

**POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE
PARA O ADOLESCENTE LATINO-AMERICANO:
A ENFERMAGEM NOS CASOS DE BRASIL E COLÔMBIA**

GLÓRIA INÉS GONZÁLEZ AVILA

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery
da Universidade Federal de Rio de Janeiro como requisito final
para a obtenção do título de “Doutor em Enfermagem”.**

Orientadora:

Profa. Dra. Laura Tavares Ribeiro Soares

Rio de Janeiro,

- 1999 -

Á PROCURA DE UMA CRIANÇA

Andei por muitos lugares
Á procura de um menino cidadão
Fui ás escolas, a suas casas, a um campinho de várzea qualquer;
Olhei quintais, calçadas, ruas sem asfalto,
Sempre em busca de crianças saudáveis e livres
Com suas bonecas e carrinhos de plástico,
Brincando de amarelinha e de esconder,
Pulando corda ou elástico.

Infelizmente não encontrei esta criança,
E, sim, um vendedor de chiclete
Sendo chamado de pivete...
Um engraxate, um lavador de carros, uma prostituta,
Alguém que rouba para comer,
Que cheira para esquecer
Que não tem direitos, nem deveres...
Que apanha por deixar feia a cidade
E representar a injustiça da sociedade.

Entretanto, também encontrei pessoas
(E agora sou uma delas).
Que acreditam num futuro melhor para tais crianças
E contribuem para sua cidadania, defendendo suas vidas...
Pessoas que procuram a transformação social
De uma imensa comunidade,
Onde haja justiça e solidariedade.

Christiane Ribeiro Gonçalves

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. LAURA TAVARES RIBEIRO SOARES (UFRJ)
Orientadora

Prof. Dr. TULIO ALBERTO MARTINS DE FIGUEIREDO (UFES)
Primeiro Examinador

Prof. Dra. ANA LUIZA STIEBER VIERA (FIOCRUZ)
Segunda Examinadora

Profa. Dra. CONCEIÇÃO VIEIRA DA SILVA (UNIFESP)
Terceira Examinadora

Profa. Dra. ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA (UFRJ)
Quarta Examinadora

Profa. Dra. ISAURA SETENTA PORTO (UFRJ)
Suplente

Profa. Dra. MARIA APARECIDA DE LUCAS NASCIMENTO (UERJ)
Suplente

González, Gloria Inés Avila.

POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA O ADOLESCENTE LATINO-AMERICANO: A ENFERMAGEM NOS CASOS DE BRASIL E COLÔMBIA/ Gloria Inés González Avila.--Rio de Janeiro: G. I. González A., 1999.

X, 191p.

Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Orientadora: Laura Tavares Ribeiro Soares

Título em inglês:PUBLIC POLICIES AND THE HEALTH PROGRAMS FOR THE LATIN-AMERICAN ADOLESCENT: THE NURSING IN BOTH CASES IN BRAZIL AND COLOMBIA.

**I. Título. II. Estudos Comparados Latino-Americanos.
III. Políticas Públicas. IV. Enfermagem. V. Adolescência.**

DEDICATÓRIA

É com muito amor e gratidão dedico este trabalho:

A DEUS

Ao meu filho SHIUL MARIO LUIS;

Aos meus pais MARIANA PAULINA E MACIEL HELI;

Ao meu esposo MARIO LUIS ESCOBAR;

A todos meus FAMILIARES na Colômbia.

E POR FALAR EM AGRADECER.....

... Há tanto que agradecer, a várias pessoas e por tantas coisas:

Aos que dividiram comigo o trabalho, que foi longo, cansativo e, algumas vezes, pareceu interminável; **aos que me deram idéias**, sugestões, fizeram críticas, que me enriqueceram; aos que me ajudaram a resolver os impasses que iam aparecendo e que, por vezes , me desanimaram; **aos que falaram palavras de ânimo**, me estimularam, manifestaram o seu interesse; **aos que entenderam minhas ausências** e se esforçaram para que eu não me sintesse mal por elas.

Atemoriza-me a possibilidade de esquecer de mencionar ALGUÉM, o que poderia magoar, entristecer.... Sendo assim, quero que **TODOS QUE ME AJUDARAM, ME SUPORTARAM** (nos vários sentidos que essa palavra comporta) durante a gestação e o parto deste trabalho, saibam que **os AGRADEÇO do mais profundo do meu coração, com muito carinho**, e quero dividir com eles as palavras deste poeta desconhecido:

Pensei em agradecer a DEUS, porque com SEU AMOR sustenta a vida.

Pensei em agradecer a MEUS PAIS porque transmitiram

a vida e doaram parte da sua para que a minha fosse melhor.

Pensei em agradecer a TODAS AS PESSOAS que têm passado

por minha vida, dando-lhe múltiplos coloridos,

suprindo, por vezes, meus espaços em preto e branco....

Mas agradecer é como contar estrelas...

è difícil saber quais já foram contadas,.... quais faltam.....

se não contamos duas vezes as mesmas.....

É melhor olhar para o céu e deixa-lo entrar no coração.

Poeta Desconhecido.

RESUMO

Esta **pesquisa qualitativa com abordagem dialética** encontra-se inserida na linha de pesquisa: ***Estudos Comparados Latino-americanos da Escola de Enfermagem ANNA NERY-UFRJ***. Nela analisamos comparativamente as **Políticas Públicas e os Programas de Saúde para o Adolescente Latino-americano e discutimos a inserção da Enfermagem na operacionalização destas Políticas no Brasil e na Colômbia**. A **caracterização das Políticas** foi realizada através da análise documental das Leis, Decretos, Políticas e Programas, assim como da literatura que trata especificamente sobre este assunto, e **a inserção da Enfermagem** através de entrevistas com coordenadores dos Programas e com os diversos profissionais envolvidos na execução deles. **Nesta Tese demonstramos: que se registram avanços nas Políticas Sociais dos países estudados**, que estes incidem no tratamento brindado aos adolescentes, mas que essas legislações não tem como se viabilizar já que **a problemática dos adolescentes possui como pano de fundo a desestabilização econômica, política e social que impedem que os programas sejam implementados**. Também comprovamos que **a Enfermagem (no âmbito da prática) é a responsável pela maioria das ações de saúde desenvolvidas com o adolescente antes e após as consultas**; e o agente engajador entre os serviços, a equipe multiprofissional, e os mesmos com os adolescentes que, como tal, ela tem um fundamental papel a cumprir na formulação das políticas sociais transformadoras e na implementação de programas que tenham como alvo o adolescente.

ABSTRACT

This **qualitative research with a dialectical** approach is found on the research line: **Compared Latin-American studies of the AN-UFRJ school**. In it we **analyze comparatively both the public policies and the health programs for the Latin-American adolescent and, we discuss the insertion of the Nursing into the execution of such policies both in Brazil and Colombia**. The **characterization of such policies** was materialized through the documental analysis of the laws, decrees, policies and programs as well as the literature which specifically deals with this matter **and, the insertion of the Nursing** through the interviews with the coordinators of programs and several professionals who were involved in their execution. **In this proposition we demonstrate: that advances in the social policies of the countries under study have been reached**, that they influence the treatment given to the adolescents, but such legislations do not have how to resolve it as the adolescents' problems have as a background the economic political and social de-estabilization which prevent the implementation of the programs. We also verify that **the Nursing (in practice) is responsible for the great majority of health actions which have been developed with the adolescents before and after the consultations** and, the engaging agent among the services; the multiprofessional team with the adolescents that, as such has a fundamental role to accomplish in the making of the social, transforming policies and, in the implementation of programs which have the adolescents as their scope.

RESUMÉ

Cette **recherche qualitative avec une abordage dialectique** se trouve insérée dans la ligne de recherche : **études comparés latins-américains de l'Ecole AN-UFRJ**. Nous en **analysons comparativement les politiques publiques et les programmes de la santé pour les adolescents latins-américains** et nous **discutons l'insertion de l'Art de soigner les malades dans l'exécution de ces politiques au Brésil et à Colombie**. La caractérisation a été réalisée à travers l'analyse documentaire des lois, des décrets et des programmes ainsi que de la littérature qui s'occupe spécifiquement de ce sujet **et l'insertion de l'Art de soigner les malades** à travers les entrevues avec les coordonateurs des programmes et avec plusieurs professionnels impliqués dans leur exécution. **Avec cette thèse nous avons démontré: que de progrès ont été enregistrés dans les politiques sociales des pays étudiés**, que ceux influent sur le traitement dispensé aux adolescents mais que ces législations ne peuvent pas être exécutées **puisque les problèmes des adolescents ont comme scénario le déséquilibre économique, politique et social qu'empêche le développement des programmes**. Nous avons aussi vérifié que **l'Art de soigner les malades (dans la pratique) est responsable pour la plupart des actions de santé développées avec les adolescents avant et après les consultations** et l'agent enrôleur entre les services, l'équipe multiprofessionnel et les mêmes avec les adolescents lesquels en cette condition jouent un rôle fondamental à exécuter pour formuler les politiques sociales transformatrices et pour le développement de programmes qui aient l'adolescent comme leur but.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa con abordaje dialéctico se encuentra inserida en la línea de investigación: ***Estudios Comparativos Latino-americanos de la Escuela de Enfermería ANNA NERY-UFRJ***. En esta analizamos comparativamente las Políticas Públicas y los Programas de Salud para el Adolescente Latino-americano y discutimos la inserción de la Enfermera en la operacionalización de estas Políticas en Brasil y en Colombia. La ***caracterización de las Políticas*** fue realizada a través del análisis documental de las Leyes, Decretos, Políticas y Programas, así como de la literatura que trata específicamente sobre este asunto, y ***la inserción de la Enfermera*** a través de entrevistas con los coordinadores de los Programas y con los diversos profesionales involucrados en la ejecución de ellos. **En esta Tesis demostramos: que se registran avances en las Políticas Sociales de los países estudiados**, que estos inciden en el tratamiento brindado a los adolescentes, más que esas legislaciones no tienen como concretizarse ya que ***la problemática de los adolescentes posee como paño e fondo la desestabilización económica, política y social que impiden que los programas sean implementados***. También comprobamos que ***la Enfermera (en el ámbito de la práctica) es la responsable por la mayoría de las acciones de salud realizadas con el adolescente antes y después de las consultas***; y el agente entrelazador entre los servicios, el grupo multiprofesional, y los mismos con los adolescentes que, como tal, ella tiene un papel fundamental a cumplir en la formulación de las políticas sociales transformadoras y en la implementación de programas que tengan como alfo el adolescente.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
------------------------	----------

CAPÍTULO I

.....INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA AMÉRICA LATINA.....	15
1. A CONCEPÇÃO SOBRE A CRIANÇA NA SOCIEDADE.....	16
2. A INFÂNCIA LATINO-AMERICANA	17
3. O ADOLESCENTE LATINO-AMERICANO	21
4. O ADOLESCENTE BRASILEIRO.....	24
5. O ADOLESCENTE COLOMBIANO	27
6. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	29

CAPÍTULO II

.....DESENVOLVIMENTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE.....	33
1. NO MUNDO	33
2. NA AMÉRICA LATINA.....	34
3. NO BRASIL.....	37
<i>Os primeiros olhares para a criança</i>	<i>37</i>
<i>Do Código do Menor à Criação do SAM</i>	<i>40</i>
<i>O Departamento Nacional da Criança (DNCR).....</i>	<i>43</i>
<i>A Criação da FUNABEM.....</i>	<i>52</i>
<i>Política Nacional do Bem Estar do Menor – PNBEM.....</i>	<i>56</i>
<i>Os Anos 80 – A Transição Democrática.....</i>	<i>64</i>
<i>O Estatuto da Criança e do Adolescente</i>	<i>70</i>
<i>O Processo de Criação dos Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares</i>	<i>76</i>
<i>A espinhosa tarefa de compartilhar o poder</i>	<i>79</i>
<i>A ‘realidade’ no funcionamento dos Conselhos</i>	<i>80</i>
<i>Articulação Interinstitucional</i>	<i>81</i>
<i>Conselho Tutelar</i>	<i>82</i>
4. NA COLÔMBIA	83

<i>RECONHECIMENTO DA CRIANÇA</i>	83
<i>DA CASA DE REFORMA E CORREÇÃO AS CASAS DE MENORES E ESCOLAS DE TRABALHO</i>	84
<i>OS CONSELHO DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA</i>	86
<i>O DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DE DELINQUÊNCIA INFANTIL</i>	88
<i>O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)</i>	88
<i>O CÓDIGO DO MENOR</i>	90

CAPÍTULO III

.....POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA O ADOLESCENTE.....	95
NO BRASIL.....	94
<i>ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)</i>	98
<i>PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE</i>	104
ALGUMAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS.....	107
1. <i>NO RIO DE JANEIRO</i>	107
2. <i>EM SÃO PAULO</i>	113
NA COLÔMBIA	117
<i>POLÍTICA DA JUVENTUDE COLOMBIANA (POJUCO)</i>	119
<i>LINHAS DE AÇÃO</i>	119
1. <i>DESENVOLVIMENTO HUMANO</i>	123
2. <i>VINCULAÇÃO À VIDA ECONÔMICA</i>	126
3. <i>PARTICIPAÇÃO E ORGANIZAÇÃO</i>	127
PROGRAMAS DE SAÚDE	126
O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO ADOLESCENTE COLOMBIANO (PAISAC).....	130

CAPITULO IV

.....SÍNTESE COMPARATIVA..... 133

1. LINHAS DE AÇÃO DAS POLÍTICAS E DOS PROGRAMAS DIRIGIDOS AO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO..... 134

COMPARAÇÃO DAS LINHAS DE AÇÃO E DOS PROGRAMAS PROPOSTOS PARA OS ADOLESCENTES BRASILEIROS E COLOMBIANOS 137

2. PRINCIPAIS AÇÕES DE SAÚDE DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO 143

COMPARAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO SEGUNDO AS ÁREAS E AS PRINCIPAIS AÇÕES DE SAÚDE 144

3. A ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE NO BRASIL E NA COLÔMBIA 149

3.1.- A ENFERMAGEM NAS POLÍTICAS E NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL E NA COLÔMBIA 154

3. 2.- A ENFERMAGEM NA EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ADOLESCENTES BRASILEIROS E COLOMBIANOS 156

AÇÕES DE SAÚDE QUE A ENFERMAGEM REALIZA NA EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE NO BRASIL E NA COLÔMBIA 153

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....163

BIBLIOGRAFIA.....173

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Na Colômbia, como estudante de graduação de enfermagem, tive a oportunidade de estagiar em comunidades periféricas de baixa renda, realizando atividades de educação em saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como ministrando cursos sobre primeiros socorros, vacinação, comportamento e saúde; e profilaxia sexual.

Observei que nessas comunidades os meninos e meninas iniciavam sua vida sexual, na faixa etária de 11 a 16 anos, e muitas vezes engravidavam. Sem terem conhecimentos prévios, eram levados, geralmente, pela curiosidade ou até mesmo pela indução de maiores.

Posteriormente, atuando como docente de enfermagem e acompanhando alunos de graduação nas áreas de Pediatria e Saúde Mental no desenvolvimento de atividades ambulatoriais, novamente deparei-me com essa mesma situação em estudantes das escolas de 1º e 2º graus de 5ª a 8ª série. Estes estudantes, de 10 a 20 anos, residentes em comunidades marginais, vinham de famílias com problemas de relacionamento, alcoolismo, baixa renda econômica, baixo nível de escolaridade e, geralmente, sem a presença do pai. Muitos destes jovens trabalhavam no período em que não estudavam. Na grande maioria deles jovens observei um desconhecimento sobre planejamento familiar, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, homossexualismo, uso e abuso de drogas e prostituição.

Com a oportunidade de realizar o Mestrado em Enfermagem no Brasil, considerei a possibilidade de desenvolver minha dissertação sobre a temática “Saúde do Adolescente”.

No desenvolvimento de uma disciplina do mestrado denominada "Dinâmica do Relacionamento", tive a oportunidade de fazer estágio em uma escola de 1º e 2º grau no bairro de Copacabana, zona sul do Rio de Janeiro, durante o qual realizei vários encontros com adolescentes e, em seus depoimentos, verifiquei que sua problemática era semelhante à dos adolescentes colombianos.

Toda esta situação me levou, enquanto mestranda, a realizar no ano de 1995 um trabalho intitulado **“Estudo Comparativo da Situação de Saúde do Adolescente**

Latino-americano: Brasil e Colômbia”, no qual, ao contextualizar a problemática de saúde e caracterizar os perfis sócio-econômicos e de saúde dos adolescentes brasileiros e colombianos, concluí que:

- esses adolescentes enfrentam uma situação social adversa devido ao agravamento da crise econômica e à superposição desta crise com as políticas de ajuste neoliberal implementadas nos dois países;
- temos que $\frac{3}{4}$ partes dos **adolescentes brasileiros** encontram-se na zona urbana; enquanto que, na **Colômbia**, 58% dos jovens residem na zona urbana, mas com um percentual ainda elevado na área rural (40%), ficando o restante em comunidades indígenas (1,6%);
- um grande percentual desses jovens se encontram inseridos em **famílias com baixíssimos recursos econômicos**, razão pela qual se vêem obrigados não só a enfrentar carências e privações, mas também à renúncia de alguns dos mais elementares direitos como a Educação, a Saúde e o Lazer;
- esta situação de pobreza muito acentuada faz com que seu **ingresso no mercado de trabalho seja muito precoce, com abandono total ou parcial do estudo**. Este ingresso prematuro do adolescente no mercado de trabalho possui a mesma conotação em ambos os países, na medida em que contribui com a renda percapita familiar, de forma direta ou indireta; e, ao mesmo tempo, representa uma perda social pelo abandono do estudo;
- o ingresso dos adolescentes brasileiros e colombianos no mercado de trabalho, está, portanto, **inversamente** relacionado à situação sócio-econômica familiar - quanto menor a renda per capita familiar, maior probabilidade e necessidade de iniciar-se na vida do trabalho; com relação à idade do adolescente, a maioria destes iniciam suas atividades de trabalho na faixa etária entre 15 e 19 anos;
- as **causas externas** (especificamente os homicídios) são a primeira causa de mortalidade nos adolescentes de ambos os países. Ao analisar os motivos destes homicídios temos que, na **Colômbia**, eles se devem, principalmente, a conflitos

políticos, narcotráfico, guerrilha e guerra entre grupos, pelo qual os homicídios assumem um matiz mais político-social. Já no Brasil, esses homicídios se apresentam por guerra entre chefes das comunidades faveladas urbanas e, pela liderança no tráfico e venda de drogas;

- é importante ressaltar que, nos dois países, os adolescentes convivem com homicídios por “Limpeza Social”, cujas vítimas são meninos e meninas de rua, marginalizados, “descartáveis” pela sociedade, cuja morte fica geralmente, por não falar sempre, na maior impunidade, parecendo que o governo e a sociedade não têm interesse algum em esclarecer e capturar os autores “intelectuais” e materiais dessas chacinas.

Dessa forma, numerosos adolescentes latinoamericanos, submetidos a esse conjunto de condições sociais adversas, passam a integrar um grupo de maior risco, tornando-se mais vulneráveis a inúmeras doenças e agravos à saúde que poderiam ser evitados. Entre essas ocorrências estão as causas externas (acidentes e violências), responsáveis por um grande número de mortes nessa faixa etária; as doenças parasitárias e infecciosas, relacionadas com as más condições ambientais; e as doenças sexualmente transmissíveis, mais ligadas à ausência de informação e de acesso aos serviços de saúde por parte dos adolescentes.

A partir destas dramáticas conclusões, e com o desejo de continuar meus estudos de Pós-graduação no Brasil, minha inquietude seguinte foi como essa problemática do adolescente está sendo enfrentada pelas **Políticas Públicas de Saúde**, e é assim que, seguindo na Linha de Estudos Comparados, encontro-me estudando os Programas de Saúde implementados no Brasil e na Colômbia, em decorrência das Políticas de Saúde, para o atendimento dos adolescentes, assim como a inserção da Enfermagem nestes Programas.

Neste sentido a minha tese é *a problemática dos adolescentes possui como pano de fundo a desestabilização econômica, política e social e que apesar dos avanços que se registram nas Políticas Sociais dos países estudados, ficou demonstrado que essas legislações não tem como se viabilizar em quanto não se façam mudanças estruturais que permitam a*

implementação desses *programas de saúde para os adolescentes Latino-americanos, neste caso do Brasil e da Colômbia*. Meu **objeto de estudo** é, portanto, *as Políticas Públicas de Saúde e os Programas de Atenção à Saúde do Adolescente brasileiro e colombiano*. Este estudo terá como recorte temporal os anos 80 e 90, já que foi nesse período que os governos da América Latina, em particular Brasil e Colômbia, com participação da Sociedade Civil, passaram a desenvolver políticas mais estruturadas e específicas para os adolescentes.

As principais questões que orientaram este estudo foram:

- Quais as principais diferenças e semelhanças entre as Políticas Públicas de Saúde dirigidas ao Adolescente no Brasil e na Colômbia?
- Quais foram os Programas implementados em decorrência dessas Políticas?
- Como se dá a inserção da Enfermagem na operacionalização dos Programas?

Decorrentes dessas questões, foram propostos os seguintes objetivos:

- Caracterizar diferenças e semelhanças entre as Políticas Públicas de Saúde para o adolescente no Brasil e na Colômbia.
- Contrastar essas Políticas com os Programas implementados.
- Discutir a inserção da Enfermagem nesses Programas.

Justificando este estudo, portanto, do ponto de vista da saúde, questões relativas aos adolescentes constituem um desafio para os governantes. É por isso que o ***reconhecimento dos adolescentes como parte integrante dos programas sociais e de saúde***, representa um marco significativo nas políticas e estratégias de desenvolvimento (GONZÁLEZ: 1995; OPAS, 1996, OMS, 1996).

A inclusão dos adolescentes nos programas de saúde é fenômeno recente, não somente na *América Latina*, mas também no mundo inteiro. Ela ocorreu ao ser reconhecido que os enfoques anteriores não davam resposta à relação entre os problemas de saúde e sociais dos adolescentes tais como: adequação ao lugar de origem e de convívio (casas, escolas, trabalho, rua) e a rápida evolução psicossomática. Em vista da complexidade dessa problemática, é necessário adotar um enfoque integral e multifacetado.

A formulação de **políticas e programas de saúde para o adolescente** exige uma visão bio-psico-social do indivíduo, como um ser indissociável. Estas condições reforçam o posicionamento da OMS, ao definir a saúde como *o “bem-estar físico, psíquico e social”*, e nós agregaríamos que não só isso mais **é também ter a oportunidade de desenvolver-se e viver num meio que lhe brinde qualidade de vida, no qual seus mais elementares direitos básicos sejam garantidos, tais como educação, nutrição, moradia, boa saúde física e mental, trabalho, lazer, boas oportunidades para fazer uso de tempo livre e o direito de participação; só assim se dará á saúde a sua correta dimensão, e a do próprio ser humano.**(GONZÁLEZ, 1995; OMS, 1995)

Esta conceituação levou a uma mudança na filosofia quanto ao atendimento das necessidades em saúde, ampliando significativamente a noção de ações assistências ao adolescente. Isto significa que as ações de saúde não mais se limitam ao atendimento em, hospitais e consultórios; alongam-se até a célula familiar, estendendo-se até os meios ambiente e social do assistido. (TELES, 1991; OMS, 1996; OPAS, 1996; DUARTE, 1995).

Esses e outros conceitos atuais, que atribuem, ao menos na teoria, **uma grande abrangência às ações de saúde para o adolescente**, aumentaram ainda mais as dificuldades já existentes nesta área. Este assunto tem uma dimensão não só humana e social, como também política e econômica, que requer a participação ampla e consciente de todos os segmentos da sociedade, e que merece uma reflexão maior de todos nós sobre as nossas responsabilidades, a nossa participação não só discussão, e planeação das metas e dos objetivos a alcançar como também das atividades a realizar para que eles se tornem uma realidade compatível com os documentos produzidos.

Esta tarefa difícil, exige competência, vontade política, esforços conjugados, a criação de parcerias, assim como a participação ampla e efetiva de toda sociedade (organizada e civil), na busca de caminhos e soluções para os problemas de nossos adolescentes. Neste sentido, a Associação Brasileira de Adolescência (1991: 22) afirma que:

“é urgente a criação de uma política para o adolescente, que seja coerente com a nossa realidade, compatível com a nossa cultura, economicamente factível, socialmente aceitável e tecnicamente bem elaborada”

ABORDAGEM METODOLÓGICA

“dessa forma, a tarefa, não é contemplar o que ninguém ainda contemplou, mas meditar, como ninguém ainda meditou, sobre o que todo mundo tem diante dos olhos”

Schopenhauer (1975)

Neste trabalho não pretendemos, em nenhum momento esgotar as discussões relacionadas ao atendimento aos adolescentes brasileiros e colombianos, sejam estas relacionadas **ao desenvolvimento Político-Institucional, às Políticas Públicas de Saúde** bem como **aos Programas de Saúde**. Pelo contrário, nossa ambição foi estudar comparativamente as duas experiências, ressaltando os acertos, desacertos, semelhanças e diferenças. Neste sentido, não consideramos que este trabalho tenha chegado ao seu fim, sendo um ponto de referência para *o início de muitos outros olhares*, de pesquisadores ou não, semelhantes e, melhor ainda, *diferentes ao nosso*.

Nossa abordagem foi de tipo **qualitativo** que adotou a forma de **Estudo Comparado**, fazendo uma análise das Políticas Públicas e dos Programas de Saúde para os adolescentes brasileiros e colombianos, ressaltando a inserção da enfermagem.

É importante ressaltar que a **comparação**, como metodologia de análise, é um procedimento recente na área da saúde. Seu uso neste campo inicia-se na década de 50 com estudos essencialmente descritivos.

Os trabalhos mais representativos do uso desta metodologia na saúde são da autoria de Navarro (1976, 1977, 1983), de Terris (1980, 1986 Vol. I, II, III, IV), de Roemer (1980, 1982, 1984), de Fry (1969), de Illich (1975 e 1984) e de Capra (1982).

