assistência*. Brasília: Ministério da saúde: novembro de 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens/* Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS JA et all, *Manual Segurança da Criança e do Adolescente*, Sociedade Brasileira de Pediatria, Belo Horizonte, 2003.

CARVALHO, Jeferson Moreira de (Ed.). *Estatuto da Criança e do Adolescente. Manual funcional. Doutrina, jurisprudência, legislação, formulários, esquemas*. 2. Ed. revista e ampliada. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000.

CRESS [Org.]. *Coletânea de leis*. Ed. revista e ampliada. Porto Alegre: CRESS, 2000.

DUNCAN BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GNOATTO, Andréia et al. *Saúde Integral de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos: agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul em 2007*. Porto Alegre: Bol. Epidemiológico,V.11, n.1, março edição especial, 2009.



MINISTÉRIO da Saúde. *Diretrizes e Recomendações Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência*. Brasília: ASAJ/DAPES/SAS/MS, 2009.

MINISTÉRIO da Saúde. *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde*. Brasília: ASAJ/DAPES/SAS/MS, 2009.

OLIVEIRA, Maristela Costa de. *Políticas públicas de salud y adolescentes embarazadas*. Estudio de caso: Porto Alegre, 1990-2000. Tese de Doutorado. Sevilha: Programa Doutorado de Direitos Humanos e Desenvolvimento- Universidad Pablo de Olavide, 2007.

PIOVESAN, Flávia. A Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos. In: BARSTED, Leila Linhares. *As mulheres e os direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos*. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

RIBEIRO, Luiza. A efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente. In: *Pesquisa-ação: a criança e o adolescente em questão. Construindo uma metodologia de trabalho*. Londrina: Universidade de Londrina, 1994.

SECRETARIA da Saúde. *Legislação Federal e Estadual do SUS*. Porto Alegre: SES, 2000.

SECRETARIA da Saúde do Rio Grande do Sul. *Núcleo de Informações em Saúde, SINASC/RS, Estatísticas de Nascimento*. Porto Alegre: SES, 2007, [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

SECRETARIA da Saúde do Rio Grande do Sul. *Núcleo de Informações em Saúde, SIM/RS, Número de Óbitos por Causas (CID – BR)*. Porto Alegre: SES, 2007, [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

SECRETARIA da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Política de Alimentação e Nutrição. *Política de Alimentação e Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 2009.

SECRETARIA da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. *Política de Saúde Bucal do Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 2009.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. *Educação Médica Continuada, Acidentes no Lar*, [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

TAPAI, Gisele de Melo Braga (Coord.). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004, p. 273-295).