Segundo Conill e col (1991), *Navarro* é, provavelmente, o autor contemporâneo mais representativo. Cabe ressaltar que o objeto de seu estudo não é a comparação em si, mas ela aparece como elemento intrínseco à utilização do método materialista-histórico e dialético no entendimento do processo saúde-doença e da organização dos serviços de saúde.

Entendemos comparar como buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos, que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, tendo em vista conhecer determinações, causalidades e inter-relações.

Lakatos e Marconi (1991) falando do método comparativo afirmam que :

"o estudo das semelhanças e diferenças entre diversos tipos de grupos, sociedades e povos contribuí para uma melhor compreensão do comportamento humano; este método realiza comparações com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências".

O **método comparativo** é usado tanto para comparações de grupos no presente, no passado, ou entre os existentes e os do passado, quanto entre sociedades de iguais ou de diversos estágios de desenvolvimento.

Barros (1988) nos aponta **o objetivo central** (final ou neural) **da comparação**, pois, segundo ele:

"comparar não se resume a estabelecer tipologias e nem se dedica a preconizar a cópia ou a transparência das experiências. Trata-se de encontrar referências para a busca de novos caminhos".

A nossa abordagem foi **dialética**, na medida em que considerou as relações do objeto com os aspectos históricos, políticos e sociais. Dessa forma, *as políticas e os programas* estiveram sempre contextualizados em cada país, sendo sua evolução analisada não como um movimento linear, mas de forma dinâmica, considerando seus avanços, recuos e contradições.

Entendemos que a *realidade social*, numa perspectiva dialética, é caracterizada pela mobilidade constante da história, num vir a ser contínuo.

Segundo Demo (1987), a realidade social tem as qualidades de ser provisória, instável, lábil, imperfeita e precária. Cada realização social é apenas uma fase provisória. Cada situação social pode ser superada, transformada e transcendida. É sua condição de ser processual que leva à capacidade de transformação, muitas vezes gerada pelas suas contradições internas.

Entendemos que **a pesquisa qualitativa**, do ponto de vista **dialético**, não fica só na compreensão dos significados que surgiram de determinados pressupostos, nem fica só numa visão simples, superficial e estética da realidade. Ela procura as raízes, as causas de sua existência, e suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico, tratando de explicar e compreender o desenvolvimento da vida humana e de seus diferentes significados. (LÜDKE e ANDRE, 1986)

A abordagem dialética, no contexto das ciências sociais, é usada predominantemente nos países do Terceiro Mundo, por prestar-se melhor para compreender e explicar as contradições e alicerçar o desejo de mudança histórica. (DEMO, 1987).

Concordamos com Lakatos e Marconi (1991), quando afirmam que os acontecimentos e os fenômenos não existem isoladamente, destacados uns dos outros ou independentes, e sim como um todo unido, inter-relacionado.

Nesse mesmo sentido, Stalin (citado por Politzer et al, s.d.: 37) afirma que:

"o método dialético considera que nenhum fenômeno da natureza pode ser compreendido, quando encarado isoladamente, fora dos fenômenos circundantes, porque, qualquer fenômeno não importa em que domínio da natureza, pode ser convertido num contra-senso quando considerado fora das condições que o cercam, quando destacado destas condições; ao contrário, qualquer fenômeno pode ser compreendido e explicado, quando considerado do ponto de vista de sua ligação indissolúvel com os fenômenos que o rodeiam, quando considerado tal como ele é, condicionado pelos fenômenos que o circundam".

Por todo o anterior, consideramos que a abordagem foi a adequada à nossa pesquisa já que as Políticas Públicas de Saúde, os Programas de Atenção à Saúde do Adolescente assim como a Inserção da Enfermagem neles, não são nem podem ser fatos isolados ou independentes e sim encontram-se formando parte de um todo complexo, onde cada um se inter-relaciona com o outro e se condicionam, pelo qual acreditamos que não podem ser estudados e compreendidos isoladamente.

Nesta Pesquisa, **as técnicas** utilizadas foram a **Análise documental e a Entrevista Semi-estruturada.**

A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece um amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo na medida em que se recebem as respostas do informante.

Desta maneira, o entrevistado, ao seguir quase que espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal de interesse da pesquisa, colocado pelo investigador, participa na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A duração da entrevista semi-estruturada é flexível a depender das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e segundo o assunto básico da entrevista ou do estudo.

As Fontes de Dados Primárias estão constituídas pelos **Programas de Assistência à Saúde do Adolescente do Brasil e da Colômbia**, pelas **Leis** e pelas **Políticas** relacionadas à assistência desses adolescentes, assim como pelos depoimentos dos responsáveis (enfermeiros e outros profissionais) pelo planejamento, gerência, acompanhamento e avaliação desses programas. **Como Fontes Secundárias** temos os **Anais de Congressos, Seminários** e outros eventos relacionados com a temática.

As informações recolhidas foram analisadas de forma crítica e coerente, pois a importância não está apenas no achar determinado documento ou informação, mas principalmente na pergunta que o pesquisador construirá para aquele documento ou informação. (LOYOLA, 1993).

Esta pesquisa teve dois níveis de comparação, os quais estão relacionados com a coleta das informações: o primeiro foi no **nível central**, no qual se fez uma análise comparativa das Políticas Públicas de Saúde emanadas do nível central, tanto no Brasil como na Colômbia; e o segundo foi no nível **regional ou local** (Rio de Janeiro, São Paulo e Barranquilha, respectivamente), no qual fizemos contraste e comparação dos Programas de Assistência à Saúde do Adolescente, implementados em decorrência das Políticas Públicas, bem como da inserção da Enfermagem nesses Programas.

CAPITULO I

INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA AMÉRICA LATINA

1. A CONCEPÇÃO SOBRE A CRIANÇA NA SOCIEDADE

As transformações que tem experimentado o conceito criança, especialmente nos últimos anos, tem a ver com o amplo processo cultural de modernização do Ocidente, no qual interferem uma diversidade de aspectos, destacando-se o econômico e o social.(PILOTTI, 1995)

Não se pode ignorar a relevância que a cada dia adquire a contribuição econômica que os meninos de rua traem para dentro dos lares latino-americanos, que geralmente são chefiados por mulheres, geralmente de baixa escolaridade, baixa remuneração e que na grande maioria das vezes a renda familiar percapita é de ½ salário mínimo.

Devido a estas considerações anteriores, os sociólogos, ao querer analisar a criança dentro da sociedade, sentem necessidade de distinguir entre *Criança e Infância*.

O primeiro termo, *Criança*, refere-se ao desenvolvimento da criança individual, através do qual chegará à condição de adulto. Em contraposição, o conceito de *Infância*, localiza-se na dinâmica do desenvolvimento social e corresponde a uma estrutura social permanente, embora se caracterize pelo fato que os atores que a integram o fazem transitoriamente num processo de permanente substituição. (PILOTTI, 1995; ARIES, 1987; DONZELOT, 1990; PLATT, 1977 e CUNNINGHAM, 1991)

Faz-se necessário, ainda, definir ou esclarecer o conceito menor, que até recentemente era empregado para designar de modo preconceituoso as crianças e

adolescentes procedentes das classes populares e que, não raro, habitavam as páginas das reportagens policiais. Crianças e adolescentes “minorizados”, isto é, sujeitos desprovidos da condição de cidadania.

2. A INFÂNCIA LATINO-AMERICANA

O movimento em favor dos direitos das crianças, que consiste na progressiva emancipação e no reconhecimento de seus direitos como ser humano, é recente e origina-se na Europa do Norte, para logo estender-se ao resto do mundo capitalista ocidental.

O reconhecimento dos direitos da criança se insere no desenvolvimento e na prática dos direitos humanos que vai desde o século XVII até a presente data. Este desenvolvimento passou por etapas como o reconhecimento da liberdade (hoje conhecidos como direitos civis e políticos) e o reconhecimento do direito da igualdade (fala-se de direitos econômicos, sociais e culturais).

Atualmente, somam-se a esses o direito que todo ser humano tem ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à paz, e aos direitos dos consumidores. Durante os últimos anos regulamentou-se outros direitos, procurando-se proteger os grupos mais vulneráveis, discriminados e desprotegidos da sociedade, constituídos pelas mulheres, pelas crianças e pelos povos indígenas.

Aylin (1992), nos fala sobre alguns exemplos de legislação - Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) com o objetivo de assegurar seus direitos mais fundamentais.

No *caso latino-americano*, o Ano Internacional da Criança (1989) foi um grande catalisador que impulsionou e respaldou as atividades realizadas pelos movimentos sociais que defendiam as crianças imersas em situação de pobreza. (PILOTTI, 1995)

A realização da *Convenção dos Direitos da Criança*, que coincide com um período de transição política, em alguns países latino-americanos, nos quais se passava da ditadura

à democracia, transcende os dramas particulares e se converte em um unificador do processo de recuperação da democracia. Os desafios assinalados nesta Convenção exigem a criação de diversas estratégias a serem desenvolvidas em numerosas frentes, tais como a legislativa, a ministerial, a municipal, a judicial, e a político-partidária, dentre outras (PILOTTI, 1995).

Na **América Latina**, respeitando as diferenças em cada um dos países, podemos falar de *três momentos ou etapas* quanto *à assistência e à atenção à Infância*:

1. num primeiro momento temos a Filantropia e a Caridade, através das instituições formadas por missionários europeus e que atendiam à chamada infância desvalida. Esta atenção era caracterizada por ser de tipo internato, onde a pobreza era associada a perigo e onde o menor era orientado para a capacitação no trabalho de baixa qualificação. (ANRÍQUEZ, 1994; PILOTTI, 1995; RIZZINI, 1995)

As primeiras instituições para o cuidado da infância, de acordo com as idéias e práticas dominantes na Europa, foram instaladas na América por congregações católicas. Estas instituições de Caridade se localizaram no interior de hospitais, ou próximas a eles, sendo as esmolas e as doações as principais fontes financeiras mediante as quais eram cobertos seus custos operativos.

Nas colônias espanholas, um decreto real de Carlos V ordenou a criação de hospitais de caridade nas principais localidades, assinalando que a caridade cristã devia ser praticada para com os pobres e enfermos. Nestes hospitais recebiam-se os enfermos, as crianças abandonadas e órfãs, os idosos, os vagabundos e os doentes mentais.

Como ilustração citaremos a Quito, Equador, onde é inaugurado o Hospital da Misericórdia de Nosso Senhor Jesus Cristo o dia 9 de março de 1565, e a Santiago de Chile, onde em 1760 se cria o primeiro orfanato graças a uma contribuição especial do Rei de Espanha e em 1853 é inaugurado por a Congregação das Irmãs da Providencia a “Casa de Órfãos”, onde funcionava o sistema de roda.

Como é sabido e demonstrado por numerosos estudos, a maioria das congregações religiosas que se estabeleceu na América Latina era formada por missionários (as) de

origem européia, que além de seu desconhecimento inicial dos costumes locais, tinham a tradição de assistência à chamada infância desvalida, caracterizada pelo seguintes traços:

- o internato em instituições denominadas asilos, era utilizado como principal ferramenta de intervenção;
- a miséria era associada a formas de vida de perigo moral, logo, perigosa para a formação de crianças;
- a atenção era dirigida preferencialmente para menores de 12 anos, inspirada em uma proposta pedagógica orientada para a formação para o trabalho de baixa qualificação.

Já no século 19 e durante as primeiras décadas do século 20, a Filantropia, desenvolvida pelos setores dominantes, em um esforço sistemático para atenuar o conflito social, adquire um papel importante

Este modelo se caracteriza por organizar a assistência, direcionando-a para as novas exigências sociais, políticas, econômicas e morais, que nascem juntamente com a República. As elites da época empreenderam o que poderia ser chamado de campanhas morais contra a miséria, oferecendo uma assistência de caráter tanto facultativo como condicional: em troca de favores concedidos, espera-se a sumiço do beneficiário, assim como mudanças de condutas de acordo com as expectativas da classe dominante.(RIZZINI, 1989)

Num segundo momento, temos a consolidação do Sistema Jurídico-Administrativo, no qual se estabelece a base legal do sistema de bem-estar infantil, que logo sofreria modificações, tomando como modelo "os códigos de menores" propostos nos Congressos Pan-americanos da Criança de 48 e de 59, sendo, até a data particular para cada país, os fatos que justificam ou levam à internação ou institucionalização da criança. (PILOTTI,1995; RIZZINI, 1995; RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995)

Este período situa-se entre as décadas de 20 e 80 e corresponde, aproximadamente, à etapa durante a qual se estabelece formalmente **na América Latina** o alicerce legal, institucional e administrativo do Sistema de Bem Estar Infantil.

A institucionalização mais formal do sistema de assistência à criança é específico de cada país, e este processo tem início, em alguns deles, já a princípios do século, enquanto que em outros é mais tardio. Em geral, esta institucionalização está relacionada com o aumento da pobreza e sua maior visibilidade é consequência imediata do processo da acelerada e desorganizada urbanização, assim como suas seqüelas de abandono e condutas anti-sociais.

Esta situação anterior determina que a burguesia modernizante e a classe operária cheguem a compromissos mediante os quais é atribuído um papel mais intervencionista ao Estado, pela universalização das políticas sociais básicas e a ampliação da rede ministerial-setorial. (PILOTTI, 1995)

É assim como certas profissões (médicos e advogados) têm um papel fundamental no delineamento dos programas estatais de intervenção e no ordenamento jurídico especial, “*O Direito dos Menores*”, normativa encarregada de enfrentar tanto a problemática dos atos anti-jurídicos realizados pelas crianças, como o que se deriva do abandono e da desproteção familiar, situações qualificadas como “irregulares”.

O Direito dos Menores começa a ser ordenado e legislado pelos códigos de menores que promulgam-se em alguns países já desde o início do século, sendo promulgado no **Brasil** em 1927, no Chile em 1928, no Uruguai em 1934 e no Equador em 1938. Nota-se que entre a promulgação dos primeiros códigos (no Brasil e no Chile) e aqueles no resto dos países, há um intervalo de tempo significativo, 10 anos, o que faz com que os Congressos Pan-americanos da Criança recomendem aos países acelerar os esforços relacionados à incorporação do código de menores à sua legislação.

O VII, IX e XI Congressos Pan-americanos da Criança, realizados no México (1935), na Venezuela (1948) e na **Colômbia** (1959), respectivamente, ajudam no desenvolvimento, na codificação e na criação de códigos modelos que serviram de inspiração e referência para os códigos atualmente vigentes na maioria dos países da região pan-americana.

Numa perspectiva operacional, segundo PILOTTI (1995), os códigos encarregam aos tribunais especializados, aos chamados “**tribunais de menores**”, a administração da justiça, os quais deviam desempenhar um papel de proteção e de educação que contrastaria, ao menos em teoria, com as funções repressivas dos tribunais penais para os adultos.

Para a operacionalização desses códigos, faz-se necessário que o juiz de menores deva dominar não só aspectos jurídicos relacionados à infância mas, também, os aspectos relacionados à temática psicossocial do desenvolvimento e da conduta da mesma e que sejam criadas instituições especializadas no recebimento de crianças que, na opinião do tribunal, requeiram proteção e/ou reabilitação.

No início do século, segundo os autores supracitados, considerava-se que o Estado devia desempenhar a função de proteção e reabilitação do menor, além de coordenar, guiar e supervisionar o funcionamento das instituições privadas de bem-estar infantil. O movimento em favor de entregar ao Estado

a condução centralizada da rede nacional de instituições de proteção e reabilitação é tema de inumeráveis Congressos, desde o II Congresso Pan-americano da Criança, realizado no Uruguai de 1919 até 1963, onde os 10 Congressos realizados nesses anos retomaram o tema e insistiram na necessidade do estabelecimento de um escritório central, de caráter governamental, encarregado de oferecer serviços para a infância com carências familiares e/ou em conflito com a justiça.

Num terceiro momento, ainda segundo os autores supracitados, nos anos 70 e 80, se dá o fortalecimento das alternativas não governamentais, muitas das quais orientam seus esforços em procura da melhoria das condições de vida de crianças que vivem em comunidades pobres. O aparecimento destes programas encontra-se relacionado aos efeitos regressivos das políticas sociais e econômicas dos regimes autoritários; ao redirecionamento da cooperação internacional, do setor oficial estatal para o setor não governamental; e à exclusão de vários profissionais das universidades (especialmente das ciências).

3. O ADOLESCENTE LATINO-AMERICANO

A definição do termo **adolescência** apresenta variações dependendo da intencionalidade de quem o define. Oriundo do latim “adolescere”, que significa crescer até a maturidade, é conceituado por OSKI e cols. (1990:742) como:

“o estágio do desenvolvimento humano que envolve a transição da infância à idade adulta.”

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) a define do ponto de vista biológico e psicológico:

“A transformação que experimenta o ser humano na transição da infância à idade adulta, representando um período crucial na evolução biológica e psicológica.”

Do ponto de vista cronológico a OMS define como **adolescentes** “as pessoas de 10 a 19 anos e os jovens as pessoas de 15 a 24 anos. Para incluir os dois grupos se optou por utilizar a expressão ‘**gente jovem**’.

É na adolescência que o indivíduo adquire comportamentos e atitudes significativos, os quais determinam sua integração psicossocial, sua saúde e sua capacidade de produção econômica no futuro. Este é um período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, manifestado por transformações anatômicas, fisiológicas e sociais.

Esta etapa da vida é vista como um dos períodos mais saudáveis, pois o adolescente encontra-se

cheio de energia, otimismo e com grandes desejos de experimentar e fazer mudanças. Mas também é visto pelos adultos como um período crítico, devido aos diferentes estados de ânimo, à rebeldia, aos seus questionamentos quanto às coisas estabelecidas, às grandes interrogações sobre o futuro, principalmente, as que se referem a estudo, mercado de trabalho, emprego e formação de uma nova família.

Os adolescentes devem realizar ou superar várias etapas ou processos como: acostumar-se a um corpo novo e acentuadamente alterado; criar identidades pessoal e social; desenvolver a capacidade de iniciar relacionamentos íntimos; e preparar a base para a independência econômica. (OSKI e cols, 1990).

Infelizmente, muitos não conseguem alcançar esses objetivos devido, principalmente, à morbidade e mortalidade que atinge significativa parcela dos adolescentes latinoamericanos.

Em 1996, a população de adolescentes na *América Latina*, representava, aproximadamente, 21% do total da população. Isto quer dizer que havia 137 milhões de pessoas com idade entre 10 e 19 anos. Esta cifra aumentará, aproximadamente, para 172 milhões de adolescentes no ano 2000, o equivalente a cerca de 20% da população, segundo projeções das Nações Unidas, baseados em estudos da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina). (CEPAL, 1996) .

A análise da estrutura demográfica da população nos mostra que a média de idade na maioria dos países latino-americanos é inferior a 20 anos. Sendo que na Bolívia, Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua, 50% do total da população é menor de 17,6 anos; e no Equador, México, Paraguai, República Dominicana e Venezuela é menor de 19,7 anos. Em 1996, a “**gente jovem**” representava 30% do total da população, o equivalente a 148 milhões, prevendo-se que para o ano 2000 ela será de 166 milhões (OPAS, 1992; CEPAL, 1996).

A região a experimentou, nas últimas décadas, um impressionante aumento da urbanização. Se estima que 75% da população jovem da Região vivia em zonas urbanas em 1995 e que, no ano 2000, 80% dos adolescentes se concentrará nas zonas urbanas. Na Argentina, no Chile, na Venezuela e no Uruguai 90% desta população será urbana e em outros quatro países da Região a metade da população juvenil estará ainda morando em zonas rurais no final do decênio (PAHO, 1997).

Grande parte destes adolescentes se encontram inseridos em famílias de escassos recursos econômicos, morando em domicílios em condições paupérrimas, localizados em bairros marginais urbanos, sem serviços de saneamento, na sua maioria com escassos serviços médicos e sociais (GONZÁLEZ, 1995; OPS/BID,1997).

Somado ao anterior encontramos que, seus laços com a família ampliada e com a rede de apoio

social (quando esta existe nas proximidades) começam a debilitar-se como resultado da migração para as zonas urbanas. Associada a falta de serviços de educação que estimule a sua permanência na escola e o seu rendimento educativo, contribui para aumentar as já elevadas taxas de desemprego e de violência que afetam a Região (OPS/BID, 1997; GONZÁLEZ, 1995).

O aumento da população de adolescentes da Região representa uma demanda cada dia maior e mais complexa para os sistemas de saúde, educação e trabalho. Esta situação se vê agravada pelas migrações urbanas, fundamentalmente nos setores mais marginalizados, o que dificulta ainda mais o acesso deste grupo etário à educação, à capacitação laboral e à inserção no mercado do trabalho, trazendo consigo o aumento da pobreza, da delinqüência, e da violência juvenil.

A **morbidade** na adolescência está relacionada a problemas tais como abusos de substâncias tóxicas e álcool; doenças mentais; delinqüência; doenças sexualmente transmissíveis e suas seqüelas de doença inflamatória pélvica; gravidez ectópica e infertilidade; e gravidez da adolescente (OSKI, 1990).

É motivo de grande preocupação o uso abusivo de substâncias tóxicas, observando-se que a idade de iniciação é cada vez menor. As doenças sexualmente transmissíveis e o aborto são também problemas de alta incidência nessa faixa etária.

As taxas de óbito nos adolescentes são baixas se comparadas com as de outros grupos etários. No ano de 1993, eram de aproximadamente 70 por 100.000 na América Latina e o Caribe. Nos países desenvolvidos as taxas são de 3 a 4 vezes menores às registradas nos países em desenvolvimento, sendo mais evidente na faixa etária de 10 a 14 anos (OPS/BID, 1997). A análise da mortalidade por causas tem as dificuldades inerentes à determinação e ao registro do óbito. Dentre as principais **causas de óbito nos adolescentes latino-americanos**, independente do sexo, encontram-se em ordem decrescente: suicídios, doenças relacionadas ao processo reprodutivo, tumores malignos, influenza, pneumonia, enterites e tuberculose. As três últimas causas não deveriam figurar no grupo etário, e sua presença denota o atraso sócio-econômico e insuficiência na cobertura de serviços de saúde (MADDALENO, 1990; PAHO, 1996; González, 1995; OPS/BIC, 1997).

Os óbitos nos adolescentes são devidos, principalmente, às causas externas, que incluem os homicídios, acidentes e suicídios. No ano de 1993, as causas externas causaram mais mortes que a soma das mortes devido a doenças infecciosas do aparelho circulatório e tumores (PAHO, 1996).

Se comparado ao afirmado por OJEDA (1985a:5) na análise dos dados da Oficina de Estatística de Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), podemos concluir que o perfil das causas dos óbitos não sofreu mudanças significativas pois,

segundo ele, as **cinco primeiras causas de óbito nos jovens de 15 a 19 anos na América Latina são:**

“acidentes, como a primeira causa de óbito, representando entre 45 e 60% nos homens e 16 e 45% nas mulheres. Como segunda causa de óbito entre os homens, encontram-se os homicídios e suicídios, e nas mulheres as complicações da gravidez, parto e puerpério.”

Os acidentes de trânsito continuam aparecendo como **primeira causa de morte entre os adolescentes de 10 a 14 anos**, seguidos da violência, dos tumores malignos e das doenças infecciosas. Já para **os de 15 a 19 anos de idade**, as principais causa de óbito são os acidentes, os homicídios, os suicídios, os tumores malignos, as doenças do coração, e as complicações da gravidez, parto e puerpério (PAHO, 1996).

Segundo afirmativa da OPAS, as sociedades contemporâneas, entre elas as três Américas, são **“sociedades jovens”**, e precisam de uma capacidade inovadora e criativa para dar resposta e solução aos problemas cada vez mais agravantes deste grupo etário.

A OPAS (1999) continua afirmando que os governos têm ciência da importância desse grupo etário e de sua vulnerabilidade, e que tal fato tem relação direta com o futuro de um país. Nisto fundam-se as iniciativas para a criação de programas e ações de saúde voltadas para o adolescente.

4. O ADOLESCENTE BRASILEIRO

Num plano mais específico, ou seja dos países entre os quais faremos a comparação, temos que o **Brasil** ocupa uma área de 8,5 milhões de km² e tem fronteiras com quase todos os países da América do Sul. Segundo estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 1991 havia 150.051.784 habitantes, dos quais 23,12% eram constituídos de adolescentes, o que equivale, em números absolutos, a 35.112.117. Destes, 11,66% eram do sexo masculino e 11,71% do sexo feminino. (OMS, 1999).

Diversas fontes, entre os quais destacamos MAAKAROUN (1991) e OMS (1999), nos mostram que as migrações sucessivas têm sido uma constante na vida dos brasileiros

em sua busca natural de melhores condições de vida. Mas, para *o adolescente dentro do cenário de pobreza*, essas migrações podem representar um agravamento das condições sócio-econômicas, além da perda de suas próprias raízes, num momento crucial em que este vivencia o estabelecimento de sua identidade. As conseqüências constituem, muitas vezes, o abandono, a delinqüência, o crime e a prostituição.

Somem-se a estas os riscos e os agravos aos quais este grupo populacional está exposto; a vulnerabilidade inerente a esta fase de transição; a falta de participação e de opções na sociedade em que vivem. (MENEZES, 1991, OMS, 1999, PAHO, 1996).

Quanto às causas dos óbitos nos *adolescentes brasileiros*, temos as causas externas, em primeiro lugar, sendo que os homicídios e as lesões por acidentes de trânsito ocasionaram, em conjunto, 63% destas mortes, e que estas ocorrem com maior freqüência no sexo masculino e com maior incidência na faixa etária de 15 a 20 anos, à qual corresponde o assustador percentual de 93% por homicídios e 74% dos óbitos decorrentes de acidentes de trânsito. Segundo dados de 1993, correspondem a este grupo etário 53% dos óbitos por causas mal definidas no grupo de 10 a 14 anos e 70% no grupo de 15 a 19 anos.

Como vimos, entre as causas de mortalidade, prevalecem as mortes por causas violentas, associadas à gravidade dos problemas psico-econômico-sociais que enfrenta essa camada da população. Seguem, em importância, os homicídios; os suicídios; os acidentes por veículo a motor; as complicações da gravidez, parto, aborto e puerpério; afogamento e ingestão de drogas. (MAAKAROUN, 1991, OMS, 1999, PAHO, 1996).

Outro problema de saúde deste grupo etário, que chama a atenção devido ao veloz aumento registrado, é o uso de drogas. Segundo resultados de levantamentos realizados em escolas de primeiro e segundo grau de 10 capitais brasileiras, nos anos de 1987, 1989 e 1993, as drogas mais consumidas, segundo ordem de consumo, são: álcool, tabaco, dissolventes, ansiolíticos, anfetaminas e maconha. Em 1993 se entrevistaram 24.634 estudantes, dos quais 23% haviam utilizado drogas pelo menos uma vez e 19% consumiam álcool com freqüência.

Ao analisar as *condições de vida* destes adolescentes brasileiros, tomamos como referência o comportamento de alguns indicadores sociais. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1997 67,7% dos menores de 18 anos viviam em domicílios cuja *renda mensal per capita* não ultrapassava meio salário mínimo.

Quanto à *educação*, temos que este perfil apresentou uma melhoria significativa nas últimas décadas, com redução do analfabetismo, aumento do número de matrículas e crescimento da escolaridade média da população. A taxa de escolaridade para os adolescentes inseridos em famílias com renda per capita de mais de dois salários mínimos era de 73%, e para os de famílias mais pobres era de 37%. O aumento crescente do número de adolescentes que *abandona e/ou se evade da escola*, associado à repetência, aponta para a preocupante situação do sistema educacional (GONZÁLEZ: 1995).

Segundo JUNQUEIRA (1991) a situação encontra-se associada à incorporação, cada vez mais cedo, do adolescente ao *mercado de trabalho*. Em 1997, 37,8% da população entre 10 e 17 anos, era *economicamente ativa*, desempenhando ocupações de baixa qualificação, maior risco no trabalho e com salários mensais inferiores a ½ salário mínimo.

Segundo organizações como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1992), na publicação “O Menor e a Pobreza”, estima-se em 4 milhões os *menores abandonados* no Brasil. Destes, 800 mil fazem das ruas seus lares e locais de trabalho. Em 1990, mais de 900 crianças e adolescentes foram assassinados nas ruas das metrópoles brasileiras.

Esses dados mostram-nos que **os adolescentes brasileiros** desenvolvem-se em condições pouco dignas e humanas, constituindo um grande grupo de alto risco social, merecendo, assim, a atenção governamental e o engajamento de todos os profissionais da área social, com destaque para os de saúde.

A importância demográfica desse grupo etário, sua vulnerabilidade aos problemas de saúde, bem como as questões econômicas e sociais em suas vertentes na educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)

5. O ADOLESCENTE COLOMBIANO

A **Colômbia**, que em nosso estudo é o país com o qual faremos a comparação, tem uma extensão de 1.141.748 km², possui parte do sistema montanhosos Andino, e como a maioria dos países latino-americanos, sua população de adolescentes representa cerca de ¼ da população total.

De acordo com o Departamento Nacional de Planejamento, (DNP), a população colombiana no ano de 1995 era de 45.294.603 habitantes, dos quais 49,5% são homens e 50,5% mulheres e a população urbana corresponde a 71% do total.

Do total da população, 21,7% (7.441.929), correspondem à faixa etária de 10 a 19 anos, dos quais 11,3% (3.864.954) estão entre 10 e 14 anos, e 10,4% (3.576.965) entre 15 e 19 anos.

Segundo o Departamento Nacional de Estatísticas do Ministério da Saúde (DANE) e a Presidência da República de Colômbia (1995), 40% dos adolescentes colombianos encontra-se em situação de pobreza; 31,3% vive em condições de miséria e 70% mora na zona urbana. Isto nos mostra o grande número de adolescentes colombianos que são obrigados pelas circunstâncias a levar uma vida de privações, limitações e renúncias.

No ano de 1995, segundo o Departamento Nacional de Estatísticas do Ministério da Saúde (DANE, 1997), a primeira causa de mortalidade entre os adolescentes colombianos era o binômio formado pelos homicídios e as lesões físicas causadas intencionalmente por outra pessoa (22,3%). Isto é reflexo das situações de extermínio e matanças de adolescentes assim como a onda de violência geral de nossos países. Entre as demais causas de mortalidade neste grupo etário temos: acidentes por veículos (16,7%); outros acidentes, como afogamentos, sufocamento e corpos estranhos (8,3%); e leucemia (4,6%).

Relatórios de pesquisas sobre a **evasão escolar** demonstram que uma em cada quatro crianças que iniciam o primeiro grau não termina os estudos, e seis em cada dez não terminam o segundo grau (DNP, 1997); isto nos mostra que a deserção escolar é um grave problema nesta faixa etária. Quanto à assistência à escola as pesquisas apontam que 73% dos adolescentes entre 10 a 14 anos e 40% entre 15 e 19 anos a freqüentam. (DANE, 1991, DNP, 1997, GONZÁLEZ, 1995).

Neste sentido, gostaríamos de ressaltar dois aspectos primordiais. Um que **o sistema educativo** não se encontra preparado adequadamente para manter o interesse dos adolescentes, **respondendo às suas expectativas e necessidades educativas**, mantendo assim engajados nas atividades educativas. O outro aspecto a ressaltar é que é a idade de maior evasão escolar, talvez devido à cada vez maior **necessidade de ingressar prematuramente no mercado de trabalho**.

Grande proporção da população jovem carece de meios para desenvolver suas potencialidades, pois não dispõe de acesso à educação (formal ou informal) que lhes prepare para tomar decisões corretas nos momentos críticos de uma etapa que lhes é difícil.

Calcula-se, segundo estatísticas sócio-demográficas colombianas do Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que 41% do total da população (12.454.000 habitantes) não supre suas necessidades básicas, pelo qual **o adolescente colombiano encontra-se cada vez mais exposto a uma crise social e em situações de abandono, maltratos físicos e psicológicos, distúrbios no comportamento e delinqüência, carências afetivas, vícios, falta de identidade e de valores como o respeito, a harmonia, a solidariedade e a dignidade**, entre outros. (ICBF, 1994).

Muitos adolescentes, expostos a estas condições de vida e a modelos de socialização que promovem a competitividade, o consumismo e a obtenção de bens materiais por qualquer meio, terminam excluídos da sociedade. A delinqüência juvenil é uma das conseqüências mais visíveis desta problemática.

Por conseguinte, o ICBF (1994:15) manifesta que:

“el adolescente frente a esta situación, generalmente se asocia con otros para hacer tránsito hacia el pandillaje con sus connotaciones de permanencia en la calle, evasión del hogar, prostitución, consumo y tráfico de drogas, sicariato e otras formas de conducta delictivas”.

Segundo estatísticas do ICBF, de cada 1.000 jovens na faixa etária de 12 a 18 anos, 4 são levados ao juizado de menores. Estes dados demonstram a situação preocupante, pois **a problemática sócio-econômica do país causa maior impacto nos jovens de**

setores mais pobres, que são os que tem maior densidade de população jovem. Desta forma, ocorre a formação de uma camada social com uma realidade específica, com comportamentos e problemas particulares, que incidem de forma radical sobre a sociedade e sobre as perspectivas de desenvolvimento. (DANE - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). Mais recentemente, no ano de **1994**, segundo o DNP e o DANE, 19.250 jovens entre 12 e 17 anos foram julgados e reclusos institucionalmente. **Estes jovens apresentam um índice de reincidência de 85%, dando como resultado um congestionamento das instituições de reclusão juvenil.**

Apesar disso, as políticas e programas para a juventude são insuficientes para dar resposta às necessidades e às características desta população, especificamente por ser este um grupo marginalizado das decisões políticas e sociais. Por isto, faz-se urgente a criação de programas que possibilitem e ofereçam melhores condições e oportunidades de vida e de desenvolvimento ao adolescente, permitindo-lhe participação direta.

6. POLÍTICAS PÚBLICAS

Em um sistema capitalista, como é o da maioria dos países latino-americanos, a economia de mercado, a livre concorrência, e a organização da economia que visa a apropriação da produção pelo lucro, gera diferenças sociais acentuadas. Dessa forma, poucos acabam tendo muito, enquanto que muitos acabam tendo pouco: às vezes tão pouco que não têm o suficiente para sobreviver com dignidade. Na tentativa de diminuir os efeitos dessas graves diferenças criadas pelo o sistema capitalista, os governos promovem sua ação política em setores determinados (Castro, 1992).

Essa ação política é denominada de Política Pública Compensatória, no intuito, portanto, de compensar as referidas diferenças. Podemos dizer que existem Políticas Públicas quando um governo define sua atuação em um setor de interesse da sociedade. Mais especificamente, a política pública tenta promover um benefício social. Geralmente, esses benefícios sociais são promovidos pelos governos, e têm como destinatário uma parcela da população. No caso das Políticas Sociais, esses benefícios ou serviços, via de regra, estão dirigidos àquela parcela da população excluída das possibilidades de acesso ao “mercado” no sistema capitalista.

Ao conceituar e caracterizar *Políticas Públicas*, existe uma dificuldade, pois no idioma português só se dispõe da palavra *Política* para definir dois diferentes conceitos: um mais amplo, que se refere a fenômenos que ocorrem em um plano mais abrangente, no nível do relacionamento do Estado com a Sociedade; e outro que se refere mais a

planejamento e implementação de medidas, práticas e estratégias, de forma mais específica ou em âmbito mais restrito.

Já na língua inglesa encontramos os vocábulo *politics* que define o nível de relacionamento entre o Estado e a Sociedade e o termo *policy* para quando fazemos referência ao plano mais restrito, à implementação de estratégias e praticas.

Segundo Easton (1953:129), as **Políticas Públicas** são:

“a alocação, com base na autoridade, de valores para toda a sociedade”.

Esta autoridade é exercida por aqueles que têm ou que estão no (ou com o) poder político e cujas decisões têm legitimidade.

As **Políticas Públicas** também são definidas como um programa projetado de metas, valores e práticas (Lasswel e Kaplan, 1970), e, neste sentido, Carl Friedrich (1963) afirma que é essencial para o conceito que haja uma meta, objetivo ou propósito.

A noção de Políticas Públicas deve incluir todas as ações do governo, e não apenas as intenções explicitadas pelo governo e seus funcionários. Já que políticas públicas são tudo ou qualquer coisa, que os governos escolham fazer ou não, devem também ser consideradas como políticas a inação e a omissão governamentais (o que o governo escolhe não fazer), uma vez que essa inação ou omissão pode causar um impacto tão grande sobre a sociedade quanto a ação.

O campo das Políticas Públicas define-se quando há pessoas cujas vidas são atingidas, de algum modo, por aquelas decisões que são chamadas de decisões públicas.

A ação governamental se traduz em políticas públicas, com destaque para as políticas sociais que têm por objetivo diminuir a desigualdade social.

Dentro de um quadro de dívida social, *a criança e o adolescente são os mais atingidos pela desigualdade. A criança e o adolescente são a principal prioridade no discurso governamental*, que também assumiu, explicitamente, a meta de minimizar a desigualdade social (FINEP, 1991).

Além disso, o tema *criança e adolescente* tem a capacidade articuladora em relação a todos os setores sociais. Ao seu redor reúnem-se, por exemplo (pelo menos em tese), os Ministérios da Educação, Saúde, Trabalho, Justiça e Esporte sob a liderança do

Ministério da Ação Social. Os principais temas sociais educação, violência, saúde, habitação, nutrição, entre outros, tornam-se mais mobilizadores se referidos à questão da criança e do adolescente (FINEP, 1991)

Apesar disso, *as políticas públicas e os programas sociais para a juventude* são ainda insuficientes para dar resposta às necessidades e às características desta população, especificamente por ser este um grupo marginalizado das decisões políticas e sociais.

CAPITULO II

DESENVOLVIMENTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE

“...de todos os infortúnios, o da infância abandonada ou culpada é o mais digno de nossa solicitude. Os doentes, os alienados e velhos são certamente carecedores de todo o interesse; mas, a maior parte desses é composta de pessoas já no declínio da vida. O menor abandonado, ao contrário, vai crescer: segundo a educação que receber tornar-se-á um perigo para os que o cercam, ou um honrado capaz de formar, por exemplo, núcleos de homens de bem”

Prof. Candido Motta.

Deputado pelo Estado de São Paulo, 1909.

Nosso propósito neste capítulo, é fazer uma reconstrução das relações que se dam entre os atores principais que conformam o universo das *políticas para a infância*

e a adolescência. Estes atores são: Políticas Públicas, Movimentos Social e Mundo Jurídico-Institucional.

Este recorrido o iniciamos com um fragmento do discurso do Prof. Candido Motta datado de 1909, que nos mostra como aparece, já no discurso já em algumas ações, a preocupação pelas crianças e pelos adolescentes. Esta preocupação a encontramos a nível mundial e se da quasi simultaneamente nos diversos países.

1. NO MUNDO

Esta reconstrução a iniciamos no ano de **1899**, ano em que se cria o primeiro **Tribunal de Menores em Illinois**, EUA, e é a partir deste momento que a categoria **infanto-adolescência** começa a adquirir a sua especificidade, passando assim a merecer um tratamento diferenciado em todos os planos, especialmente no jurídico. (ARANTES: 1990)

A criação deste Tribunal de Menores traz como transformação significativa o surgimento de um novo modelo de controle social-penal dos menores, os quais se encontravam e eram **‘tratados’** no interior do modelo global de controle social dos adultos.(ARIES :1981)

O processo que vai da **criação** do primeiro **Tribunal de Menores**, em 1899 á **Convenção Internacional dos Direitos da Criança** em 1989, constitui uma longa caminhada **cujá manifestação final** é a **ruptura** (algumas das vezes só no papel e muito pouco na realidade mesma) que se da entre os processos anteriores de atenção ao menor junto e como um adulto e o surgimento de um modelo de controle e atenção específico para o menor.

Este processo se da na medida em que **o menor passa de ser objeto de compaixão-repressão** e passa **a ser criança\adolescente, reconhecidos como sujeitos pleno de direitos**. Isto que deveria ser um fato de regozijo e alegria não pode ser-lho, pois mesmo hoje em dia (em pleno 1999),observamos que grande parte dos **‘Direitos’** preconizados e

reconhecidos nesta Convenção, e ratificadas em outras Convenções e conseqüentemente em Legislações (nacionais e internacionais), não ham conseguido sair do papel e se transformar numa realidade, razão pela qual **o adolescente e a criança seguem sendo objetos de compaixão com alguns direitos reconhecidos.**(ARIES: 1987)

O movimento dos **Reformadores**, é **o movimento social** que provoca a primeira *grande ruptura no campo da política da infância*. Suas bandeiras de luta as constituíam as condições de vida nas prisões onde menores e adultos eram alojados conjuntamente de forma indiscriminada, e a ausência de normas específicas. Em um período de tempo relativamente curto este movimento consegue transformar em realizações concretas todas suas propostas. (ARIES: 1987)

Nos **EUA**, um grupo de administradores da questão penal, quantitativa e qualitativamente importantes, determinam a fusão do mundo jurídico e do Estado numa comunidade de ações e de interesses comuns para o benefício da infância.

Um avanço claro se estabelece, o disposto enfática e normativamente para os menores não seria trasladado para o mundo dos adultos. Graças a isto se estabelece uma relação fluida entre os Reformadores, o Estado e o mundo jurídico, não só nos EUA mais também na Europa. É assim como entre **1900 e 1925**, a idéia e a prática de uma jurisdição específica para os menores é um fato consumado no âmbito da cultura jurídica ocidental. (Atas: 1911)

2. NA AMÉRICA LATINA

No contexto **latino-americano**, os **códigos penais** de corte retribucionista utilizavam o *discernimento* como único critério para decidir a imputabilidade ou não dos menores a quem se atribuía autoria de infração penal, estes códigos eram inspirados nos modelos espanhol e francês.(FALEIROS, 1.992a)

Além da aplicação do critério do discernimento, os códigos panais dispunham que a condição de **menor** determinava por si mesmo algum tipo de redução da pena. Mais este

sistema não dispunha de nenhuma diferença enquanto ao lugar onde se devia pagar a pena, que geralmente era a privação da liberdade, a que se era cumprida então nas mesmas instituições penitenciárias destinadas para os adultos.(Atas, 1912; FALEIROS, 1.992a)

É assim como *as espantosas e inumanas condições de vida que as prisões ofereciam aos menores*, se constituiu na bandeira de luta mais importante dos Reformadores latino-americanos. Os frutos desta luta em favor do menor se fazem visíveis entre **1919 e 1939**, quando são introduzidas *nos distintos países latino-americanos* legislações específicas; sendo o primeiro instalado na Argentina e o último na Venezuela. **Mais lamentavelmente tudo isto só ficou no papel e no plano ideológico mesmo, pois não foram realizadas transformações ou mudanças que possibilitaram a viabilização ou operacionalização destas legislações ou programas.**(PLATT, 1977, FALEIROS, 1992a, FALLETO, 1989)

Posteriormente, nos **anos 40 e 50**, encontra-se a lenta agonia do modelo proteccionista\salvacionista. Esta década se caracteriza por instaurassem na América Latina projetos estatais e distribucionistas de desenvolvimento, que produzem um forte impacto no campo das políticas sociais. Além de tudo, as **políticas sociais** começam a fazer parte do âmbito das **políticas públicas**. (CASTAÑEDA,1993)

A assistência que era exercida por instituições de caridade é trazida para o âmbito do estado. O processo é complicado e demorado, as tarefas de promoção social e algumas tentativas de promover uma certa autogestão dos problemas sociais começam a figurar entre as tarefas do governo. Devido a isto o assistencialismo e a caridade se retraem para áreas delimitadas e muito específicas como meninas cegas, deficientes, etc. (CALDERÓN, 1990)

A participação popular é inibida pela formulação e execução de políticas sociais amplas concebidas através de metodologias verticais e centralizadas. Os movimentos sociais não são capazes de se opor a esta classe de políticas formuladas.

Devido às políticas sociais distribucionistas das décadas do **50 e do 60**, diminuía de forma notável o peso da função que o estamento jurídico tinha nas políticas para a infância.

Podemos definir as **garantias jurídicas** como *a concepção da infância e da adolescência como sujeito pleno de direitos*. Mais estas garantias a grande maioria das vezes não figuram na agenda das políticas sociais, o que normalmente permitia e permite ainda hoje em dia, que muitas vezes sejam negadas e violentadas as garantias e os direitos mais elementares do menor. (CILLERO, 1994, FERNANDES, 1992, FORTALEZA, 1897)

A partir da **década do 60**, se nota uma lenta e inexorável crise das políticas distribuicionistas. A **crise fiscal do estado** provoca o **esvaziamento das políticas públicas**; nos países onde existe a rede dos serviços públicos, esta sofre uma enorme deterioração sendo reduzida ficando em muitos casos em uma mera aparência e em uma função simbólica. Nos outros países a crise reduz as cifras de assistencialismo e de caridade e consolida a já existente cultura da pobreza. (CILLERO: 1994; CALDERÓN: 1990; FALEIROS: 1992a; FORTALEZA: 1897)

É neste contexto que começam a **surgir movimentos sociais** de luta pelos direitos da infância e da adolescência com padrões políticos e ideológicos próprios.

A **inexistência de recursos** para o setor da **infância e da adolescência**, situação esta que é produzida pela crise e principalmente por uma mudança radical de prioridade na provisão e alocação de recursos, **é substituída** por uma **ilusão** de políticas sociais.

Os **movimentos sociais** dedicados á defesa deste grupo etário crescem, os quais continuam agindo durante e após dos governos ditatoriais, se organizam e se capacitam tecnicamente. Estos movimentos sociais se afastam do estado e do mundo jurídico, deixando assim de influir sobre as políticas públicas; mais se vinculam e se projetam no plano regional e no plano internacional. (CLAEH, 1989)

Como conseqüência desta crise, o estado reduz dramaticamente, sua intervenção no campo das política social e surge assim o estado subsidiário; nesta época se da a fragmentação na visão dos problemas o que leva a um enfoque fragmentado das respostas que o nível atual da crise eleva á categoria de atomização, permitindo assim explicar as características das relações entre o estado, o movimento social e o mundo jurídico. (CLAEH, 1989)

3. NO BRASIL

Os primeiros olhares para a Criança

Para se compreender a **estruturação das políticas públicas relativas à infância e à adolescência no Brasil**, é importante que se resgate historicamente a forma como se tratou da questão do **menor**. Este termo está sendo utilizado em concordância com o período que está sendo examinado. Temos consciência de que o mesmo contém conotação pejorativa e era este o sentido que tinha e em que era utilizado em recente período histórico. No entanto, deve ser entendido com as ressalvas do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A este respeito, tomando-se como referência **os contextos sócio-econômico do Brasil colonial e imperial**, pode-se constatar a inexistência de instituições especializadas no trato das questões sociais, o que pode ser atribuído à natureza e estrutura sócio-econômica da unidade colonizadora não havendo, por conseqüência, preocupação com a marginalidade social.

A este respeito, como afirma Gilberto Freire (1977: LXIV):

“a casa-grande, completada pala senzala, representa todo um sistema econômico, social, político.(...) Foi ainda fortaleza, banco, cemitério, hospedaria, escola, santa casa de misericórdia amparando os velhos e as viúvas, recolhendo os órfãos”.

A **família** representa, nesta época, o universo auto suficiente que tudo produz, (“com exceção da pólvora e do sal”), a todos acolhe, e porque a casa-grande é um complexo com funções de hospedaria e de santa casa.

Deste modo não há abandono, não há desamparo, **não há infância desvalida**. Há dominação, certamente, mas com parte integrante do sistema vigente, que se estabelece

sobre relações sociais primárias, subjetivas e clientelistas, ou seja, as mesmas que sustentarão as futuras oligarquias rurais.

Além da ordem geral da sociedade, a estrutura patriarcal da família acolhe e desempenha as funções de *assistência social*, o modelo de organização produtiva garante a função agregativa, pela necessidade de mão-de-obra. O modo de produção e as relações sociais daí decorrentes possibilitam que todo o indivíduo, mais do que uma boca, represente um braço a mais.

Deste período pode-se destacar que, embora tenha prevalecido este tipo de estrutura social, constata-se algum esforço de suplementar a iniciativa particular com *políticas públicas relativas à infância*. Exemplo disto foi a representação que o Governador da incipiente Colônia, Antônio Paes de Sande fez ao Rei sobre a situação dos enjeitados da cidade do Rio de Janeiro em 1693, que dadas às suas condições, estavam morrendo sem atendimento. A ordem do Rei foi que os oficiais da Câmara tomassem as providências, o que não aconteceu sob a alegação de falta de recursos e a ordem :

“descansou na Santa Casa que, já então, costumava atender aos que eram deixados à sua porta ou eram órfãos de doentes falecidos em sua enfermarias”(FUNABEM, 1984:3).

As ações de iniciativa do **setor privado** eram expressivas, como a *Roda dos Expostos ou Roda dos Enjeitados*, que se instalam junto às Santas Casas. *A roda* foi uma instituição vinda de Lisboa, a qual era um cilindro com uma abertura onde era colocada a criança, depois girando para dentro, enquanto o adulto batia à campanha e se afastava rápido para fugir à identificação; a primeira foi instalada na Bahia em 1726 e no Rio de Janeiro foi em 1740. (Flores, 1985).

Do ponto de vista da *constituição da cidadania* estas colocações sugerem que, nem a estrutura patriarcal, mesmo sendo interessadamente acolhedora, *evitou o abandono, deixando assim de ser construída já na infância a cidadania*.

Neste contexto fica evidente que o *Estado não está presente no trato da questão social através de uma política pública efetiva*. De um lado porque não dispõe de estrutura para a prestação de serviço, e de outro porque as demandas são atendidas pela iniciativa privada ou pela organização do poder local. Contudo, *as providências tomadas com vistas a garantir a sobrevivência de seres humanos não significa o compromisso com a cidadania.*(RIZZINI, 1995)

As **ações** são identificadas como atos caridosos, que em vez de resgatar a dignidade do beneficiado, a maioria das vezes o coloca na dependência e na subserviência e sempre entre os clientes submissos.

Desta situação, pode-se concluir que, *a política de atenção à infância e à adolescência confunde-se com a própria organização sócio-econômica deste período*. As relações de poder e o modo de produção em bases patriarcais ou semi-feudais não provocam o desajuste social da família e/ou o abandono dos filhos. Fatos como o da Roda dos Expostos reforçam a afirmação de que *a própria sociedade com suas instituições não governamentais ou civis, desempenham a função que futuramente passará à competência do poder público.*(RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995)

Esta situação, vai permanecer por muito tempo, pois a estrutura do sistema social e a organização econômica se mantêm inalteradas, e mesmo o incipiente processo de urbanização não apresenta ainda os problemas que virão mais tarde com a intensificação do êxodo rural; Costa sintetiza este período histórico observando que :

“Durante todo o período colonial e ao longo do Primeiro e Segundo Impérios, não tivemos no País instituição pública que atendesse à chamada infância desvalida. Na divisão do trabalho social essa tarefa, historicamente coube em primeiro lugar à Igreja. Logo com as Santas casas de misericórdias, congregações e confraria formavam o conjunto de obras de benemerência com que, durante os quatro primeiros séculos de nossa evolução histórica, o Brasil enfrentou a chamada questão do menor”.(Costa, 1990: 81)

Em suma, neste período, o Estado é incipiente e sua ação ainda é imperceptível. *Os atendimentos*, que substituem *as políticas públicas*, são objeto da iniciativa privada, seja pela fragilidade do Estado, seja pelo predomínio das instituições sociais civis.

Considerando que a *democracia representativa ou direta, e a cidadania ativa ou indireta* são feitas com canais abertos para as demandas ou para as respostas, pode-se observar que isto nem sempre foi possível na evolução da sociedade brasileira. Ou porque não havia as demandas, em razão da própria engenharia social, ou porque as respostas emanaram de grupos de interesse restrito. Desta forma as políticas ou providências oficiais contribuíram para reforçar os traços elitistas da distribuição dos bens sociais.(FALEIROS, 1995; RIZZINI, 1995)

Nestas circunstâncias, a soberania popular, e a vida do cidadão se caracterizam muito mais como uma **não-cidadania**, porque, como observam diversos autores (Faoro, 1976; Holanda, 1968; Uricoechea, 1978; Ferrari, 1981; Quirino, 1980; Benevides, 1991), *em tempos de democracia escassa e de cidadania fictícia, o povo também não existe.*

Do Código do Menor à criação do SAM

É comum afirmar-se que a emergência da **questão social**, no Brasil, está relacionada com o processo de urbanização e industrialização e, por conseqüência, o **problema da infância e da adolescência** vai tornar-se mais complexo a partir destes fatos que ocorrem por volta de **1930**. Coincidentemente ou por necessidade, é a partir da década de 30 que surgem providências oficiais, como o reconhecimento do Serviço Social acompanhando o processo de urbanização e de industrialização, da presença política das classes fundamentais (burguesia e proletariado) e do reconhecimento de suas reivindicações em face dos níveis de exploração.(ARANTES, 1995; FALEIROS, 1995).

O surgimento do **Serviço Social** é significativo para a denominada questão social. Representa uma alteração na perspectiva do atendimento dos desvalidos que até esta época se dava no interior da família extensa, pelas confrarias, irmandades e

congregações sem a institucionalização dos serviços e sem a presença de técnicos da área.

O surgimento do Serviço Social está relacionado com as atividades sociais da Igreja Católica, através da mobilização do movimento leigo, preocupado com a presença no cenário político dos operários urbanos. Este grupo social passa a receber a atenção do apostolado leigo católico, que até então se identificara com a burguesia e aristocracia agrária onde se situam **os poderosos e os caridosos da época**. A ação católica vê a oportunidade de preservar os valores da classe dominante e as virtudes cristãs, como a harmonia, a colaboração e a solidariedade, substitutos ideais da luta de classes e da prevenção da pobreza.

Nestas circunstâncias, o

“Serviço Social surgirá como um departamento especializado de ação social, que deve funcionar como alternativa à caridade e à repressão” e como prática preventiva “com vistas à cristianização da ordem burguesa”(Raichelis, 1988: 64).

Como se vê, o surgimento do Serviço Social pode ser entendido como uma forma de atender demandas que emergem na sociedade urbana, mas também como oportunidade de se institucionalizar uma ação identificada como caridade da iniciativa privada. Deste modo, mesmo quando o Estado regulamenta a nova profissão e cria no seu interior os serviços específicos de atendimento dos segmentos marginalizados, não elimina o seu caráter assistencialista, contando entre os profissionais inclusive com o predomínio do elemento feminino, como já o fora nos grupos maioritariamente femininos da Ação Católica.

Por esta razão, explica-se em parte porque o trabalho com as crianças e adolescentes, principalmente com os mais necessitados, está **obrigatoriamente** relacionado com **instituições confessionais e o segmento feminino**, de um lado e, com o **caráter assistencialista**, de outro.

Além do surgimento do Serviço Social e da cooptação de organizações sociais, outros fatores intervêm na questão social, principalmente aquela específica da *infância e da adolescência*. Nesta época a questão dos **menores** começa a ser enfocada sob outro ângulo, com o início do funcionamento do **Juízo de Menores** criado pelo **decreto nº 16.272, de 20 de Dezembro de 1923**, que estabelecia nova sistemática e padrão relativo à prática jurídica com o menor, e com a entrada em vigor do **Código de Menores**, o primeiro da América Latina, elaborado pelo jurista **Mello Mattos em 1925** (aprovado pelo **Decreto Executivo nº 17.943A. de 12 de Outubro de 1927**) e que praticamente vai centralizar a atenção do setor até sua substituição em **1979**.(RIZZINI, 1993; 1995)

É a partir da sua criação que os envolvidos com a justiça começam a ter um tratamento diferenciado do que fora até então. Agora as ações relativas aos órfãos, abandonados ou delinquentes, levando em consideração suas características morais, físicas, afetivas e intelectuais, são diferenciadas, como afirma RIZZINI (1993: 84):

“O Juízo dos Órfãos e a Polícia empreenderam uma classificação moral do menor, que podia ser “vicioso”, “vadio”, “moralmente abandonado”, “órfão” ou “criminoso”, dando a cada caso o destino previsto pela lei ou pelo senso comum. Assim, os viciosos, vadios e criminosos tinham seu destino determinado pela polícia, enquanto os abandonados e órfãos ficavam a cargo do Juízo de Órfãos”.

Nestas circunstâncias, pode-se afirmar que **as diversas providências**, como o Código de Menores, o Juízo de menores e o seu **Laboratório de Biologia Infantil**, (criado por volta de **1935**) **resultam da complexidade do problema**, que se manifesta como abandono, orfandade, delinqüência, pobreza e dos novos ideais de proteção e assistência à infância. Contudo, **isto não significou a melhoria das condições de vida e garantia da cidadania**. Pelo contrário, **mesmo reconhecendo causas de caráter social** como o **urbanismo**, o **industrialismo** e o **pauperismo**, o indivíduo é responsabilizado pelo seu comportamento desviante. De acordo com RIZZINI (1993: 86):

“Auxiliado pelos exames técnicos, o Juízo depositava no indivíduo as causas de seu

comportamento desviante, muito embora, ao nível do discurso, seus agentes reconhecessem a importância das causas sociais e econômicas da criminalidade”.

Tal afirmação mostra que mesmo quando o Estado começa a assumir a **questão social dos menores, a cidadania** não tem o reconhecimento formal, pois a *prática política encontra-se distanciada da cidadania*.

No início da **década do 40**, em pleno **Estado Novo**, período ditatorial que se inicia em **1937** com o golpe de Estado implementado pelo então Presidente da República Getúlio Vargas, o governo federal inaugurou uma política mais nítida de proteção e assistência ao **menor** e á **infância**, representada pela criação de **órgãos federais** que se especializaram no atendimento á essas duas categorias indiscutivelmente diferenciadas e separadas: **menor e criança**.

O Departamento Nacional da Criança (DNCr)

O Decreto-Lei nº 2.024 de 17/02/1940, que *fixou as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência no país*, determinou a criação de um órgão federal, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, para coordenar as atividades relativas à nova política: o **Departamento Nacional da Criança (DNCr)**.

Ao DNCr competia estudar e divulgar o “problema social da maternidade, da infância e da adolescência” (Art. 5), e conceder auxílio federal aos Estados e subvenção às instituições de caráter privado para a manutenção e desenvolvimento de serviços dirigidos a esta população, bem como fiscalizar a execução dos mesmos.

Segundo Pereira (1992), em dissertação de mestrado sobre o DNCr no período do Estado Novo, **o objetivo do Departamento** era *“salvar a família, para proteger a criança”*. Para tal, estava previsto a criação de uma rede de instituições, localmente dirigidas por organizações privadas, mas orientadas pelos preceitos científicos elaborados pelo DNCr. A Junta Municipal da Infância, formada por ativistas locais, como médicos, professoras, “senhoras da sociedade”, religiosos, autoridades públicas, teria a função de distribuir subsídios às organizações privadas e de fiscalizá-las. As unidades de

atendimento, dirigidas às gestantes, às mães e seus filhos seriam os Postos de Puericultura, as Creches, os Jardins de Infância, as Maternidades, os Hospitais para Crianças, etc.

O fim último destas instituições seria **manter a estabilidade da família**, Estado e sociedade se unem para evitar que ela seja atingida por qualquer ameaça. O papel da mãe é privilegiado: ela é responsável pelos cuidados físicos e pela educação moral da criança, devendo para isso permanecer em casa. Não sendo possível, a criança deveria ser resguardada dos perigos da falta de cuidados e da má convivência, sendo enviada para uma das instituições previstas. Não é possível precisar até que ponto estas iniciativas foram implantadas, pois as estatísticas do Departamento no Estado Novo não eram sistemáticas. Pereira se limita a dizer que em alguns lugares o projeto foi levado adiante.

O **DNCr** sofria com a falta de recursos, fato que o levou a associar-se à **Legião Brasileira de Assistência (LBA)**, criada pelo Governo Federal em **1942**, cujo escopo de atuação incluía a maternidade, a infância e **a adolescência**, enfim, **a população "economicamente desajustada"**. A LBA, diferentemente do DNCr e do SAM, possuía receita própria, advinda de contribuições compulsórias dos trabalhadores sindicalizados, além de estar vinculada à “autoridade moral” da primeira dama. O DNCr conseguiu maiores recursos com a LBA para financiar obras de seu programa, principalmente os postos de puericultura.(VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Qual a relação do DNCr com o SAM e com a justiça de menores? O decreto-lei que instituiu o Departamento previa a cooperação deste com a justiça de menores, de modo que à **“criança”** sob vigilância da autoridade judiciária esteja assegurada **“a mais plena proteção”** (Art. 16).

Neste momento, o texto do decreto abandona o termo **“criança”** e adota o termo **“menor”**, deixando claro que se trata de uma outra parcela da população, alvo de medidas de outra natureza daquelas dirigidas à **“infância”**, como por exemplo, a internação para a elaboração de **“diagnóstico”**, como determina o parágrafo único do artigo 17:

“Serão instituídos, nas diferentes unidades federativas, centros de observações destinados à internação provisória e ao exame antropológico e

psicológico dos menores cujo tratamento ou educação exijam um diagnóstico especial.”

O **DNCr** deveria receber os menores sob custódia judiciária, mas o próprio órgão reconhecia o controle dos juristas sobre este grupo, numa espécie de acordo tácito sobre o objeto de intervenção de cada setor do poder público. Os médicos puericultores do Departamento incorporaram elementos do discurso dos juristas, cujos textos eram publicados pelo órgão. Numa política de boa vizinhança, os juristas eram convidados a participarem das cerimônias das Semanas da Criança, comemoração promovida anualmente pelo Departamento. Para os juristas, o **“menor abandonado”** era resultado do esfacelamento da família, e a solução estava no internamento e no reforço das leis, visão corroborada pelos médicos puericultores. Na divisão de atribuições, **o programa do DNCr estava voltado para a ação preventiva, visando evitar a ruptura na estabilidade familiar e a produção de “menores abandonados”**.

O Serviço de Assistência ao Menor (SAM)

No que se refere á **assistência pública**, *o menor e seus dissabores* vinham sendo tratados pela esfera jurídica através dos Juízos de Menores e pela atuação isolada de alguns estabelecimentos para menores. Em **5 de novembro de 1.941** o governo federal cria **o Serviço de Assistência ao Menor (SAM)**, órgão que deveria centralizar a assistência ao menor, inicialmente no Distrito Federal e a partir de **1.944** em todo o território nacional.

Segundo Costa (1.992), o **SAM** é um órgão do Ministério da Justiça, que funcionava como um equivalente do Sistema Penitenciário (**Instituto Sete de Setembro ISS**) para a população menor de idade. O SAM se originou do **Instituto Sete de Setembro (ISS)**, que foi regulamentado pelo **decreto nº 21518 de 13 de junho de 1932**, e que se destinava a recolher em depósito, por ordem do Juiz de menores, até que tenham conveniente destino, e autorizado pelo mesmo juiz, os menores abandonados nos termos da lei.

O SAM passou a ser considerado como um órgão central, ao qual estariam subordinados técnica e administrativamente os outros institutos públicos e privados organizados em rede. Em 11 de novembro de 1.944, pelo decreto nº 6865 o SAM passou a ser órgão de integração nacional.

Nestas circunstâncias, *algumas funções* como dar assistência, fazer estudo de caso e dar tratamento adequados aos menores, *sairiam* da alçada dos juizes, e *passariam* para o SAM. A cargo destes mantiveram-se a fiscalização do regime disciplinar e educativo dos internatos, de acordo com a legislação vigente. (Gusmão, 1.941)

O SAM teria, segundo a FUNABEM (1984) e o Ministério da Justiça, (1.946:92), a atribuição de *“prestar em todo território nacional, amparo social aos menores desvalidos e infratores das leis penais, em todo o território nacional, assistência social sob todos os aspectos”*.

O famigerado **SAM** surgiu rodeado por todos os princípios considerados os mais modernos na época: *voltado para a educação, formação profissional, estudo e classificação do menor, com método de trabalho delineado, a chamada assistência científica*. O que ocorreu de fato – abusos contra os internos, corrupção, clientelismo – deve ser entendido dentro do contexto político da época. Uma ditadura preocupada em se manter, através da ideologia da defesa nacional, onde o menor nas ruas, fora da escola e do ambiente de trabalho, representa perigo. Mas também, uma clientela sem barganha, política e econômica, que é foco de investimento pelos riscos que oferece, mas nem tanto.(RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995)

A criação do SAM representa *a oficialização da primeira política pública relativa à menoridade brasileira*. Outras providências, como a elaboração do Código de Menores, não se caracteriza como definição de uma política pública. No entanto, o SAM não conseguiu atingir suas finalidades, e **o modelo básico de atuação do SAM era constituído pela internação de menores “menores desvalidos” e “transviados”**.(RIZZINI, 1995, ARANTES, 1995)

O menor e o meio de onde vem não tem como cobrar e muito menos exercer controle sobre as ações de um Estado todo poderoso. Pela **sua condição de menoridade e pobreza**, está completamente nas mãos daqueles designados para **“protegê-lo”** ou

“recuperá-lo”. Os abusos foram muitos e com justiça deram ao SAM a fama que permaneceu na história e no imaginário popular: **Sem Amor ao Menor**, sucursal do inferno e muitos outros.

Dentre as causas que concorreram para que o SAM não alcançara suas finalidades temos: a sua estrutura, a falta de autonomia e flexibilidade, métodos de atendimento inadequados, sem compreensão e sem amor, que geravam descontentamento e revolta daqueles que deveriam ser assistidos (FUNABEM, 1984; SAMPAIO, 1.952). **O SAM** no imaginário popular alcançou uma fama tal que imediatamente nos reporta á imagem de uma enorme estrutura cuja atuação representava mais uma ameaça para a criança pobre, do que propriamente proteção. A partir da década do 50 passou a ser conhecida como “Escola do Crime”, “Fabrica de Criminosos”, “Sucursal do Inferno”, “**SAM - Sem Amor ao Menor**” e outros nomes mais. (RIZZINI, 1995)

Pouco tempo depois, mais precisamente em **1944**, o **SAM**, órgão subordinado ao Ministério da Justiça, adquiriu âmbito nacional. Gradativamente foram criados os órgãos regionais do Serviço. O atendimento aos menores no Brasil sempre fora controlado pelo aparelho policial-judiciário. **A sua transferência para o âmbito da educação e da saúde implicaria numa mudança na forma de se conceber o menor, longe ainda de ser percebido como criança.** A clivagem entre os dois conceitos ainda permaneceria intransponível por muitos anos.

A Legião Brasileira de Assistência – LBA

A **LBA**, foi criada em **1942** pela primeira dama Darcy Vargas, e regulamentada pela Portaria 6013 de 01/09/1942, com o objetivo de assistir às famílias dos convocados na II Guerra Mundial, passou a partir de **1945**, *a dar prioridade à assistência à maternidade e à infância*, apressando o fim de seus compromissos com as famílias dos convocados.

Na realidade, os Estatutos da LBA já previam a sua manutenção nos tempos de paz, através de seu redirecionamento para os problemas da maternidade e da infância necessitada. O relatório do ano de **1943** das atividades da LBA no Estado do Rio de Janeiro apresenta os planos da Comissão Estadual, presidida por Alzira Vargas do Amaral

Peixoto, filha da primeira dama. O primeiro plano refere-se à assistência permanente, a subsistir após o término da guerra. O segundo plano, de natureza emergencial, dada a necessidade de apoiar as “classes armadas”, foi considerado prioritário, ficando o primeiro plano sujeito às disponibilidades de verba.(RIZZINI, 1995)

A reestruturação do órgão trouxe mudanças na sua organização interna. Os “órgãos-assistenciais” direcionados ao atendimento de emergência foram extintos, sendo criado em seu lugar o **Departamento de Maternidade e Infância**, responsável, através de suas Divisões, pelo estudo, planejamento e execução dos serviços. Os serviços assistenciais se dividiam em **Setor de Assistência à Família**, Setor de Puericultura e Medicina, Setor de Obras Sociais e Setor de Cadastro e Estatística. **O Serviço de Assistência Judiciária**, criado em **1943**, recebe a denominação de Procuradoria Geral, exercendo serviços de assistência judiciária (atuava nos Juízos de Família, **de Menores**, de Órfãos e Sucessões, de Acidentes, cíveis, etc.) e de registro civil. (RIZZINI, 1995)

A linha mestra da atuação da LBA mantém-se ao longo de sua história, os serviços sofrem novas reestruturações, adaptando-se às novas tendências de cada período, como por exemplo a ênfase, a partir da década de **60**, na participação da “comunidade” nos “problemas assistenciais relacionados com sua população”, como defendeu a primeira dama e presidente da LBA, Yolanda da Costa e Silva, à Comissão de Saúde do Congresso Nacional em 1967. Em cinco das dez metas apresentadas pela presidente da LBA, é utilizado o termo “*comunidade*”. Na década de 80, o lema é a “*geração de renda*”, incrementada através de programas de formação e reciclagem profissional e pelo apoio financeiro às “*microunidades produtivas*” ou “*microempresas sociais*”, para aquisição dos “meios de produção”. As unidades produtivas eram formadas por egressos dos cursos e por pessoas qualificadas das comunidades.(LBA, 1987:26-28)

O princípio do não paternalismo na assistência passa a ser perseguido na década de 60, dentro de uma perspectiva “desenvolvimentista”, bem ao gosto do Governo militar instaurado em **1964**, assim expresso pela primeira dama Yolanda da Costa e Silva (LBA, 1967), no período de maior repressão política já vivida no país:

“(A LBA) deverá seguir uma política Assistencial-desenvolvimentista através das Comunidades, evitando a política paternalista absoluta”.

Em **1980**, sob o Governo do último presidente militar, a LBA aprimora o discurso do não paternalismo, utilizando conceitos no mínimo estranhos à sua prática, como a “autoparticipação”, defendida por sua presidente na época, Léa Leal (LBA, 1980:9):

“A assistência social, realizada pela LBA, pressupõe um atendimento não paternalista, motivador e autoparticipativo”.

Os programas da **LBA** e sua execução sempre foram marcados pelo assistencialismo/clientelismo, alcançando seu ápice na década de **90**, na gestão da primeira dama na época (março a novembro de 1991), ostensivamente corrupta, levando à desestruturação da instituição, o que impediu de executar, de 1991 em diante, os serviços que vinha oferecendo há décadas à “população carente”. Deste período até início de 1995, quando foi extinta, a LBA permaneceu numa espécie de limbo – não foi extinta, à época porém não tinha verba para dar continuidade a seus programas. (RIZZINI, 1995; SOARES, 1998)

A divulgação exaustiva de suas mazelas pela mídia, como por exemplo, o desvio de verbas para empresas fantasmas de parentes da primeira dama, a distribuição de cestas básicas em épocas de eleição e outros escândalos, criou um problema para o Governo, que hesitava entre a extinção do órgão, atendendo às indicações de setores progressistas da assistência social e a manutenção de um instrumento eficaz da política clientelista que sempre dominou na assistência pública.

Uma rápida passagem pela **questão orçamentária** e pela relação da LBA com as instituições privadas, desde a sua fundação, torna-se necessária para compreendermos a situação a que chegou a instituição da década de **90** hoje e a relação que o setor público estabelece com o privado na assistência.(SOARES, 1998)

Na década de **70** e principalmente na de **80**, a LBA sofre uma grande expansão, atingindo 68,2% dos municípios em 1980 e 90% destes em 1988 (LBA, 1980 e 1988). É sob a gestão do primeiro Governo civil (1985-1989), após o término de 20 anos de ditadura militar, que a LBA teve o maior crescimento de sua história. De um orçamento de 20 milhões de dólares em 1985, em 1987 a instituição contou com 1 bilhão

de dólares. O número de pessoas atendidas quadruplicou de **1985 para 1986: de 4 para 16 milhões**.(RIZZINI, 1995; VOGEL, 1995; SOARES, 1998)

Em **1990** encerra-se a fase áurea da **LBA**, que **a partir de 1991** passa a ser alvo de ataques da imprensa, das instituições que dependiam de seus recursos para atuarem e de diversos setores da sociedade, tornando-se símbolo da administração corrupta, não só da primeira dama como presidente da instituição, mas também do próprio Presidente da República, acusado de envolvimento em operações escusas com empresas privadas, através de órgãos da administração pública.(VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995; SOARES, 1998)

É preciso lembrar que as irregularidades cometidas na administração do órgão provavelmente não foram privilégio da gestão de sua presidente à época, mas sem dúvida, foram as mais ousadas. Isto, após a primeira eleição direta para Presidente da República após 25 anos, com uma campanha eleitoral baseada na “**caça aos marajás**” do setor público e na moralização da administração pública. Obviamente, a intolerância da opinião pública chegou ao ponto de conseguir pressionar o Congresso Nacional a iniciar um processo e aprovar o “**impeachment**” do presidente.

Desde a sua fundação, **a LBA** atuou com a colaboração das instituições privadas, e em menor escala, com as públicas (federais, estaduais e municipais), através de convênios estabelecidos para prestação de serviços diversos, como o atendimento médico, a internação de “menores desvalidos”, vagas em creches e cursos profissionalizantes. Essa tendência se manteve até **1975**, quando houve um significativo aumento da chamada “**execução indireta**”, como veremos a seguir. Posteriormente, o quadro é revertido, com uma política de apoiar e incentivar as iniciativas comunitárias, dentro de uma perspectiva de fornecer os elementos necessários (financiamento e capacitação técnica) para que a própria população interessada pudesse gerar e gerenciar o seu atendimento – a chamada “**autoparticipação**”.(RIZZINI, 1995)

Por outro lado, é oportuno mencionar as obrigações que o país assumirá no plano internacional, com o fim da II Guerra Mundial. Enquanto ao **nível externo** há o compromisso com o desenvolvimento, como medida de proteção da paz, no **plano interno** há necessidade de integrar populações marginalizadas e humanizar a sua

situação, o que já se tentava com a criação de serviços, atendidas algumas demandas das populações urbanas e institucionalizada a assistência. (VOGEL, 1995)

Neste sentido, *a institucionalização dos serviços e a sua extensão às populações marginais* podem ser interpretadas diversamente como bem nos aponta Raichelis (1988): já como **oportunidade de inserção nos benefícios da modernidade**, como resultado do novo espírito social do empresariado, que oportuniza a ação educativa; ou como o **perverso ajustamento de parcelas carentes do proletariado urbano**. Tal argumento é corroborado por autores como IAMAMOTO (1986:26), quem referindo-se a este período, observa que o Governo adotou uma série de medidas econômicas e realizou *“inovações institucionais que assinalaram, de modo bastante claro, uma nova fase nas relações entre o Estado e o sistema político-econômico”*.

Em suma, se a partir de **1930** o Estado começa a tomar algumas providências na área social, por volta de **1945**, o que se vê é o Estado centralizando a questão social, tomando a iniciativa de tutelar a vida nacional, com uma ação de controle que vai da organização partidária até o sindicato, da Justiça do Trabalho à **assistência ao menor**.

Este é o ambiente de um Estado hegemônico, controlador e que pelo fato de ter gerenciado o processo de modernização, se assessorou de técnicos e burocratas para dominar as populações às vezes sob a forma de um populismo, onde *a cidadania* adquire um sentido dúbio: a integração e a melhoria das condições de vida se desdobram em tutela e clientelismo. Nestas **circunstâncias as providências relativas à menoridade**, como o funcionamento do Juízo de Menores, do Colégio Mello Mattos, a criação do SAM **realizam a centralização de políticas públicas**, mas **não conseguem realizar a democracia e viabilizar a cidadania pela garantia dos direitos**.(MENDEZ: 1979; RIZZINI, 1995)

Na primeira metade da década de 40 (nos anos 1.942 e 1.943), são criadas várias instituições de carácter social (governamentais ou privadas) com atuação no âmbito nacional, como resultado de uma *política compensatória* de atenção aos segmentos populacionais mais necessitados, que inclui às *crianças e aos adolescentes* e como parte de uma reformulação do papel do Estado. *O reconhecimento da situação da infância*

como um problema social é explicado nos discursos e nas leis, como consequência óbvia da situação generalizada de pobreza da população.(RIZZINI, 1995)

Entre estas iniciativas temos: O Serviço Social (SS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), com o seu complemento na área social, o Serviço Social da Indústria (SESI). O Serviço Nacional do Comércio (SENAC), também com o seu complemento assistência, Serviço Social do Comércio (SESC). (RIZZINI, 1995)

A criação da FUNABEM

No período que vai de **1945 até 1984** ocorrem no Brasil fatos importantes para a questão da **Infância e da Juventude**, como *a tentativa de reformulação do Código de Menores, em 1956, a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em 1964, e o novo Código de Menores, em 1979.*

Sob o ponto de vista *político*, esta época é caracterizada por acontecimentos que **identificam três fases distintas**: a etapa de formação democrática, o período de ditadura e a volta à normalidade democrática (processo de abertura e transição democrática). Estas etapas podem ser identificadas a partir do que ocorre na estrutura do Estado, sua interferência na organização civil e como a sociedade se posiciona frente às mudanças e às intervenções. Deste modo, assiste-se ao fortalecimento do Estado, que se esboçara a partir de 1930, e também ao debate sobre a necessidade de sua transformação, o que perdura até hoje.(RIZZINI, 1995; ARANTES, 1995)

Quanto aos *aspectos sociais*, o que se presencia é uma alternância entre o otimismo e a frustração, produzidos pela democratização iniciada em **1945** e pelo golpe de **1964**; pela repressão do período de exceção e pela perspectiva da anistia; pela institucionalização da democracia e pelo saudosismo do período de exceção, principalmente quando se considera a situação econômica. Contudo, florescem na sociedade brasileira mecanismos e concepções que possibilitam transformações, *“notadamente entre ativistas de base e entre aqueles ligados a grupos religiosos”*, para quem a *“democracia deve ser substantiva e participativa, em vez de - ou, além de, representativa, no sentido convencional”*. (LAMOUNIER, 1990: 98).

Neste sentido, deve-se salientar que mesmo com os avanços, a sociedade brasileira não conseguiu superar antigos problemas estruturais como a marginalização de contingentes populacionais, erradicação do analfabetismo, extensão de saneamento e saúde para a maioria da população, embora tenha realizado melhorias na sua ‘**democracia**’ política, com a extensão do voto ao menores de 16 anos e aos analfabetos e a volta à normalidade democrática.

De modo geral, neste período, **a cidadania das crianças e dos adolescentes**, passa por **diversas interpretações** entre as quais se destacam as seguintes: como **inserção social** (na década de 50), quando são privilegiadas as ações que possibilitem o retorno dos excluídos (máxime abandonados e infratores) ao convívio da sociedade e quando o SAM , por desviar-se dos seus objetivos, é colocado em discussão; **como educação**, na década de 60, o que resulta num equívoco, pois se pensa privilegiar os aspectos pedagógicos, com a criação da FUNABEM, e prevalece o controle social; **como garantia de direitos**, na década de 80, o que vai inspirar a nova legislação (Estatuto da Criança e do Adolescente) e para qual estes não são **objeto de proteção**, como tinham sido atendidos até então, mas **sujeitos de direitos**. (RIZZINI, 1995)

Para se compreender melhor esta transformação, é importante salientar as mudanças que já vinham surgindo na maneira de se tratar a questão da infância e da minoridade em geral. Com a criação do *Juízo de Menores* em 1923, com a aprovação do *Código de Menores* em 1927 e com a instalação do SAM em 1941, o Estado vinha assumindo precariamente o setor que estivera afeto à iniciativa da caridade privada e não sob a responsabilidade de política pública nacional, mas esta ficou praticamente restrita ao Distrito Federal.

Contudo, em **1957**, pelo decreto nº 42.510, de 26 de outubro, é aprovado um **novo Regimento para o SAM**, o qual contém **objetivos e diretrizes de política nacional**, tais como: **integração no meio social**, (através da fixação em lar substituto, internação após triagem adequada, encaminhamento às forças armadas, colocação em emprego); **atendimento aos infratores com o objetivo de recuperação e assessoria financeira às instituições de atendimento**.

No entanto, na prática, a implementação dessas medidas não teria correspondido ao alcance esperado, evidenciando mais uma vez as distorções existentes entre o Brasil legal e o Brasil real, pois há uma nova realidade política, diferente daquela do Estado Novo e “*a projetada **eficiência** burocrática da época da fundação do SAM esbarrou nas dificuldades práticas de um problema que necessita uma orientação filosófica, crítica e articulada*”. (MELLO, 1928: 08; RIZZINI, 1995, FALEIROS, 1995))

Como se pode deduzir destas colocações, a questão da **infância e adolescência** não estava sendo conduzida de forma eficiente. Já havia nas discussões elementos novos sendo propostos como alternativa de política pública para garantir direitos e possibilitar a participação da sociedade civil sob a coordenação, fiscalização e financiamento do Estado.

Todavia, é com o advento da **FUNABEM**, criada pela *Lei nº 4.513, de 1 de dezembro de 1964*, que passa a ser decisiva a participação do Estado na questão. A **competência da FUNABEM** seria *formular e implantar a Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNB)*, na qual fossem corrigidos os defeitos do SAM e fossem unificados os procedimentos relativos aos menores. Com o mesmo objetivo são criadas **as fundações estaduais de bem-estar do menor (FEBEMs)**, com competência restrita aos Estados.

Considerando em que contexto e em que circunstâncias é criado este órgão federal, poder-se-á compreender porque há uma proposta educativa na criação da FUNABEM e porque o resultado é uma ação centralizada e controladora.

O artigo 6º da Lei de criação da FUNABEM fixa as diretrizes da **Política Nacional de Assistência, a cargo da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM)**, além dos princípios constantes de documentos internacionais, o que o Brasil tenha aderido e que resguardem os direitos do menor e da família:

- I- assegurar prioridade aos programas que visem a **integração do menor na comunidade, através de assistência na própria família e da colocação familiar nos lares substitutos;**
- II- **incrementar a criação de instituições para menores que possuam características aproximadas das que informam a vida familiar, e, bem**

assim, a adaptação, a esse objetivo, das entidades existentes de modo que somente se venha a admitir internamento do menor à falta de instituições desse tipo ou por determinação judicial. Nenhum internamento se fará sem observância rigorosa da escala de prioridade fixada em preceito regimental do Conselho Nacional; III- respeitar, no atendimento às necessidades de cada região do país as peculiaridades, incentivando as iniciativas locais, públicas ou privadas, e atuando como fator positivo na dinamização e autopromoção dessas comunidades”. (FUNABEM, 1984:06)

Com base *nestas diretrizes a FUNABEM* deverá *definir uma política em que se evidencie o caráter assistencial e de resgate dos direitos, em substituição à visão correcional-repressiva do SAM.* (COSTA, 1989). Trata-se, portanto, de substituir o modelo instaurado durante o período da República Velha por um novo modelo.

No entanto, isto não ocorre e a **Política de Bem-Estar do Menor** passa a ser aplicada com o mesmo caráter de controle e repressão que sempre tivera. Nem mesmo o breve momento em que algumas *FEBEMs e educadores* tentaram imprimir um novo sentido a sua ação, com um movimento de educação progressista, foi suficiente para alterar a mentalidade e o modo de atendimento então vigentes no Brasil.

Continuaram a **existir e a se fortalecer** os internatos, os centros de triagem, as grandes redes de atendimento e praticamente o sistema de ação à minoridade não se alterou, **permanecendo no interior das instituições as práticas corretivas, repressivas, assistências e educativas.** (RIZZINI, 1995)

Nestas circunstâncias, **a realização da cidadania é obstaculizada**, não tendo condições de se efetivar plenamente. Pois, não havendo *atendimento da pessoa na sua individualidade*, tinham seqüência aquelas situações que ensejaram que as instituições de atenção aos menores fossem denominadas **escolas do crime**. **A sociedade**, por seu lado, **continua a exigir que a política de atendimento aos menores**, seja aquela de controle, de repressão, de limpeza das ruas, comprometendo qualquer propósito ou proposta de educação que não contemple estes pressupostos de sua segurança.

Assim a **Política Nacional do Bem-Estar do Menor** (PNB) não se realiza. As relações intra, extra e inter-institucionais são as mesmas e coerentes com a ideologia e estrutura social vigentes. E isto fazia com que a instituição se afastasse dos seus objetivos originais.

Desde a criação da FUNABEM, a execução da assistência não está mais sob o controle do Ministério da Justiça, o que não significa que diminuiu a distância entre as duas categorias. **Ela permanece. O Estatuto da Criança e do Adolescente** trouxe avanços significativos nesta área, mas na prática ainda vivemos com essa cisão. A aprovação de uma lei não é suficiente para mudar uma concepção tão arraigada na nossa sociedade, mas é capaz de oferecer instrumentos para a mudança.

Diretamente subordinada à Presidência da República, a **FUNABEM** tinha no seu **Conselho Nacional** o órgão mais importante de toda a sua estrutura. Seu presidente era designado pelo Presidente da República, em pessoa. Dela participavam outros cinco representantes do Executivo, indicados pelos Ministros da Justiça, Educação e Cultura, Trabalho, Agricultura e Saúde.(VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Entre as diversas atribuições deste **Conselho** uma, em particular, merece atenção. **Era de sua exclusiva competência definir a Política Nacional do Bem-Estar do Menor** (art. 10, b). Este mandato, por sua vez, consagrava em definitivo os anseios e tendências de centralização da política de atendimento, que já se manifestavam, há pelo menos duas décadas.(VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Desde logo, o legado do **SAM** não podia ser reduzido às exterioridades materiais do seu acervo. Incluía, para além delas, toda uma série de lugares-comuns antigos do atendimento, dos quais a própria categoria **menor** não era o menos relevante.

Diante de tudo isso, restava à **Fundação** realizar a sua mais importante tarefa, que era, ao mesmo tempo, o seu maior desafio – *formular e implementar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor*, que, como produto do anti-SAM, devia ser, também ela, a antítese das concepções, propostas e práticas do seu predecessor. (FALEIROS, 1995; VOGEL, 1995)

Política Nacional do Bem Estar do Menor – PNBEM

No Brasil da segunda metade dos anos 60, a existência de uma “**questão social**” havia-se tornado incontestável e incontornável. A partir daí, o que historicamente era considerado “*caso de polícia*” passou a configurar-se, de um momento para outro, como um “*caso de política*”. (FALEIROS, 1995; VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

As mudanças sociais, em ritmo acelerado, impulsionavam um avassalador processo de urbanização. O êxodo rural responsável por essa “urbanização prematura” estimulava um fluxo constante de pessoas que, a título individual ou como unidades familiares, deixavam seus locais de origem, para povoar as periferias das cidades, em busca dos padrões de vida, enaltecidos pelo modelo de “desenvolvimento com segurança nacional”.

O surgimento das “regiões metropolitanas” corria em paralelo com a expansão da pobreza, pois, o mercado de trabalho revelava-se incapaz de absorver todos esses adventícios, excessivos quanto ao número, e limitados quanto à sua qualificação como mão-de-obra. (FALEIROS, 1995; VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Com isso, progredia, a olhos vistos, um “**processo de marginalização**”, entendido como “*uma situação de baixa renda, de pouca participação no consumo de bens materiais e culturais, de incapacidade de trazer a si os serviços de habitação, saúde, educação e lazer (FUNABEM, 1976:14)*”. Dela iam surgindo massas, cada vez mais densas, de indivíduos com graves problemas de integração à vertente formal da sociedade.

A marginalidade desses grupos sociais consistia, pois, no fato de serem **desassistidos**, seja por falta de meios para se proverem a si próprios, seja pela sua “indigência de força política”, em virtude da qual não conseguiam ter acesso aos programas desenvolvidos pelo governo.(FUNABEM, 1976:15; VOGEL, 1995)

Esses grupos, frutos de um processo social perverso, tendiam a converter-se em geradores de desarmonia. De marginalizados passavam a **marginalizante**, em conseqüência dos efeitos deletérios de seus “caracteres comuns” sobre a sua própria reprodução social, isto é, sobre crianças e adolescentes, nascidos e criados em seu meio.(VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Neste cenário, o Estado, dispondo de instrumentos gerados na estrutura de governo, estabelece a forma **de controle social** através de **políticas públicas**. A existência de uma *Política Nacional de Bem-Estar do Menor garantiu a*

segurança de todos. Das crianças e adolescentes que dispõe de organismos que os “*protegem*” e a *da sociedade* que recebe graciosamente a *Segurança Nacional*. (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Neste contexto **a cidadania** *se assemelha ao favor, às doações, às benesses do prebendalismo, quando as extensões de terra eram dadas graciosamente em favor de alguém. A assistência social, por sua vez, continua sendo caridade, só que agora chancelada como política pública.* (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

A assistência pública à infância no país apresentou algumas características que deixaram marcas profundas no sistema de atendimento até a atualidade. **A sua própria constituição** nas primeiras décadas do século, **vinculada às instituições jurídico-policiais**, numa ação marcada pelo controle e pela repressão, dependente das instituições particulares beneficiadas, já nos dá uma idéia do percurso que a ação do Estado iria traçar nas décadas seguintes.

O recolhimento de crianças nas ruas pelo aparato policial e, mais tarde, pelos Juízos de Menores, foi uma prática constante no país, mais acentuada nos períodos de maior repressão política. **A perspectiva saneadora se manteve e atingiu níveis trágicos a partir da década de 80, com a organização de grupos de extermínio de crianças e adolescentes pobres, uma ação extra-oficial que como se sabe, conta com a participação de elementos das polícias e com a tolerância da sociedade.**

Completando este quadro de dificuldades é editado, em **1979, o Código de Menores** que incorpora aspectos do Código Penal, *cria uma equivocada proteção aos menores*, generaliza procedimentos e situações e hipertrofia o poder judiciário. Pelo fato de ter sido elaborado tão somente por juízes, o Código privilegia a doutrina de **situação irregular** e generaliza-a para todos os **menores** em *situação de abandono, pobreza e orfandade aquilo que no Código Penal é previsto como e para o ato infracional*. Do mesmo modo estabelece para o Judiciário a competência para tratar de todas as questões relativas aos menores, mesmo em situações e sobre questões que não envolvem sentenças. (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995)

Tal quadro começa a ser questionado mais sistematicamente nos anos **80**. A partir das reflexões sobre a natureza e o funcionamento das instituições totais (Foucault, 1990;

Bazílio, 1985) é que se dá alguma “*superação do ciclo perverso da institucionalização*” que “*se caracteriza pela sistemática regularidade de suas fases: apreensão, triagem, rotulação, deportação e confinamento*”. (COSTA, 1990: 83)

Não podemos afirmar que nada mudou do início do século para cá. O país não é o mesmo: **a questão da infância se insere agora em outro contexto, social, econômico, político e cultural. A legislação é outra**, refletindo estas mudanças, principalmente nos âmbitos político e social, onde **a sociedade civil** adquiriu meios de ser ouvida, participar e intervir.

Embora **o surgimento de uma nova idéia na assistência** não tenha significado o abandono total das práticas consideradas ultrapassadas, podemos dizer que, neste momento, houve uma ruptura na forma de se conceber a assistência à infância – **da repressão à educação**, ou seja, de uma ótica meramente repressiva para uma visão educativa e recuperativa. Esta mudança de concepção foi fundamental para a trajetória da assistência no país. **Se, por um lado, não foi totalmente absorvida pela prática, serviu ao menos, como um parâmetro que norteou todas as tentativas do Estado em resolver o problema.**

A história da assistência pública está intimamente inserida ao contexto político e econômico de cada época. Como vimos, industrialização, povoamento-imigração, melhoria da raça, defesa nacional, segurança nacional são tópicos que tiveram influência direta sobre as políticas públicas dirigidas ao menor. *Não obstante a assistência estar ao sabor das políticas de cada época, a internação em estabelecimentos fechados permaneceu como linha mestra, o fio condutor do atendimento prestado, tanto pelo Estado quanto pela iniciativa particular.* (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995;FALEIROS 1995)

Os problemas do modelo dos grandes internatos são analisados pelos atores sociais há um saber acumulado sobre a questão e **uma experiência rica de seus fracassos**, sob o ponto de vista do interno. Além disso o modelo traz em si uma grande incoerência: como internar todos os menores abandonados, delinqüentes ou simplesmente pobres? A falta de estabelecimentos suficientes para atender à demanda dos Juizados, a

superlotação das instituições são reclamações freqüentes dos executores da assistência em todos os tempos.

Uma questão que não pode ser esquecida e que representa uma marca, ou melhor, uma cisão profunda na assistência foi a constituição de duas categorias que assumem características independentes: o menor e a criança. Duas categorias que vão ser alvo(s) de políticas diversas, situação que adquire maior nitidez na era Vargas com a criação do **Serviço de Assistência a Menores e do Departamento Nacional da Criança, inaugurando a política de proteção à infância, à adolescência e à maternidade, reforçada depois com a atuação da LBA. O menor permanece na esfera policial-jurídica, sob controle do Ministério da Justiça e a criança é exclusivamente da esfera médico-educacional, cujas ações são coordenadas pelo Ministério da Educação e Saúde.** (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995, ARANTES, 1989)

Dado as condições econômicas do país, **a massa crescente de crianças e jovens marginalizados fazia prover**, a curto e médio prazo, prejuízos consideráveis, quer do ponto de vista sócio-econômico, quer do ponto de vista político. No primeiro caso, em virtude da riqueza que se deixava de gerar e do dispêndio com o qual se teria de fazer, face aos problemas sociais decorrentes da marginalização. No segundo, em virtude do risco de que o potencial constituído por esses “irregulares” viesse a ser capitalizado por forças contrárias ao regime.

A **“preservação do capital humano”** (FUNABEM, 1976, b) importava diretamente à ideologia do modelo de desenvolvimento adotado, na medida em que afetava o Poder Nacional:

“... se os recursos humanos de uma nação forem despreparados e, pois, indisponíveis, ou seja, mesmo materialmente existentes, mas espiritual, intelectual e fisicamente inaproveitáveis, o próprio Poder Nacional será incapaz de responder às necessidades regionais” (PEREIRA JR., 1977).

Dentro disso que se chamava Poder Nacional, entretanto, **a parcela considerada mais vulnerável era a das crianças e jovens.** Por isso, qualquer política de desenvolvimento, cujo objetivo fosse o de fortalecer o Poder Nacional, deveria dedicar-se

lhe de modo particular. Em virtude da peculiaridade deste público, por sua vez, essa atenção especial teria de levar em conta a família.

Este era também o entendimento de Mário Altenfelder, que, por ocasião da instalação do Conselho Nacional da PNBEM (24/05/65), acreditava dever enfatizar este ponto:

“Nunca será demais repetir que o problema do menor abandonado, e tantas vezes infrator, é um problema da família” (ALTENFELDER, 1965).

O processo de marginalização surgia, pois, como responsável pela desagregação da família, ou pelo que se chamava, com certo eufemismo, a “disfunção familiar”. Com efeito, o Dr. Altenfelder, primeiro presidente da PNBEM, perguntava, na mesma ocasião: - “Como defender a democracia se a família se desagrega e estamos contribuindo também para isso, estimulando a internação?”(ALTENFELDER, 1965)

Tocava-se, aí, num ponto crucial do ideário proposto pela Fundação – a **questão do internamento**. Internar era uma prática de inúmeros aspectos negativos. Em primeiro lugar, debilitava a família, estatizando o que lhe pertencia, e contribuindo, dessa maneira, para afastá-la do ideal da “família bem constituída”. Em segundo lugar, onerava a Nação, dando origem ao **“menor filho do Estado”**. *Finalmente, era um remédio inadequado para um processo de massa, pois, como seria possível encarregar-se o Estado da internação maciça e indiscriminada, de 1/3 da população infanto-juvenil do país?*

Por esse motivo, a estratégia adotada pela PNBEM tinha de romper com as práticas repressivas do fracassado dispositivo de controle social, erigido pelo SAM. Como problema e prioridade nacional, a “questão do menor” requeria, não só um trabalho específico, mas também uma concepção unificada da ação. Em consequência o mandato da **Fundação**, nos termos do seu Estatuto, era o de **“adotar meios tendentes a prevenir ou corrigir as causas de desajustamento”**. (VOGEL, 1995; RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995)

Dado que o “problema do menor” era a **carência**, e sendo esta, portanto, *o ponto inicial de um caminho sem volta* (carência – abandono/ maus tratos/ exploração – desvio

de conduta – criminalidade), tornava-se imperioso atendê-la, neutralizando o seu potencial desagregador, mediante a prestação de “serviços humanos substitutivos” (RIZZINI, 1995).

Com essa premissa e inspirada na **Declaração dos Direitos da Criança**, que a Assembléia das Nações Unidas aprovava, em 1959, a **Fundação** considerava residir o *“bem-estar do menor” no atendimento de uma série de “necessidades básicas”, a saber – “saúde, amor, compreensão, educação, recreação e segurança social”*. E, de acordo com esta perspectiva, **“o fortalecimento econômico-social da família constitui ponto fundamental em toda política do bem-estar do menor”**. (FUNABEM, 1976:7; RIZZINI, 1995)

Ficava entendido assim que o objeto por excelência de toda a política da Fundação devia ser o menor, juntamente com o seu grupo familiar, tornava-se possível a caracterização do público-alvo, tal como a delimitava o próprio órgão. Este, com efeito, preocupou-se em definir, nas **Diretrizes Fundamentais de Ação**, o seu “campo de trabalho”, como abrangendo.

“... a faixa populacional, cuja parcela de indivíduos de menor idade, está sujeita a um processo de marginalização, entendendo-se por marginalização do menor o seu afastamento, progressivo, de um processo normal de desenvolvimento e promoção humana, até a condição de abandono, exploração ou conduta anti-social.”

Para esse “campo de trabalho”, eram definidos três objetivos prioritários: **1.** levar progressivamente o nível de atendimento do abandono (e/ou exploração) e da conduta anti-social; **2.** suprir o “abandono de fato”, mediante a “criteriosa utilização do tempo livre”, com vistas ao “desenvolvimento integral do menor”; e, **3.** sensibilizar a população e os poderes constituídos “no sentido de despertar a opinião pública” para os problemas identificados e suas causas. (RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995 ARANTES, 1989)

Podemos observar que os dois primeiros objetivos referem-se diretamente ao **menor desassistido**, categoria que compreendia, tanto o **menor de conduta anti-social**, quanto o **menor carentiado**, aos quais deveriam dirigir-se, respectivamente, os programas de **tratamento e prevenção**.

Ao se tratar de “**menores atingidos pelo processo de marginalização**”, entretanto, havia que seguir uma **rotina de encaminhamento**, com três fases distintas e sucessivas: a) caracterização; b) estudo de caso, e c) tratamento propriamente dito. (RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995 ARANTES, 1989)

Com relação a esta última, no entanto, ficou estabelecida uma “ordem de preferência”, segundo a qual se devia privilegiar sempre a **manutenção ou reintegração na família** (ou em família substituta), e, não sendo isto possível, a **integração na comunidade**. Apenas em casos extremos, deveria recorrer-se ao **internamento**, e, mesmo então, em instituições de escala reduzida, “inspirando-se cada unidade, em sua organização, na vida familiar”. (RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995 ARANTES, 1989)

À **prevenção** cabia, por seu lado, cuidar das situações de abandono de fato, características das áreas urbanas com forte densidade demográfica, liminares ou “deterioradas”, marcadas pela presença de “menores em atividades lucrativas”, “menores em condições de permanente ociosidade”, “menores em atividades moralmente perigosas”, “mendicância”, “delinqüência”, ou “vício”, “promiscuidade nas condições da habitação” e “alto índice de população flutuante”.(FUNABEM, 1976:31; RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995 ARANTES, 1989)

Quanto ao modo de planejar e realizar os investimentos, dada a magnitude dos problemas, a escassez de recursos e as conseqüentes dificuldades na sua alocação foram estabelecidos os seguintes princípios, para orientar as escolhas:(FUNABEM, 1976:17-18)

1. definir prioridades, com base em referências geo-econômicas regionais e segundo planos de trabalho integrados de desenvolvimento, no âmbito da Política Nacional, com o cuidado de “evitar o ecletismo dos objetivos”;
2. **preferir sempre as atividades preventivas e educativas às terapêuticas**;
3. atribuir a execução dos programas de tratamento ou prevenção a organismos locais, públicos (estaduais ou municipais) ou privados, mediante assistência técnica e financeira aos mesmos;
4. priorizar a formação de pessoal técnico e conscientizar a comunidade.

Em que consiste a prevenção? Consiste “*num conjunto de medidas legislativas, administrativas e até mesmo políticas, tendentes a separar o menor que se encontra marginalizado, recuperando-o e restituindo-o à vida social*”. Prevenir é, neste sentido, *combater o abandono, o perigo moral e a inadaptação do menor, para transformá-lo, novamente, em “cidadão útil à sociedade”*(FALEIROS,1995:310).

O processo de prevenção, entretanto, não está voltado apenas para esses menores. Tem outro objetivo, ainda. Constitui uma “**advertência moral para todos**”, no sentido de que não se interrompa a tradição desse “**modelo de moralidade pública**” que é a família brasileira. **Para preservá-la, torna-se necessário atacar as causas exógenas da marginalização do menor que provêm do “meio ambiente”**. Uma delas é *a rua*, “fonte de todos os vícios”, lugar dos “perigos vários” que rondam o menor. A outra é *o lar* em estado de desequilíbrio, pois o menor é, antes de tudo, vítima do mal-estar doméstico.(FALEIROS, 1995:310)

Os Anos 80 – A transição democrática

Os anos 80 surgem, no campo das políticas de atendimento à infância e adolescência, como um tempo de grandes transformações. A crer na perspectiva de um dos seus mais notáveis protagonistas, cumpriu-se, no decorrer da década, todo um ciclo.

Com efeito, para COSTA, esses dez anos podem dividir-se em cinco períodos de aproximadamente dois anos, cada um, reproduzindo os passos principais de uma mudança tão profunda, que bem se a poderia considerar “**uma mutação social**” (1990).

“O simples olhar sobre a paisagem urbana, nas grandes e médias cidades brasileiras apontava uma realidade muito dura: milhares de crianças e adolescentes fazendo das ruas seu espaço de luta pela sobrevivência e até mesmo de moradia”. (COSTA)

Diante do surgimento dessa “**figura emblemática da infância e da adolescência no Brasil**” e dada a **inépcia** do Código de Menores e da PNBEM para lidar com o fenômeno, começou-se a buscar uma abordagem inovadora. E esta procura conduziu a vanguarda técnica da FUNABEM, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do

UNICEF, ao encontro das concepções e práticas alternativas gestadas, desenvolvidas e implementadas por segmentos nos quais se encarnava a **comunidade**.

Assim, o segundo momento – **1982-84**, foi inteiramente dedicado a “**aprender com quem está fazendo**”, processo que compreendia o trabalho de “*identificação, registro e divulgação de experiências bem sucedidas de atendimento a meninos e meninas, que estavam nas ruas ou nas comunidades pobres*”.(COSTA: s.d:26)

Este processo, desencadeado pelo **Projeto Alternativas de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua**, culminou, em novembro de 1984, como **I Seminário Latino Americano de Alternativas Comunitárias de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua**, realizado em Brasília.

Os anos de **1984-86** representaram, de acordo com essa perspectiva, **um momento de acumulação de forças**. O ano de **1985** concentra os acontecimentos políticos mais importantes da década, quando o Colégio Eleitoral, após muitas negociações políticas e mobilização social, como pelas **Diretas Já**, escolheu um presidente, estabelecendo mais um marco no processo de transição democrática. (BOSCHI, 1987: 141).

Neste contexto é fácil compreender o porquê do surgimento de instituições de cunho popular com novas composições e atribuições no cenário político que se desenha e que será consolidado no texto da Nova Carta.

De fato, o que se assiste neste momento é uma desconcentração de poder, onde “*o envolvimento de amplos segmentos sociais (grupos organizados de diversos tipos, e não apenas partidos políticos) num intenso jogo de pressões e contrapressões*” tornam “*inconcebível a reconcentração do poder, tornando manifesta a dispersão antes latente*”. (LAMOUNIER, 1990: 21).

Da mesma forma, também é possível a compreensão da natureza e da origem dos chamados **conselhos** que vão se consolidar a partir desta época como instâncias de participação popular e como mecanismo alternativo de controle do poder público.

Esta levaria, em **1985**, à concretização de uma **nova identidade política**, que enfeixava os grupos que, em diversas esferas, haviam-se distinguido pela militância em favor de crianças e adolescentes. Tal identidade, consubstanciada na **Coordenação**

Nacional do Movimento de Meninas e Meninos de Rua, constituiu-se em oposição à “**doutrina da situação irregular**”, consagrada pelo Código de 1979, corporificada na agenda das políticas públicas de atendimento ao menor, cujo ponto de partida foi o **I Encontro Nacional de Meninas e Meninos de Rua**, também ele realizado, em Brasília, durante o mês de maio. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

Em **setembro de 1985**, mediante a **Portaria Interministerial Nr. 449**, criava-se a **Comissão Nacional Criança e Constituinte**. Pouco depois, reunia-se, ainda na Capital Federal, o **IV Congresso: O Menor e a Realidade Nacional (21 a 25/10)**. O mês seguinte assinalava a adesão do UNICEF à luta, através do Termo de Acordo de Cooperação Técnica e Financeira com o Ministério da Educação.

Assim, **consolidou-se uma articulação do setor público federal, através de sua vanguarda técnica, com organismos da chamada sociedade civil**. Esse movimento conseguiu transformar em preceito constitucional as concepções fundamentais da **Convenção Internacional dos Direitos da Criança**, antecipando-se à sua aprovação, que só ocorreria em **1989**. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

Sob a égide desta visão surgiu, em **1986**, *patrocinado pela FUNABEM*, o **Projeto Diagnóstico Integrado Para Uma Nova Política do Bem-Estar do Menor**, “esforço concentrado para rever os itinerários já percorridos e desenvolver rumos a serem seguidos daqui para a frente”. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

Em seu relatório final, o **Projeto apresentava uma análise detalhada das políticas de atendimento ao menor**. Demonstrava que, até 1975, havia predominado um **paradigma corretivo**, para o qual os menores carentes e/ou abandonados constituíam a base estrutural de recrutamento da criminalidade urbana. **Combater a pobreza e reduzir as desigualdades sociais era um empreendimento socialmente útil, na medida em que evitasse que o menor carente viesse a se tornar abandonado e, este, por sua vez, infrator**. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

Este modelo, no entanto, revelara-se, “autoritário”, “perverso” e “irrelevante”. **Autoritário**, porque privilegiava a família bem integrada (“bem constituída”) como critério de sociabilidade e socialização ditas “normais”. **Perverso**, porque entendia as obrigações éticas (de redistribuição) como necessidades estratégicas. **Irrelevante**, por fim,

porque se revelava incapaz de sanar a “patologia” identificada, sem recorrer à institucionalização do menor, leia-se, ao internamento. Este, por fim, fechava o círculo vicioso, produzindo, novamente, “carreiras criminosas”. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

O consenso geral evidenciado pelo **Diagnóstico** era o de que o perfil centralizador da **PNBEM** tivera efeitos desastrosos, entre eles **a incapacidade das FEBEMs para definirem**, com autonomia, suas ações, rumos e alocação de recursos; a marginalização dos corpos técnicos com relação à formulação das políticas e a extrema dificuldade oposta às inovações, nas quais se tendia a ver intenções “subversivas”, bem como a *óbvia discrepância entre o discurso e a prática da FUNABEM*. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

O segundo grande problema detectado era a **falta de articulação e integração** das instâncias, organismos e programas, voltados para o atendimento a crianças e adolescente. Com efeito, **a política** mostrava “altos níveis de fragmentação organizacional da implementação dos objetivos” e, desse modo, não alcançava a almejada “universalização do atendimento” e, muito menos, a “formação da cidadania”. (FUNABEM, 1984:37; RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Não existia, a bem dizer, política. Havia sim “medidas de cunho social”, isto é, programas e projetos marcados pela dispersão de recursos (materiais, financeiros e humanos) e, com eles, ações fragmentárias de caráter meramente paliativo. E tudo isto num ambiente saturado de organismos burocráticos, cada qual com seu próprio objetivo e método de atuação. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Assim, **a lógica compensatória dos programas preventivos** havia gerado, além da **superposição** de ações e da diluição dos recursos, a competição e o **conflito** no campo institucional. Os fundos se transformavam nos fins, e assistência em um meio de obtê-los.

O controle exercido pela **FUNABEM**, nesse terreno, era tão somente burocrático e formal. Não havia qualquer **supervisão** substantiva, visando orientar a destinação e aplicação dos recursos, muitas vezes repassados a instituições fantasmas.

O terceiro grande problema era a **descontinuidade na implementação de políticas e programas**. Ambos sofriam as vicissitudes das mudanças de governo, pois, para a

tradição política local as instituições assistenciais foram desde sempre instrumentos de **clientelismo**, quer para a concessão de prebendas político-burocráticas, quer para o **apadrinhamento** de eleitores, que entregavam os filhos à Fundação “para serem educados” (casa, comida, roupa lavada, escola e disciplina). (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

No período de **1988-90**, esse processo atingiu, finalmente, os objetivos em torno dos quais se havia cristalizado. A começar **pelo Artigo 227 da Constituição Brasileira** e culminando com a aprovação do **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069 de 13/07/90)**, estes anos viram o triunfo do movimento, no qual se haviam congregado entidades não-governamentais (Forum-DCA), representantes progressistas das políticas públicas (FONACRIAD), a vanguarda do mundo jurídico, bem como setores sensíveis do empresariado (ABRINQ).

Essa vitória resultou na consagração da **“doutrina da proteção integral”**. Com a **“doutrina da situação irregular”**, entretanto, caiu a **Política Nacional de Bem-Estar do Menor**”, e esta arrastou consigo a sua, como diz Gomes da Costa, “irmã siamesa” – a **FUNABEM**. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Diante desse quadro e dos novos ventos que sopravam na sociedade, a **Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor** achava, pois, necessário reformular sua política:

“Uma Política Nacional do Bem-Estar do Menor – **entendido o menor como a criança e o adolescente atingidos pelo processo de marginalização social – só é concebível em conjunto com uma Política de Bem-Estar Social, em que criança, adolescente, jovem, adulto e ancião sejam eficientemente atendidos em suas necessidades básicas, no contexto da família e da comunidade”... (FUNABEM, 1984).**

Com base nesse pressuposto, a FUNABEM julgava necessário um amplo debate participativo em torno das “inegáveis disfunções no sistema de atendimento básico e falhas estruturais na organização do convívio social”, cuja existência reconhecia.

De antemão, no entanto, considerava fundamental promover a **descentralização** e a **ação articulada** dos diversos organismos e setores, comprometidos com a assistência ao menor. O ponto crucial dessa tomada de posição, porém, era o fato de se falar, pela primeira vez, no atendimento das crianças e adolescentes como um direito.

Neste contexto, a análise das **políticas sociais** como **proteção social** aponta para o surgimento e expectativas, propósitos e investimentos na área social, embora os ganhos não tenham sido significativos, em razão do grau de dificuldade que é gerar melhorias no nível de vida e pelo volume de investimentos que seriam necessários.

A idéia que predomina a partir de **1985** é a de uma política social entendida como *“um padrão mais equitativo de proteção e na elaboração de uma estratégia de intervenção mais consistente”*(VIANNA, 1989: 21). Estas estratégias seriam identificadas por algumas características como a descentralização na execução e no controle das ações, devido à maior eficiência e adequação dos meios e pela possibilidade de realizar a democratização, transparência e envolvimento da população.

Contudo, como admite a mesma autora, *há uma centralidade quanto à questão social*, mesmo que esta seja *admitida só no discurso*, resultando em mudanças no modo de conceber a política social, o que se revela no fato do **governo admitir a existência de uma dívida social e de assumir o compromisso público de resgatá-la**. Mas a operacionalização de tais propósitos esbarrou em diversos problemas:

“... a primeira diz respeito à precariedade dos canais de representação da sociedade brasileira (partidos e sindicatos),....; o segundo conjunto de problemas se relaciona à multidão de grupos de interesse envolvidos em várias políticas sociais e à forma usual, no Brasil, de mediação com o poder - o corporativismo; a terceira ordem de preocupações está nas possibilidades de reiteração do clientelismo, com a participação de autoridades (e de interesses) locais na condução dos programas” (VIANNA, 1989: 25)

Enfim, é neste contexto de promessas e possibilidades que nascem algumas bases para a **construção da cidadania** sob o jogo democrático, marcando o ambiente que antecede a eleição dos representantes que irão compor a Assembléia Nacional Constituinte. Não obstante, como observa VIANNA, com propriedade, isto ocorre num ambiente de “*espaço político aberto e frouxo*”, onde viceja a idéia “*de que política social se faz para semi-cidadão, pois para os cidadãos o que se faz é política econômica*”. (VIANNA, 1989: 27).

A promulgação da Nova Constituição em 5 de outubro de 1988 representou a institucionalização e a garantia de alterações significativas na estrutura e organização social e política e, por consequência, a perspectiva de realização de muitos pleitos e aspirações populares.

Tão logo foi promulgada a Constituição, as Assembléias Legislativas e as Câmaras de Vereadores iniciaram a elaboração das respectivas cartas. Nestas circunstâncias se fizeram presente novamente as instituições civis lutando por espaço. E com isto, firma-se a idéia de que este seria garantido em instintos intermediários e alternativos de participação, como por exemplo, conselhos populares.

De qualquer modo, a elaboração das leis orgânicas contou com a participação de movimentos e instituições empenhados em garantir, na sua esfera de competência e atuação, pontos considerados essenciais em razão da nova ordem constitucional. Entre estas citam-se a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (**FUNABEM**), atual Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (**FCBIA**), Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (**FAMURS**), Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (**M.N.M.M.R.**), Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (**FEBEM**) e outras.

O Estatuto da Criança e do Adolescente

A legislação complementar à **Constituição Federal** foi elaborada muito lentamente, chegando-se à revisão com vários pontos pendentes e à espera de regulamentação, o que serviu como argumento para grupos se oporem à revisão. No

entanto, a legislação relativa à criança e ao adolescente foi uma das primeiras, senão a primeira, a ser concluída.

Graças à mobilização social, duas emendas populares apresentadas à Assembléia Nacional Constituinte, com a assinatura de mais de duzentos mil eleitores e de um milhão e quatrocentos mil assinaturas de crianças e adolescentes, foram incorporadas ao texto da Carta Magna. O conteúdo destas emendas, consubstanciadas no Artigo 227 da Constituição Federal, é o mesmo da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU), em 21 de novembro de 1989. A Declaração dos Direitos da Criança, que foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1959, adotada pela Convenção, define a extensão dos direitos das crianças e constringe seus signatários a respeitá-los. Por sua vez, **o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, lei federal complementar, de nº 8.069, de 12 de outubro de 1990, incorpora esses direitos e outros precedimentos derivados da Convenção. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Por esta razão, o **Estatuto** tem um conjunto de peculiaridades, que vão da concepção que o embasa, até a maneira como foi elaborado e aprovado. Seu conteúdo é marcado por um novo enfoque doutrinário e sua elaboração resultou da contribuição de muitos, **pois “trata-se de uma lei pensada por milhares de cabeças e escrita por milhares de mãos”**. (COSTA, 1990b.: 9)

Entre as formas organizadas de participação na sua elaboração destacaram-se instituições como: Fórum Nacional de Entidades Não-Governamentais de Defesa das Crianças e Adolescentes, (**Fórum DCA**); Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua; Pastoral do Menor da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (**CNBB**); Frente Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Articulação Nacional dos Centros de Defesa dos Direitos; Coordenação dos Núcleos de Estudos, ligados à Universidades; Sociedade Brasileira de Pediatria; Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência (**ABRAPIA**) e a Ordem dos Advogados do Brasil (**OAB**).

No entanto, não foram apenas estas entidades que lutaram pelo cumprimento das decisões da convenção. O Fórum Nacional de Dirigentes de Políticas Públicas para a Criança e o Adolescente (**FONACRIAD**), composto de dirigentes e técnicos ligados a

órgãos governamentais e à articulação **Criança e Constituinte**; bem como a Frente Parlamentar pelos Direitos da Criança, (articulação de deputados e senadores), possibilitaram que a discussão pela **Constituição das Crianças e Adolescentes do Brasil** (tal denominação foi utilizada para designar o ECA em razão de sua abrangência e do seu caráter universal, comparativamente ao Código de Menores, que embora fosse geral na sua concepção, passou a ser restrito a uma categoria de crianças e adolescentes: os chamados “menores”), se desse num clima de consenso e as disputas ideológicas e divergências partidárias foram temporariamente afastadas. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Sendo assim a votação da Lei 8.069 nas duas Casas Legislativas do Congresso Nacional obteve unanimidade das lideranças dos partidos ali representados e desde o 14 de outubro de 1990 o Estatuto está em vigor no Brasil. Consideramos que sem dúvida, em termos de direito positivo, é a melhor interpretação da Doutrina das Nações Unidas para a Proteção Integral da Criança e do Adolescente e “**a tarefa agora para o governo e para o povo do Brasil, consiste em realizar o que começou como um projeto de lei e terminou se tornando um projeto da sociedade**”. (MENDES, 1990: 56).

No entanto, a mudança mais significativa encontra-se no conteúdo do **Estatuto** e é de natureza múltipla abrangendo a mutação social, jurídica, judicial, administrativa e cultural (COSTA, 1990b), sendo que a modificação no conteúdo embasa todas as outras mudanças.

É o conteúdo doutrinal que possibilitará transformações de método e de organização da sociedade, na medida em que propõe um modelo de relacionamento horizontal, sem o centralismo da decisão e sem o monopólio da iniciativa, que vigorava na legislação anterior.

O objetivo da nova legislação foi mudar a maneira de definir as políticas públicas e alterar a estrutura e funcionamento dos órgãos de atendimento do segmento infanto-juvenil da sociedade brasileira; ou seja, alteração no exercício do poder e nas formas de relação entre a sociedade, suas formas de organização e o Estado, isto é, novas bases para a modernidade político-social desta coletividade com um conteúdo

novo e um método de gestão participativa. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

O conteúdo do Estatuto, e seu embasamento filosófico, podem ser resumidos em cinco pontos, a saber: O primeiro, e o de maior importância, é o enfoque doutrinário, da “*situação irregular*” e da “*proteção integral*”. sobre esta base estarão as transformações e também as resistências. Pois, na medida em que uma sociedade cria seus mecanismos de defesa, cria também seus conteúdos de resistência, sejam programáticos (como a FUNABEM, por exemplo), ou culturais (aceitação da justiça pelas próprias mãos, ou o próprio esquadrão da morte) e que darão legitimidade para a organização. Com isto se quer argumentar que a existência de instituições de repressão e de controle social que precisam. Será, por consequência, nestes componentes institucionais e culturais que se darão as grandes mudanças. (BARBETTA, 1993; RIZZINI:1995; FALEIRO, 1995)

O segundo ponto, e que não pode ser entendido em separado do primeiro, a não ser didaticamente, diz respeito à criança e ao adolescente como *sujeito de direitos*. O terceiro, também intimamente ligado aos dois primeiros, considera este segmento social como *pessoas em condição peculiar de desenvolvimento*.

Se os três primeiros pontos dizem respeito mais ao conteúdo doutrinário e embasamento axiológico, os dois últimos estão mais relacionados com a organização social e com a concepção de política. Pois, a Constituição Federal ao estabelecer a infância e a adolescência como *prioridade absoluta* (que constitui o quarto ponto), elegeu um contingente populacional como exceção e que deve ser a preocupação primeira das administrações e estar a frente de outras necessidades. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; BARBETTA, 1993)

Finalmente, o último e quinto ponto, como desdobramento do princípio constitucional da participação da população, institui a *responsabilidade solidária*, distribuindo tarefas e competências para as esferas micro e macro-sociais, ou seja, responsabilidades iguais e específicas entre a família, a sociedade e o Estado.

Por conseguinte, nesta perspectiva **as crianças e adolescentes passam a ser vistas como cidadãos e como sujeitos de direitos de todas as políticas públicas,**

independentemente de sua situação social. Por sua vez as instituições concebidas neste panorama ou marco cultural, deverão ocupar-se das políticas básicas, das compensatórias, ou das ações de assistência ou defesa jurídico-social. Com isto supera-se o modelo adotado anteriormente, qual seja, de **situação irregular** e de **controle social**, inaugurando-se a perspectiva de **direito universal** e **construção de cidadania.**(BARBETTA, 1993)

Por sua vez, o embasamento doutrinário proposto leva à adoção de um método diferenciado na organização e operacionalização de programas, de técnicas e de práticas no atendimento da criança e do adolescente. Em tais práticas sobressai a **necessidade de *precedência no atendimento, preferência na formulação das políticas e consideração de sua situação peculiar.***

Tal concepção conduz a um novo modelo de gestão, o que oportuniza que se cumpra o mandato constitucional da descentralização político-administrativa e participação da população na formulação e controle das políticas públicas, em todos os níveis. (CF. Art. 204. II). Pois o Estatuto não trouxe apenas alterações superficiais ou sugestões de ordem geral, já que criou instrumentos de mudança. Como legislação infra constitucional, ele veio reforçado por dispositivos e mecanismos internos que garantem o seu cumprimento.

Por outro lado, **a publicação do Estatuto**, com a revogação de todas as leis contrárias a ele e ao seu espírito, **constitui instrumento legal para garantir direitos a uma população qua não tinha outro direito senão “o da resignação ante as medidas aplicáveis, tidas e havidas como educativas e ressocializadoras”.**(CURY, 1990: 42)

Ao prever e definir competências dos diversos organismos da sociedade e ao estabelecer ações de responsabilidade dos administradores, o Estatuto se constitui num instrumento jurídico completo e o cidadão por ele amparado em sujeito de pleno direito de tal modo, que o não cumprimento de suas determinações ou a ofensa ao direito assegurado, implicará em sanções e medidas administrativas. Por esta razão, **o não oferecimento de serviços, ou oferecimento irregular por parte dos poderes constituídos, resultará em ato passível de penalidade.** (ECA; RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Por outro lado, a definição de competências para o judiciário, o Ministério Público, para a União, os Estados, o Distrito Federal, para os municípios e as entidades não governamentais, possibilita que se tenha um instrumento adequado de definição e execução de uma ordem social equilibrada.

Em suma, **são muitos e relevantes os aspectos contidos neste instrumento de moderna administração de políticas e de inovação no tocante à área da infância e da adolescência**, como a possibilidade de fiscalização de entidades governamentais, como as medidas aplicáveis aos envolvidos com a prática de ato infracional, a própria apuração do ato infracional e as atribuições e decisões dos Conselhos Tutelares. **O Conselho Tutelar** é órgão permanente e autônomo não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definido nesta Lei. (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Artigo 131).

De mais a mais, como foi afirmado, a nova proposta trazida pelo Estatuto fundamenta-se basicamente na concepção filosófica e sócio-política do homem como sujeito de direitos. Tal concepção será o divisor legal, jurídico, social e filosófico que vai presidir as relações sociais e alterar a noção de risco pessoal e social, de controle e proteção.

A transformação desta concepção de controle social para proteção de direitos possibilitou que se adotasse, com o advento do Estatuto, uma nova compreensão do que seja **situação irregular**, diferente daquela incorporada pelo Código de Menores e que embasou anteriormente a política relativa à infância e à juventude.

Em contraposição a esta, o Estatuto adota a noção de **situação de risco pessoal e social**, numa perspectiva histórico-estrutural, tendo como pano de fundo noção de cidadania e sua evolução como conquista de direitos. por isto, num primeiro momento garante-se a igualdade formal perante a lei, que são os direitos civis, para posteriormente buscar-se o reconhecimento da capacidade de decidir politicamente, (direitos políticos) e finalmente os direitos sociais. (Costa, 1989).

Ademais, pode-se afirmar que enquanto os direitos civis e políticos já atingiram um determinado patamar mais elevado, (hoje a luta é pela sua ampliação e compreensão), os

direitos sociais são aqueles que vêm enfrentando restrições. A compreensão da obrigação do Estado em garantir direitos coletivos traz para a discussão a noção de Estado Moderno, que incorpora as lutas das organizações sociais pelo espaço político e exercício do poder.

Desse modo, a noção de **cidadania** é compreendida como uma esfera autônoma de pensamento e ação, do indivíduo e dos grupos na luta pela garantia de direitos civis, políticos e sociais, cabendo ao Estado e às organizações, não apenas respeitar, mas garantir e preservar suas características e exigências.

Esta noção de cidadania coloca em discussão temas como: a função do Estado e a abrangência de sua ação; a neutralidade e o compromisso do estado com a cidadania e com **todos** os **cidadãos** e, principalmente, a questão da definição das políticas públicas eficientes para um segmento em desvantagem social.

Enfim, nesta perspectiva, destaca-se a proposta de trabalho a ser posta em prática pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente como forma de garantir direitos e de tornar a cidadania um bem público, ou um bem socializado.

O processo de criação dos Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares

Não se dispõe, nesse momento, de um quadro completo e atualizado de informações sobre os Conselhos Municipais de Direitos e os Conselhos Tutelares, os quais constituem, no entanto, cada um ao seu modo, pedras angulares da política social preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor há quase cinco anos.

Depois dos **arrastões**, que levaram o pânico às praias da Zona Sul do Rio de Janeiro, em outubro de 1992, da destruição do “quadrilátero” da FEBEM paulista, no Tatuapé, duas semanas mais tarde; e, sobretudo, após a chacina da Candelária, em pleno centro do Rio, em 1993, cada vez mais vozes têm-se manifestado contra o Estatuto, para criticá-lo duramente. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Argumentam, em geral, reconhecendo as suas virtudes enquanto dispositivo jurídico e carta de (boas) intenções, mas questionam a possibilidade de aplicá-lo à realidade brasileira, empreendimento que lhes parece franca e perigosamente utópico.

Diante do demônio, como o pintam, não vêm senão uma única saída – o recuo. Acreditam no retorno às práticas do modelo carcerário – repressivo – centralizador, embora ao preço de certas reformas, capazes de restaurar-lhe a eficácia perdida.

A essa **postura regressista** dos que acham que se foi longe demais, opõem-se os defensores do Estatuto, convictos de que, se pecado houve, foi por timidez e não por excesso. Ao mesmo tempo, não podem deixar de reconhecer, que, se o Estatuto consagrou a **proteção integral**, é necessário, para que esta se torne efetiva, consagrar o Estatuto. Quanto ao que deve ser feito neste sentido parece não haver dúvida, nem divergência, entre eles. Para garantir a **Lei 8069/90** contra as investidas daqueles que já reivindicam a sua próxima e radical revisão, não há senão uma única estratégia passível de êxito: **ampliar drasticamente a criação e atuação dos Conselhos Municipais de Direitos e Conselhos Tutelares, antes que a posição do Estatuto se torne insustentável.** (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

A recepção do Estatuto e o Funcionamento dos Conselhos

O Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 13 de julho de 1990, foi recebido de forma bastante diferenciada pelos municípios, segundo as características e peculiaridades de suas respectivas histórias e estruturas sociais. De um modo geral, porém, podem-se distinguir, nesse universo extraordinariamente variado, pelo menos três grandes categorias, quanto ao acolhimento da Lei 8069/90.(VOGEL, 1995)

A primeira corresponde aos **municípios progressistas**. Essa qualificação remete, seja à orientação dos respectivos governos, isto é, do Executivo municipal seja à existência de uma articulação de quadros técnicos do setor governamental com entidades não-governamentais de atendimento e outras lideranças comunitárias num **Fórum de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Em determinadas circunstâncias as duas coisas em combinação. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

A palavra de ordem parece ter sido, nesses casos, **não atropelar**. Com isso, o que se pretendia era dar ao processo de constituição dos Conselhos a máxima consistência possível. Tratava-se, sobretudo, de abrir a discussão, atendendo ao mandato constitucional da democracia participativa, através do envolvimento do maior número de segmentos sociais passíveis de mobilização. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

Uma segunda categoria é a dos **municípios formalistas**. A atitude predominante foi, nesse caso, a do acatamento da Lei enquanto tal. Tratava-se de cumprir uma formalidade imposta pela nova ordem jurídica, simplesmente para não ficar em desacordo com ela, evitando, desse modo, eventuais sanções por parte das instâncias políticas superiores. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

A terceira categoria, finalmente, é a dos **municípios conservadores**, onde o Estatuto foi pura e simplesmente rejeitado, e onde, portanto, os Conselhos estão longe de se constituírem. A rejeição não se expressa, é claro, na ordem, direta. Costuma, ao contrário, assumir o disfarce da ignorância ingênua. Nesses casos, o que se costuma alegar é que não se sabe como instituir os Conselhos e se é necessário fazê-lo, mesmo quando o município não tem problemas com sua infância e adolescência, isto é, quando não se registra a presença de “meninos e meninas-de-rua”. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

De tudo isso, no entanto, decorre uma constatação fundamental: a reação ao Estatuto e, portanto, a criação dos Conselhos, depende, em alto grau, de uma ação indutora. A premência da problemática infanto-juvenil e a disponibilidade de uma legislação avançada, como quer ser o Estatuto, não bastam para que se desencadeie “a grande mutação” pretendida. É preciso **que pessoas, de algum modo qualificadas**, assumam a tarefa de sensibilizar a sociedade local, suscitando a mobilização de atores sociais relevantes em favor da implantação da nova lei, vale dizer dos seus dispositivos institucionais básicos – os Conselhos Municipais de Direitos e os Conselhos Tutelares.

De qualquer modo, é imprescindível a existência, na comunidade, de pessoas realmente envolvidas com as questões da infância e adolescência, ou de pessoas passíveis de serem estimuladas ao envolvimento, com disposição para despender o tempo e a energia que esse tipo de ação exige. Essas pessoas tanto podem ser do próprio município, quanto podem ser membros de uma agência governamental ou de organismos não-governamentais (ONGs).

Se tem caso dos municípios que tratam de desconhecer a Lei, na medida em que as suas disposições só poderiam ser impostas ao arrepio dos arranjos e costumes políticos locais. Adotam, pois, uma política de avestruz, fingindo ignorar os ditames do Estatuto, para melhor esvaziar sua legitimidade, com a secreta esperança de que, a exemplo de

tantos outros textos legais, venha ele a transformar-se em mais uma lua morta no firmamento jurídico brasileiro.

A espinhosa tarefa de compartilhar o poder

O processo de criação dos Conselhos nunca se dá no vazio. Embora óbvio, esse fato não deve ser, de modo algum, subestimado, quando se trata de compreender as dificuldades que a sua implementação vem encontrando na esfera municipal.

O município é um campo de forças. Cada segmento social, instituição ou ator político tem, dentro dele, o seu peso específico. Graças à sua morfologia e cultura sócio-política peculiar, a **comunidade** constitui, pois, um meio capaz de exercer, sobre os empreendimentos de mudança social, um certo efeito de refração.(VOGEL, 1995)

Estes constituem, sem dúvida, um dispositivo institucional que não tem precedentes na história político-administrativa do município brasileiro. Por isso não deve surpreender a constatação de que o Conselho de Direitos e o Conselho Tutelar tendam a ser vistos como estranhos no ninho municipal.

O Conselho Municipal de Direitos, por exemplo, surge aí como um **órgão deliberativo e controlador das ações, com participação popular paritária por meio de organizações representativas**, assegurada em lei municipal. O que, no entanto, significa isto senão que a tal Conselho cabe **poder decisório** em todas as questões relativas ao atendimento dos direitos da criança e do adolescente no município, além do efetivo **controle das ações governamentais e não-governamentais, em todos os níveis**. Mas isso não é tudo. Ao Conselho de Direitos vincula-se, ainda, o Fundo Municipal, cujos recursos só podem ser destinados de acordo com critérios estabelecidos pelo Conselho. (ECA; RIZZINI:1995; VOGEL,1995)

O Conselho Tutelar, por sua vez, é conceituado, na Lei, como **órgão não-jurisdicional, permanente e autônomo**, ao qual cabe, como mandatário da sociedade que o escolhe, **fiscalizar o cumprimento dos direitos** da criança e do adolescente, menos os relativos à infração penal ou às possíveis alterações nas condições jurídicas, são de sua competência.(VOGEL, 1995)

Em conjunto, os dois tipos de Conselhos têm, portanto, implicações consideráveis. Graças à sua existência todo o aparato político-administrativo voltado para a infância e juventude, no âmbito municipal, tem o seu funcionamento redefinido. Com eles o Judiciário perde suas atribuições sócio-assistenciais, o Legislativo perde o seu monopólio de representação da comunidade, o Executivo perde o seu papel de único formulador e fiscalizador das políticas públicas, e os organismos filantrópicos perdem a autonomia de suas iniciativas assistenciais voltadas para a infância e adolescência.

O que basicamente assusta nos Conselhos de Direitos, por exemplo, é a sua capacidade de deliberar sobre as políticas, o seu caráter de instância controladora e o fato de disporem de um fundo específico, captador e aplicador de recursos – o Fundo Municipal da Criança e do Adolescente.

Sem Conselhos **em funcionamento** o Estatuto não tem como demonstrar as vantagens da proteção integral sobre o aparato repressor e estigmatizante que cerca a situação irregular. A prova de fogo do Conselho consiste pois em passar da lei à prática. Muitos deles não lograram, até o presente, realizar esse feito e continuam a existir apenas no papel. Até mesmo aqueles que conseguiram concretizar-se, no entanto, vem enfrentando não poucas dificuldades para se consolidarem. (RIZZINI, 1995; VOGEL,1995; FALEIROS, 1995)

A ‘realidade’ no funcionamento dos Conselhos

A distância entre o projeto e a prática é muito grande. Não só o observador externo percebe esse fato. Os próprios conselheiros, mais do que ninguém, estão conscientes dele. Até mesmo nos Conselhos tidos e havidos como exemplares afloram manifestações claras de descontentamento, cada vez que se reflete, comparativamente, sobre o que é, **na realidade**, a sua atenção e o que deveria ser, segundo o ideário do **Estatuto**. (RIZZINI:1995; VOGEL,1995; FALEIRO, 1995)

Os problemas, que, tanto os Conselhos de Direitos, quanto os Conselhos Tutelares, quando existem, enfrentam no seu dia-a-dia, estão ligados uns aos outros. Às vezes é difícil dizer onde acaba um e começa o outro. De qualquer modo, entretanto, é possível dividi-las em algumas grandes categorias, com o cuidado de distinguir entre si os dois tipos de conselhos, dadas as suas peculiaridades enquanto dispositivos institucionais.

Uma vez criado, este conselho paritário tem a missão de formular as políticas sociais básicas e/ou compensatórias voltadas para a infância e adolescência. Cabe-lhe, além disso, a função de controlar todas essas políticas em conformidade com as diretrizes por ele mesmo estabelecidas.

Articulação Interinstitucional

Não é suficiente que o **Estatuto configure os Conselhos Municipais** como portadores da prerrogativa de definir e controlar a implementação das políticas de atendimento à infância e adolescência, para que estes sejam efetivamente capazes de exercê-la. Nenhum Conselho poderá desempenhar esse papel sem o **apoio e reconhecimento dos demais organismos** que atuam, seja na esfera do poder público, seja no âmbito da sociedade civil, voltados para a problemática dos direitos da infância e adolescência, ou para questões correlatas.

Confirmando o descrito na literatura, o **relacionamento com o Executivo municipal, foi identificada como um dos pontos mais críticos**. Ouve-se, a afirmação de que a Prefeitura não está acostumada a trabalhar com o Conselho; que não é sensível à sua função; que faltam canais capazes de assegurar um contato mais constante e sistemático com o Prefeito. Em contrapartida, tem-se plena consciência que ao próprio Conselho falta a necessária desenvoltura, no relacionamento com o Executivo local.(Entrevistas nos Conselho Municipal de Rio de Janeiro)

Existe, no entanto, um ponto particularmente importante e sensível nesse esquema. É o da relação entre o Conselho e o movimento social consubstanciado no **Fórum de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (FÓRUM DCA)**. Muitos Conselhos Municipais tiveram nesse tipo de articulação da sociedade civil o seu ponto de partida. Nem por isso o relacionamento entre eles é isento de dificuldades.

De um modo geral, porém, a continuidade desse tipo de instância do movimento social é tida como desejável. Entre os argumentos, que falam a favor dela, há três aos quais se atribui um peso maior. De acordo com o primeiro, é o **Fórum** que confere legitimidade social ao Conselho, sendo responsável, também, pela periódica renovação e reforço do aval com que a sociedade civil respalde as suas decisões. O segundo argumento vê o **Fórum** como um dispositivo de permanente atualização das demandas sociais do

município em matéria de políticas de atendimento à infância e adolescência. Caber-lhe-ia, neste sentido, zelar para que o Conselho de Direitos não perca o contato com a realidade municipal e as expectativas dos segmentos mais participativos de sua comunidade. O terceiro, finalmente, enfatiza o papel de instrumento de pressão que o **Fórum** exerceu e poderá, eventualmente, voltar a exercer se a situação dos direitos das crianças e adolescentes do município vier a exigir-lo.(VOGEL, 1995)

Conselho Tutelar

Ainda hoje em dia não todos os municípios existem Conselhos Tutelares. Em alguns, os Conselhos Municipais estão às voltas com o processo de escolha dos conselheiros tutelares, em variado grau de adiantamento. Isso permite avaliar a distância que ainda tem de ser percorrida, após a instalação de cada Conselho de Direitos.

O experimento de mutação jurídica, político-administrativa e social, configurado no Estatuto da Criança e do Adolescente, terá, ao que parece, o destino que tiverem os Conselhos. Por isso o melhor, para assegurar à Lei 8069/90 vigência plena, será o da implementação e consolidação desses organismos, numa escala a mais ampla possível.

Um grande esforço, nesse sentido, tem sido **o da pregação do Estatuto como penhor de uma aliança social em favor das crianças e adolescentes, consideradas prioridade absoluta, para construção de uma cidadania democrática e participativa, no Brasil.**

Os frutos desse esforço são incontestáveis. Graças a ele, muitos se converteram à causa da proteção integral à infância e juventude; por causa dele existem e funcionam, nos mais diversos recantos do país Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares. Verifica-se, no entanto, que isso não tem sido suficiente para ampliar e consolidar o número desses organismos, com a necessária presteza, dada a premência da situação.

O melhor impulso, que pode ter a implantação **do Estatuto**, virá sem dúvida de **sua capacidade para revelar-se um instrumento eficiente na resolução da problemática social da infância e da juventude no país.** Para demonstrar validade terá pois de produzir resultados, a curto e médio prazo. Nisso, por sua vez, dependerá dos Conselhos e Fundos, que são os dispositivos de implementação no cotidiano da sociedade brasileira.

Para isso será preciso, não só ampliar o processo de sensibilização, mas também, e sobretudo, dar aos Conselhos as melhores armas para desempenho de suas funções. Em suma, não basta que haja Conselhos funcionando, é preciso que o façam com a máxima eficiência, para gerar um efeito-demonstração, capaz de converter os atores sociais relutantes ao ponto de vista do Estatuto.

4. NA COLÔMBIA

Reconhecimento da criança

Apesar dos variados esforços (em maior, menor ou nula medida) realizados até hoje pelos diversos governos colombianos nos distintos momentos da história procurando conduzir de forma positiva a formação e bem-estar do menor, é certo que as crises familiares e sociais, que dominam perigosamente em nosso ambiente, são o resultado do desconhecimento do menor na sua verdadeira e natural condição de **semente humana**.

Chamamos a atenção igualmente sobre o fato de que só uma ação integrada entre o Estado, a sociedade e a família poderá aplicar os corretivos que diminuam os efeitos negativos das numerosas causas que têm malogrado a dimensão das soluções esperadas.

Ao rastrear a história da Legislação sobre menores de Colômbia, encontramos em 1920, a lei 98, a criação dos Juizados Especiais para julgar aos menores que infringirem a lei sem estabelecer formulismos legais nem tarifas de pena; assim mesmo se destaca a função tutelar do Estado, se adota a liberdade vigiada e a grande importância da missão da família neste aspecto.(PEREZ: 1992)

Em respeito de esta lei podemos afirmar que:

- até 1890 o controle dos menores era similar ao dos adultos, pois não existia nenhuma legislação especial ou específica para eles;
- o primeiro tribunal de menores quis liberá-los das penas e castigos estabelecidas para os adultos, em parte por influência estrangeira;

- o surgimento da justiça especializada para menores foi fortemente condicionado pelo movimentos sócio-econômicos da época; isto fazia com que as medidas determinadas para os menores foram indeterminadas e pouco estáveis; sempre se pensou que os menores infratores deviam ficar em lugares diferentes às prisões e, no discurso as medidas deviam tender á educação e á correção do menor e não á repressão.

A primeira norma referente ou alusiva aos menores foi a lei 123 de 1890, da qual ressaltamos os seguintes aspectos:

- regulamentação da necessidade de se organizar na capital da República a primeira “*Casa de Correção*” para os menores de idade, casa que deveria ser semelhante na sua criação e regulamentação ao centro agrícola e penitenciário de Mattray (França), a disciplina, ensino e costumes seriam de acordo às necessidades e possibilidades colombianas;

- criação e funcionamento de uma ‘Escola de Trabalho’, que devia ficar anexa á “casa”, e que era destinada aos jovens que não haviam assimilado as medidas corretivas ou normativas e que portanto eram considerados jovens com conduta pré-antisocial ou desadaptados. A pesar de tudo isto não eram considerados como presos, apesar da disciplina imposta a eles.

Respeito ao legislado pela lei 123 de 1890, podemos afirmar que não existe evidência do real funcionamento da “Casa de Correção” nem da “Escola” anexa, isto provavelmente devido à incipiente criminalidade dos menores produto da expansão das exportações cafeiteiras que facilitando o surgimento de novas indústrias levou a muitas pessoas do campo para os centros urbanos.(MUÑOZ: 1992)

Da Casa de Reforma e Correção as Casas de Menores e Escolas de Trabalho

É assim que apenas em 1920, com a lei 98, se cria, por primeira vez na Colômbia, uma “Casa de Reforma e Correção” e um juiz especializado na investigação de delitos cometidos por menores cuja idade oscilava entre 7 e 17 anos.

Acreditamos que a promulgação desta lei encontra-se relacionada ao desenvolvimento industrial e ao início do crescimento econômico, que aumentou ainda

mais as migrações que sem dúvida criou mais tensões e preocupações, não só nas famílias dos jovens mais também no governo, pois eram os jovens os que em maior proporção saíam do povoado para as cidades. (MUÑOZ: 1992)

Já em 1922, iniciam-se trabalhos com os jovens que não possuíam bens, não tinham renda, não tinham profissão ou ofício e que eram conhecidos como “vagos”, estes que pela sua forma de viver eram considerados prejudiciais à sociedade, pois sendo exortados pela autoridade competente não mudavam seus hábitos de vida. Os menores considerados como vagos eram internados nas colônias onde, no discurso, deveria haver um sacerdote, um agrônomo e os mestres ou instrutores de escola para dar educação aos menores condenados ou não.(PEREZ: 1992)

No ano de 1923, se faz uma maior diferenciação entre o menor e o adulto, e se faculta às Assembléias Estaduais para criar e sustentar as “Casas de Menores e Escolas de Trabalho”, que eram dirigidas por pedagogos. Destinadas à proteção e correção dos menores varonis que cometeram ou não infração à lei, abandonados ou apresentados voluntariamente pela família.

É importante ressaltar que já neste ano se falava sobre a necessidade de se classificar os menores de acordo com o resultado das observações pedagógicas e não pela ‘causa’ de ingresso nem pela idade, nestes casos a reclusão mínima era de um ano. Neste tempo o menor devia ser capacitado, além da prática agrícola, nas artes e ofícios de reconhecida utilidade para o Estado.

Não é sem tristeza que devemos falar, assim mesmo que estas casas e estas escolas não funcionaram pois nem as Assembléias nem os Estados puseram em prática estas novas instituições, estratégias e mecanismo de proteção do menor.

Nos anos de 1923 a 1925 se criam os juizados de menores nas cidades que apresentam um maior desenvolvimento econômico e que são alvo da migração dos jovens do campo para a zona rural. Entre estas temos Medellin, Bucaramanga e Manizales. (MENDEZ: 1992)

Os Conselho de Assistência Pública

Na Colômbia, no ano de 1926, a lei 29 estabelece no Ministério da Educação o *Conselho de Assistência Pública*, para velar pela custódia e guarda dos menores de 15 anos. Podemos então afirmar que é neste ano que se inicia a falar de **assistência pública** aos jovens, já seja nos casos de ausência de pátria potestade ou de tutela; maltrato habitual; abandono; da privação do padre ou da confinção de este a 4 ou mais anos de prisão; mendicidade (esmola) e até por falta de possibilidades dos pais em oferecer educação e cuidado ao menor. MENDEZ: 1992; MUÑOZ: 1992)

Os pais e guardadores são obrigados a proporcionar um mínimo de educação aos menores, que consistia nas bases necessárias para a vida intelectual, moral religiosa e cívica futura. Assim mesmo se proibia a contratação dos menores de 14 anos a menos que estes apresentassem o certificado da ensino mínimo exigido. A estes se lhes assegurava por lei que nas fazendas onde trabalhassem mais de 20 crianças, teriam um lugar adequado para o estabelecimento de escola rural.(PEREZ: 1992)

A legislação do ano de 1930, nos dá indicações ou claras sinais de que muitas das normas e leis em defesa e proteção das crianças ficaram só no papel, pois nos fala novamente da criação de um Instituto que já fazia muito tempo atrás devia haver sido organizado. Além disso dá ao juiz a função de amparar os menores e de prevenir sua delinqüência.

No ano de 1936, mediante a lei 95, foi criado o *Código Penal Colombiano*, o qual rege até o ano de 1981. Durante sua vigência se entendia que o menor de 18 anos era imputável e que as únicas penas ou punições aplicáveis a eles eram a liberdade vigiada e a reclusão numa escola de trabalho ou reformatório. (MUÑOZ: 1992)

Só que a realidade da sua implementação e o transcorrer do tempo nos mostra que devido ao pouco orçamento destinado para os débitos e funcionamento destas instituições elas se converteram, muitas vezes, em verdadeiras *escolas do crime*, pois dada a falta de espaço, de classificação, de orientação e de pessoal qualificado e capacitado os jovens internados por causas sociais, econômicas e ate psicológicas

familiares eram colocados juntamente com aqueles que tinham antecedentes de delinqüência e condutas antisociais. (PEREZ: 1992)

No ano de 1938, se faz novamente ênfase na criação de centros reformatórios para menores e enquanto estes eram construídos se buscaram alternativas de detenção só para eles. Ao não existir ainda, na prática, os lugares já legislados nos quais os jovens deviam ser internados, não é possível aplicar as medidas corretivas e de atenção a estes, pelo qual se cria um problema social, devido ao aumento no número de jovens indicados para morar neste albergues e/ou que precisavam de medidas corretivas. (MUÑOZ: 1992)

Já no ano de 1946, se promulga a lei 83 conhecida como a *Lei Orgânica da Defesa do Menino*, um verdadeiro estatuto orgânico de defesa do menor que empeça a reger em janeiro de 1947 até abril de 1991 e que pretendeu abarcar toda a temática dos menores mas que na prática não foi aplicada no seu sentido genuíno. Esta lei orgânica rege de forma parcial na Colômbia, pois suas disposições foram pouco implementadas e aplicadas pelos governos de turno durante muitos anos. (MENDEZ: 1992)

Esta lei caracteriza-se por:

- tinha uma jurisdição especializada para conhecer os delitos e contravenções cometidas pelos menores de 18 anos;
- sanções especiais para evitar perigos físicos e morais aos menores de 18 anos;
- legislava sobre as medidas de proteção por estado de abandono e\ou perigo físico ou moral;
- sendo o mais inovador e revolucionário o fato de falar amplamente sobre a criação do **Conselho Nacional de Proteção à Infância**.

Especificamente planteava a institucionalização da liberdade judicial para escolher medidas de reeducação e definia claramente quais eram as situações nas que o menor se encontrava em abandono físico e moral, e quais eram as situações de perigo moral e\ou físico. Como observamos, esta lei enfoca todas às possíveis situações de risco as quais se encontra exposto o menor pela falta de estabilidade familiar.

Assim como também da à administração da justiça de menores a faculdade de tratar o menor no seu contexto socio-familiar, para analisar e estimar sua conduta e tomar as medidas mais adequadas para buscar a adaptação do menor à sociedade como um membro útil e estimado. (PEREZ: 1992)

O Departamento de Proteção e de Delinqüência Infantil

Oito anos depois, em 1954, o decreto 2106 cria o **Departamento de Proteção e de Delinqüência Infantil**, dentro do Ministério da Justiça; esta entidade tinha as funções de servir como órgão de coordenação entre o governo e os juizes de menores para o referente à interpretação e à aplicação da lei 83 de 1946 (Lei Orgânica de Defesa do Menor), unificar os sistemas reeducativos de menores submetidos à proteção e à reforma e ainda, devia supervisionar e vigiar os estabelecimentos encarregados da educação e resocialização dos menores.

Posteriormente, pelo decreto 0014 de 1955, é criado o Estatuto de Seguridade Social, conhecido como o “Estatuto de Periculosidade Social”, por estar dirigido àquelas pessoas cujos antecedentes, atividades, hábitos ou formas de vida fossem consideradas de periculosidade social. No caso em que as pessoas com estas características antisociais fossem menores de 15 anos, estas deviam ser remetidas aos juizados de menores; e os da faixa etária de 16 e 18 anos seriam tratados como antisociais aplicando as mesmas medidas dos adultos mas aplicadas pelo juizes de menores.(PEREZ: 1992)

Com o fim de assegurar, no território nacional, bem-estar e proteção social ao menor e à família é criado, segundo o decreto 1818 de 1964, o primeiro **Conselho Colombiano de Proteção Social do Menor e da Família**. Este decreto também legislava entre outras, sobre a duração mínima da reeducação (que não podia ser menor a um ano); limitou a 12 anos a idade mínima para aplicação da lei penal e proibia que os menores de 12 anos fossem conduzidos ante jurisdição civil, penal ou laboral, por isto freqüentemente se afirmavam que os menores não eram ‘destinatários’ da lei. (MUÑOZ: 1992)

O Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

A lei 75 de 1968, sob o governo do Dr. Carlos Lleras Restrepo, modifica e dá valiosos aportes à lei 83 de 1946 (Orgânica da Defesa do Menino), entre estes

ressaltamos: legislou sobre a paternidade responsável e criou o delito de “Inassistência Familiar”, a qual dividiu em inassistência *moral* e *material ou alimentaria*; fixou a idade mínima penal para 16 anos e criou o **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)**, o qual existe até hoje e encarrega-se da assistência à criança e ao adolescente com diversas estratégias e programas que procuram dar um bem-estar nutricional, físico, psicológico e social destas crianças, adolescentes e das famílias envolvidas.(ICBF: 1991)

No ano de 1971, com o decreto 409, regulamenta-se tudo o referente aos juizados de menores, seguindo de perto o estipulado pela lei 83; este decreto é o penúltimo do Código de Procedimento Penal. (PEREZ: 1992)

Como uma medida a mais de proteção à criança e ao adolescente, ainda que não seja em forma geral para todos estes, no ano de 1974 criam-se os centros de atenção integral pré-escolar, destinados para os filhos menores de 7 anos dos empregados públicos e dos trabalhadores oficiais e privados. Esta atenção integral, em sua maioria, encontrava-se a cargo do ICBF.(GONZÁLEZ, 1995:)

É assim como mais tarde, em 1979, se ditam leis e princípios que garantem maior proteção do menor e que fundamentam as atividades vinculadas à proteção do menor e da família, definindo-as como parte fundamental de toda política para o progresso social, a paz e a fraternidade, (UNICEF, Tomo I, 1994:108); tais como as que estabelecem o Sistema Nacional de Bienestar Familiar, que tem por função principal:

“proteger ao menor e garantir os direitos da infância; as que reorganizam o ICBF, e as que ordenam que o Estado deve velar que o julgamento de fatos e infrações imputáveis a menores se tenha como fundamentos principais a prevenção do delito e a correção da conduta do menor, em busca de uma atenção integral que permitirá sua reabilitação e reincorporação à vida social”.

O limite etário de imputabilidade é ampliado para 16 anos pelo Decreto 100 de 1980, onde afirma que os menores de 16 anos estarão submetidos à jurisdição e tratamentos especiais; esta terminologia leva ainda até hoje afirmar que tais menores são inimputáveis.

Mais é só em Janeiro 13 de 1987, que o Decreto 0050 estabelece que no caso de um menor de 16 anos cometer uma infração, este deverá ser depositado em poder de sus pais, parentes ou outra pessoa que quisera acolher-lo, sob fiança em caso de não existir essa pessoa deve ser deixado em lugar seguro e independente das prisões comuns e por nenhum motivo poderá ser detido em prisões, e que jamais, sob nenhuma circunstância poderá ser conduzido um menor com esposas, amarrado ou maltratado. (MENDEZ: 1992)

Já nessa época se legislava novamente muito distante e de costas à realidade em que vive e se desenvolve o menor carente ou em situação de risco e é assim como desde muito antes vemos adolescentes e crianças ser conduzidos com maus-tratos não só físicos e psicológicos, mais ainda com grandes danos morais e que atentam contra sua própria estima e valor de pessoa humana.

O pior é que hoje em dia podemos observar que a legislação e medidas de proteção em geral para o adolescente, na grande maioria das vezes, é igual a que ela não existisse pois agora que existe se ignora, se pisoteia e não se cumpre; e quando não sucede isto vemos que é muito difícil que seja uma realidade ou de pôr em prática pela falta de planejamento e a ausência de orçamento para respaldar as ações necessárias para sua execução.

O Código do Menor

No ano de 1988, com a lei 56, se outorgam faculdades extraordinárias ao Presidente da República para expedir o “Código do Menor” e é com base nesta que o Poder Executivo prepara o Decreto 2737 do 27 de novembro de 1989, com o qual se expede o “**Código do Menor**”, que é a normativa vigente em matéria de menores.(MENDEZ: 1992)

Com base nas faculdades extraordinárias se cria uma Comissão assessora do Governo, integrada por: dois senadores e dois representantes, o Diretor do ICBF, dois representantes da Corte Suprema de Justiça, um representante de cada um dos seguintes ministérios: Saúde, Trabalho, Educação, Justiça e Comunicações. Esta Comissão iniciou a trabalhar o dia 3 de fevereiro de 1989 e as concluiu no 25 do outubro do mesmo ano,

deixando 37 atas como fruto dos debates ocorridos e dos quais o Código do Menor tomou seus fundamentos.

O Código do Menor encontra-se composto por 354 artigos, que resultam de um título preliminar e três partes, cada uma destas partes dividida em títulos e estes geralmente em capítulos. Isto nos mostra que ele tem um esquema tradicional.

Este Código tem por objetivo primordial o **estabelecimento dos direitos fundamentais do menor**, a determinação dos princípios reitores que ao colocar o interesse superior do menor sobre toda outra consideração, haverão de servir de guia para a aplicação das normas nele contidas. Além disso se ocupa da definição das situações irregulares sob as quais pode encontrar-se o menor, assim como as medidas que devem adotar-se para brindar-lhe uma mais adequada tutela em todas as etapas de seu desenvolvimento até chegar à vida adulta. (MENDEZ: 1992)

O Código do Menor, ao regulamentar os direitos do menor, nos permite afirmar que Colômbia é o primeiro ou um dos primeiros países do mundo que acolhe na sua legislação interna os princípios consagrados na Convenção Internacional dos Direitos do Menor, ratificada pela lei 12 de 1991, das Regras de Beijing e da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José).

Na análise simples do Código é fácil identificar as coincidências entre este e o conteúdo da *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*, pois os redatores do Código sempre tiveram maior cuidado de incluir neste os direitos fundamentais da criança. Assim mesmo forem seguidas de perto as recomendações da **Regras de Beijing** para a Administração da Justiça dos Menores, observa-se que o Código busca diante todo o Bem-estar do menor, através da máxima proteção e faz ênfase na necessidade de integrar menor-sociedade e da reabilitação do menor dentro da mesma comunidade. Quanto ao Código e ao **Pacto de São José** podemos afirmar que na redação destes foram contemplados de forma consciente os Direitos Humanos básicos.(PEREZ: 1992)

Tomando como base as pautas traçadas pelas mencionadas Convenções, o Código do Menor destaca o direito que este tem *à vida*, tantas vezes violentado nos últimos anos ante a completa indiferença da sociedade; o direito *a crescer no seio de uma*

família; a ser protegido desde a sua concepção até a maioridade; *a receber a educação* necessária para a sua formação integral; *a ser protegido contra toda forma de abandono, violência, abuso sexual, ou maltrato; direito à atenção integral de sua saúde; a expressar sua opinião livremente; a que se respeite a sua identidade cultural e tradições; o direito à educação, ao descanso, ao jogo e ao esporte; a que se respeitem as suas garantias constitucionais e processuais quando for infrator da lei penal; e em caso de padecer de deficiência física, mental ou sensorial, o direito a disfrutar de uma vida que assegure a sua dignidade e educação e que procure a sua integração na sociedade.*

Nenhuma dúvida nos queda de que o menor e o adolescente têm assegurados estes direitos básicos e estas garantias de vida não só por lei mais devido simplesmente ao fato de mostrar-se na realidade como um ser humano vulnerável que precisa de proteção.

O Conselho Nacional, composto de 14 membros, sendo 7 representantes de entidades não governamentais, escolhidos pelo Presidente da República, tinha por competência definir as normas de funcionamento dos conselhos estaduais e municipais. Por sua vez, os *Conselhos Estaduais* eram compostos de 9 membros, sendo 6 indicados pelo dirigente estadual e os outros 3 representando entidades (nomeadas no Projeto de Lei). *Os conselhos municipais* seriam compostos de 8 membros, sendo 5 designados pelo Conselho Estadual “*com origens, também previamente estabelecidas com um professor e um pároco e os 3 restantes seriam o prefeito, o promotor e o juiz local*”. (Pontes, 1992: 11).

Assim, apesar de certas restrições quanto à sua formação, como por exemplo, a nomeação pelo Presidente da República dos representantes de órgãos não governamentais, admite-se nos conselhos a *participação popular* na tomada das decisões relativas à população infanto-juvenil. Assim, de pode afirmar “*que já havia mínima preocupação com que as ações voltadas para infantes e jovens não se restringissem à elaboração exclusiva do Poder Público*”.(Pontes, 1992: 12). Do mesmo modo, há a preocupação em que o atendimento fosse **despolizado** e que os assistentes sociais substituíssem a polícia do trato da questão, “*o que é revelador da consciência de uma política de promoção de direitos*” (idem).

CAPITULO III

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE

PARA O ADOLESCENTE

NO BRASIL

No Brasil, o **Ministério da Saúde (MS)**, através do **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)**, criado em 1984 com o objetivo de: “... **ampliar a cobertura e melhorar o padrão de assistência prestada ao grupo materno-infantil.**” (MS, 1975:13), esperava obter a elevação do nível de saúde do grupo considerado. (TYRRELL, 1995)

Entre as diretrizes propostas pelo Programa para dar assistência à criança e **ao adolescente** temos: controle de saúde das crianças menores de 5 anos; controle de saúde do grupo etários de 5 a 19 anos; suplementação alimentar e educação em saúde. Com este Programa se tratou de definir as principais ações de saúde com vistas a que a adequação dos serviços oferecidos, que concentram recursos, fosse corretamente dimensionada para a solução dos problemas de saúde deste grupo populacional.

A partir de 1989, o adolescente foi objeto de um Programa especial, o **PROSAD (Programa Saúde do Adolescente)**.

O **Brasil** foi um dos países pioneiros da América Latina nos trabalhos com e para os adolescentes, tanto no âmbito legal como na área da saúde.

No âmbito **legal**, temos dois grandes e importantes documentos que contêm mecanismos de proteção para o adolescente, que são: o **Artigo 227 da Constituição Federativa do Brasil**, de 1988, que nos fala dos direitos dos jovens brasileiros e do dever do Estado e da família para com eles; e, mais adiante, em 1990, o **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, que trata da criança e do adolescente que se encontram em situação de risco e em situação irregular.

No Brasil tomamos como diretriz geral o **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)**, o qual contém disposições gerais para o adolescente, sendo aprovado pelo então Presidente da República e emanado do nível central para todo o país. Foi apontado como sendo a Política Pública para o adolescente pela totalidade dos

entrevistados tanto no **Rio de Janeiro**, na Secretária Estadual de Saúde, na Secretária Municipal de Saúde, (no Conselho Tutelar e no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente) como em **São Paulo**, Secretária Estadual de Saúde, Programa do Adolescente, Casa do Adolescente, e na FEBEM.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) se divide em dois Livros.

1. O Primeiro Livro trata da *Parte Geral*, e contém:

- as Disposições Preliminares e,
- os Direitos Fundamentais.

2. O Segundo Livro ou *Parte Especial* compreende:

- a Política de Atendimento;
- as Medidas de Proteção;
- a Prática de Ato Infracional;
- as Medidas Pertinentes aos pais ou responsáveis;
- o Conselho Tutelar;
- o acesso à Justiça;
- os Crimes e as Infrações Administrativas.

A continuação fazemos uma análise do conteúdo do ECA, assim como também tentemos trazer à luz como ele se traduz no dia a dia do adolescente:

1. O LIVRO I, ou Parte Geral (Arts. 1-85):

Este livro contém as Disposições Gerais que fala sobre a proteção integral ao adolescente (Arts. 1-6), onde:

- define o adolescente pela idade cronológica;
- explicita que o adolescente tem que gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, a fim de que lhes seja facultado o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e de dignidade;
- declara que é dever da família, da comunidade e da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos preconizados no Art. 227 da Constituição Nacional: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária;
- define em que consiste a prioridade do adolescente: o primeiro em receber proteção e socorro em qualquer circunstância; precedência de atendimento nos serviços públicos; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; alocação privilegiada de recursos públicos;
- enfatiza que nenhum adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

No capítulo referente aos Direitos Fundamentais, se especificam os direitos que são garantidos por lei ao adolescente para seu adequado desenvolvimento bem como a forma de atendê-los (Arts. 7--69).

Trata-se do direito à vida e à saúde, mediante a **efetivação de políticas públicas que permitam um nascimento e um desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência**; atendimento de acordo às suas necessidades (promoção, proteção e recuperação da saúde) através do Sistema Único de Saúde, **incluindo o pré e perinatal**; propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que precisem dele; os empregadores e as instituições de correção deveram propiciar condições

adequadas para o aleitamento materno; os portadores de deficiência física terão direito a atendimento especializado com fornecimento gratuito de medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao seu tratamento, habilitação e/ou reabilitação; comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar os casos em que se suspeita ou se confirma maus-tratos e violência contra o adolescente.

No dia a dia do contingente de adolescentes que pertencem a famílias cujo ingresso mensal *percapita* só lhes permite satisfazer as suas necessidades básicas, **esta proteção à saúde e à vida garantida por lei não é uma realidade**, traduzindo-se em largas filas de espera, madrugadas e viagens sem sucesso a procura de atendimento nos hospitais e centros de saúde. Muitas vezes, quando se consegue a consulta médica, aparece o problema da compra dos medicamentos ou de continuar o calvário na procura dos exames de laboratório. Para verificar esta realidade é só você despojar-se do seu cargo e passar a ser um ‘**anônimo**’ paciente a mais em busca de atenção de saúde na rede pública.

Esta situação se contrapõe ao analisar o que seria o direito à saúde e à vida à luz do legislado no **ECA** e confirma as observações que diversos autores respeito aos eventos facilmente evitáveis através da oferta de serviços de boa qualidade e de medidas educativas. Exemplo disto é o grande número de adolescentes jovens, menores de 20 anos, que morrem por causas absolutamente evitáveis, como são as causa obstétricas diretas e complicações decorrentes do parto, que são preveníveis através de uma boa assistência pré-natal e ao parto, oferta de serviços de boa qualidade e de medidas educativas (SES/SP, 1996; LEFÉVRE, 1992; CARVALHO, 1992; VOGEL, 1995; TRAVASSOS, 1998,).

Esta situação nos mostra a necessidade urgente de enfocar de modo especial, as necessidades de saúde dos adolescentes, já que como bem afirma TRAVASSOS:

“A evitabilidade de grande parte dessas complicações e agressões define o desperdício financeiro e o custo psicológico e social decorrentes, expressão da insuficiência de ações efetivas que se voltam para proteger a saúde e, portanto, concorrer para que os jovens tenham ampliadas suas chances de um futuro livre de incapacidades, quaisquer que sejam elas”(TRAVASSOS, 1998:192). (* o sublinhado é nosso)

Estão também considerados nesse capítulo o direito à liberdade, de poder ir e vir e estar nos espaços públicos, de opinião e expressão, de crença e culto religioso, de brincar, praticar esportes e se divertir, de participar da vida familiar, comunitária e política, de buscar refúgio, auxílio e orientação; **o direito ao respeito**, que é a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral assim como a conservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, das idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais; e o direito à dignidade, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

No direito à convivência familiar e comunitária, todo o adolescente tem o direito de ser criado e educado pertencendo à sua família (ou a uma família substituta em caso fortuito), sendo assegurada assim a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes; incumbindo aos pais o dever de sustento, guarda e educação dos filhos. Este artigo do **ECA**, a nosso modo de ver se complementa com o normatizado no seguinte artigo que fala da obrigatoriedade e gratuidade do ensino fundamental. Consideramos que os pais e responsáveis dos adolescentes e das crianças tem o dever e a obrigação fazer valer o direito garantido no ECA e de fazer com que sejam cumpridos. Desafortunadamente geralmente este é outro dos direitos dos adolescentes que só ficam no âmbito do papel e da letra morta, cada ano observamos por todos os meios de comunicação o espinhoso caminho que tem que recorrer os responsáveis para garantir uma vaga nas instituições de ensino e como exigir a um pai que esta desempregado que cumpra com o sustento dos filhos? Que garantias de trabalho se lhe estão brindando para que possa suprir as mais básicas necessidades de seus filhos?.

No direito à educação, coloca-se **o ensino fundamental de caráter obrigatório e gratuito**; a educação especializada para os portadores de deficiências; o acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo suas capacidades. **No ensino fundamental** devem existir programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde, visando assim o pleno desenvolvimento, preparo para o pleno exercício da cidadania e a qualificação do seu trabalho; à cultura, ao esporte e ao lazer, os Municípios e os Estados estão na obrigação de

estimular e facilitar a liberação de recursos e de espaços para a programação de atividades culturais, esportivas e de lazer para os adolescentes.

Referente ao direito à educação o ECA estipula que:

“ o não-oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público ou sua oferta irregular importa responsabilidade da autoridade competente” (ECA, Art. 54&2).

Será que nossas autoridades têm conhecimento deste artigo do ECA no qual se declara a sua responsabilidade? Será que há alguma forma de fazer que este direito, que é um dos mais básicos e elementares, mas que por sua vez tem uma repercussão potencial no que será o futuro do país quando estes adolescentes de hoje sejam os adultos de amanhã? Cabe perguntar que classe de pessoas estamos preparando para o futuro de nossos países.

O direito à profissionalização e à proteção no trabalho, afirma que, salvo na condição de aprendiz, é proibida qualquer forma de trabalho aos menores de quatro anos de idade. Enquanto aprendiz deve ter bolsa assegurada e ao adolescente portador de deficiência física lhe é assegurado por lei trabalho protegido.

O ECA afirma claramente que na profissionalização e na proteção no trabalho se deve ter em conta que o adolescente é uma pessoa em desenvolvimento e que ele deve ter uma capacitação adequada ao mercado do trabalho. **Isto está muito longe da cruel realidade em que trabalha e estuda a grande maioria dos adolescentes não só brasileiros e sim latino-americanos, que têm que se enfrentar ‘ao mundo na procura do feijão competindo com os adultos’** (expressão de uma adolescente que é atendida no PROSAD), sem garantias, sem vínculo, com extensas jornadas de trabalho e o pior atentando contra o seu próprio desenvolvimento.

No capítulo referente à **Proteção Especial**, se afirma que é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos do adolescente e estes direitos são (Arts. 70-85). Aqui se garante que o adolescente tem direito à proteção especial, para que o adolescente possa ter acesso à informação, à cultura, ao lazer, aos esportes, às diversões, aos espetáculos, aos produtos e serviços que respeitem sua condição

de pessoa em desenvolvimento. Sendo assim as emissoras de rádio e televisão só poderão emitir programas com finalidade educativa, artística, cultural e informativa no horário recomendado para o público juvenil. Não se poderá vender bebidas alcoólicas, cigarros, revistas e publicações com material impróprio para adolescentes.

O ECA estabelece que:

“a inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade de pessoa física ou jurídica, nos termos da lei”(ECA, Art. 73)

No LIVRO II. ou Parte Especial, **fala-se da Política de Atendimento, das Medidas de Proteção, da Prática do Ato Infracional, das Medidas Pertinentes aos Pais ou Responsável, do Conselho Tutelar, do Acesso à Justiça e dos Crimes e das Infrações Administrativas (Arts. 86- 267):**

Na Política de Atendimento (Arts. 86-97) destaca-se:

- As disposições gerais, nas quais se afirma que a Política de Atendimento dos Direitos do Adolescente se fará através do conjunto articulado de ações governamentais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
- As linhas de ação da Política de Atendimento **são:** Políticas Sociais Básicas, Políticas e Programas de Assistência Social de caráter supletivo; serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, com proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos do adolescente.
- As diretrizes da Política de Atendimento para o qual se deve municipalizar o atendimento; criar os Conselhos Municipais, estaduais e nacional dos Direitos da Criança e dos Adolescentes; criar e manter programas específicos; manter os fundos nacionais, estaduais e municipais vinculados aos respectivos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente; integrar o Judiciário, o

Ministério Público, a Defensoria, a Segurança Pública e a Assistência Social, para fins da operacionalização e da agilização do atendimento inicial ao adolescente a quem se lhe tenha atribuído autoria de ato infracional.

- As Entidades de Atendimento **que** são as responsáveis pela manutenção da sua Unidade, pelo planejamento e a execução de programas de proteção e sócio-educativos que atendem a adolescentes em regime de orientação e apoio sócio-familiar, apoio sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, abrigo, liberdade assistida, semiliberdade e/ou internação.

Nas Medidas de Proteção (Arts. 98-102) afirma-se que estas deverão **ser aplicadas sempre que os direitos dos adolescentes** reconhecidos pelo **ECA foram ameaçados ou violados por omissão da sociedade ou do Estado**, por omissão, por falta ou por abusos dos pais ou responsáveis ou ainda em razão da sua conduta.

- Na aplicação das medidas de proteção deve levar-se em conta as necessidades pedagógicas específicas do adolescente em questão e a conservação dos laços afetivos entre este e a sua família.

- **A autoridade competente poderá indicar para o adolescente uma das seguintes medidas:** encaminhar aos pais e/ou responsáveis; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento de ensino oficial; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio familiar, ao adolescente, de alcoólatras ou toxicômanos, segundo necessidade; abrigo em entidade.; tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico a nível hospitalar ou ambulatorial.

No caso do adolescente praticar um ato infracional (Arts. 102-128): o ECA dispõe o seguinte:

- Que infração é crime ou contravenção penal; já que os menores de 18 anos são penalmente inimputáveis.

- Que **nenhum adolescente será privado de sua liberdade**, a não ser que seja pego em flagrante, sendo a sua apreensão e o local de recolhimento imediatamente comunicados à sua família e às autoridades judiciárias competentes.
- Nenhum adolescente poderá **ser privado da sua liberdade sem o devido processo legal** com o cumprimento das garantias a que ele tem direito.
- Uma vez **verificado o ato infracional**, a autoridade competente poderá indicar para o adolescente uma das seguintes medidas (de acordo à sua capacidade de cumprimento): advertência, obrigação e compromisso para reparar o dano ocasionado; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semi liberdade ou internação em estabelecimento educacional.
- **A prestação de serviços comunitários** é a realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por tempo máximo de seis meses, em instituições assistências, hospitais, escolas ou em programas comunitários ou governamentais.. Estas tarefas serão de acordo às capacidades do adolescente, em período diário de 8 horas ou aos sábados, domingos e feriados a fim de não interferir com a sua freqüência à escola.
- **A liberdade assistida** será adotada sempre que se assegurar a medida mais adequada para lograr um acompanhamento e uma orientação do adolescente. Para isto ele deve estar preferivelmente inserido num estabelecimento educativo ou atividade de profissionalização.
- **O regime de semiliberdade** pode ser indicado no princípio ou após como etapa de preparação para a liberdade. Nele é obrigatória a assistência ao ensino ou às atividades profissionalizantes.
- **A internação** constitui a última medida a ser tomada e não deve exceder os três anos. Sempre que possível, deve ser permitida a realização de atividades externas. A entidade deverá ser exclusiva para adolescentes e estes devem ser obrigatoriamente separados segundo a idade, a complexidade física e a gravidade da infração. O adolescente privado da liberdade tem entre os seus direitos elementares: ser tratado com respeito e dignidade;

permanecer internado na localidade mais próxima do lugar de residência; ter acesso aos objetos necessários à higiene e ao asseio pessoal; habitar em alojamento em condições adequadas de higiene e salubridade; receber escolaridade e profissionalização; poder realizar atividades culturais, esportivas e de lazer; ter acesso aos meios de comunicação social; manter posse de seus objetos pessoais e dispor de local seguro para guardá-los; nunca ficar incomunicável como forma de castigo, mas poderá deixar de receber visitas familiares em caso de existir motivos sérios e fundamentados para tomar esta medida.

Assim mesmo o ECA estabelece que o Estado deverá

“zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas mais adequadas de contenção e de segurança” (ECA Art. 125).

Como podemos observar o ECA, quanto ao que afirma no seu conteúdo, no plano dos documentos e/ou da letra morta, em matéria de Legislação e identificação das áreas de proteção para o adolescente se encontra dentro do preconizado pelas Convenções Internacionais e pelos Organismos Internacionais de Defesa dos Direitos dos Adolescentes. No entanto, desafortunadamente, esta legislação não passa de uma utopia ou um ideal muito longe da realidade na qual nossos adolescentes brasileiros desenvolvem o seu dia a dia de formação e sobrevivência.(RIZZINI, 1995; FALEIROS, 1995; VOGEL, 1995; LEFÉVRE, 1992)

O Brasil é um país de grande dimensão territorial, rico em recursos naturais e em condições para a produção agro-industrial. Mas essas riquezas e o crescimento econômico alcançado não estão sendo bem distribuídos de forma a beneficiar a totalidade da sua população. O país há vários anos, mais especificamente com a implantação das medidas de ajuste do modelo neoliberal, vem acumulando uma dívida social para com a grande massa da população brasileira (SOARES, 1998), especialmente com as crianças e os adolescentes cujas famílias pertencem aos estratos sociais de baixa renda.

A realidade destes adolescentes está marcada pela falta de acesso à escola; quando conseguem entrar em instituições de ensino oficiais são expulsos delas (por comportamento social ‘inadequado’) ou acabam abandonando-os por falta de interesse e de identificação do seu objetivo com a sua vida; quando conseguem permanecer na instituição são precocemente lançados no mercado do trabalho, porque seus pais não possuem renda suficiente para atender às necessidades básicas de seus filhos. (CARVALHO, 1992)

Acreditamos que seja necessário, a partir dos segmentos organizados e da sociedade como um todo, criar espaços onde o ECA possa acontecer efetivamente, para que não se torne um ‘objeto de recordação’ e para que no futuro possamos afirmar: nem tudo mudou, mas logrou-se transformar grande parte da realidade dos adolescentes brasileiros. Caso contrário, teremos que fazer nossas as palavras publicadas no Jornal Folha de São Paulo (19/10/1990):

“se não forem construídos equipamentos educacionais onde essas crianças tenham espaço para sobreviver, viver e crescer e exercer a cidadania, [e condições socio-econômicas que permitam que elas e as suas famílias tenham supridas as suas necessidades básicas]*, num futuro não muito distante deverão ser construídos sanatórios e hospitais para abrigar os gabirus resultados da fome e da miséria” (* agregamos nós)

PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE

Quanto à saúde, especificamente, temos no **Brasil o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**, desde 1989, cujo **objetivo** é brindar aos jovens alternativas, ações e canais adequados e a seu alcance, que lhes permitam obter os conhecimentos necessários respeito à promoção e conservação de sua saúde, dando como resultado, no futuro, um adulto sadio.

Esse Programa criado na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAM), no Ministério da Saúde, hoje encontra-se inserido na estrutura da Secretaria de Projetos Especiais, sob a responsabilidade do Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente – SASAD. Abrange a clientela na faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, buscando a

melhoria da qualidade da atenção à saúde do adolescente e um atendimento adequado e real aos problemas dessa faixa etária.

O **PROSAD** afirma que a adolescência envolve a integração de diferentes áreas, ressaltando a necessidade da mobilização e participação de setores governamentais e não-governamentais, como Educação, Trabalho, Justiça, Lazer, para assegurar a interdisciplinaridade das ações dirigidas ao adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991), o PROSAD busca normatizar as ações nas áreas prioritárias; estimular e apoiar a implantação e implementação dos programas estaduais e municipais; e promover e impulsionar estudos e pesquisas relativas à adolescência. Tem como objetivo principal:

“Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais” (MS, 1991:3).

Segundo o **PROSAD**, as áreas prioritárias de atenção ao Adolescente são: *Crescimento e Desenvolvimento; Saúde Bucal; Saúde Mental; Sexualidade; Saúde Reprodutiva e Doenças Sexualmente Transmissíveis; Saúde do Escolar Adolescente e Prevenção de Acidentes.*

Na área de *crescimento e desenvolvimento*, busca-se assinalar a grande importância do acompanhamento com participação dos pais, família, educadores e comunidade em geral.

Por meio da *educação em saúde*, percebe-se que o usuário (adolescente) se apropria de conhecimentos sobre as condições de saúde e sobre os cuidados que lhe são dirigidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)

A área de *saúde bucal* enfatiza os aspectos preventivos e curativos, assim como também trabalha de forma integrada com os serviços especializados, tendentes à promoção da saúde oral dos adolescentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)

A área da *Sexualidade* tem por objetivo dar educação ao adolescente sobre a sexualidade, suas manifestações ou expressões, clarear tabus que diminuam sentimentos de culpa, preocupações, ansiedades. A área de *Saúde Reprodutiva e Doenças Sexualmente transmissíveis (DST)*, contempla dar informação ao adolescente sobre seu corpo, a prática sexual, a gravidez, os métodos anticoncepcionais e sobre aquelas inquietudes que ele tenha. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)

Tudo isto, segundo o próprio Ministério, dará como resultado um adolescente responsável e informado sobre doenças sexualmente transmissíveis e planejamento, para que faça bom uso de sua sexualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

A área de *Saúde do Escolar Adolescente* tem por objetivo desenvolver ações de promoção, preservação e recuperação da saúde do escolar, conhecer as condições de saúde do escolar, fomentar o lazer, o esporte, e a recreação. Nesta área, faz-se necessário o trabalho conjunto dos setores de educação e de saúde. (SAGRE, 1991).

É prioritário, na área de *Prevenção de Acidentes*, identificar condutas ou situações, que possam aumentar o risco de acidentes, por meio de educação, palestras, demonstrações, entre outras, tanto na escola como nos centros de atendimento e comunidade.

O **PROSAD** se propõe estimular e apoiar a implantação dos Programas Estaduais e Municipais para assegurar o atendimento adequado ao adolescente, preservando as peculiaridades regionais; promover e apoiar pesquisas multicêntricas relativas à adolescência e participar e contribuir para o desenvolvimento de atividades intra e intersectoriais, no processo de implantação da Política Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente dirigidas à adolescência e à juventude e desenvolvidas em todas as instâncias de Governo, preservando os princípios contidos no ECA.

Consideramos necessário ressaltar que grande parte destes objetivos ficam só no papel ou no discurso. Mas é preciso conhecê-los e analisá-los, pois ao difundí-los, eles saem do papel e começam a ser cobrados pela população, chegando um momento em que têm que ser operacionalizados.

Algumas Experiências Locais.

1. NO RIO DE JANEIRO

Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Visitamos diversas instituições que prestavam assistência ao adolescente, em busca de documentos, leis, programas e normas que guiassem, direcionassem e/ou orientassem a atenção a esse grupo populacional. A continuação fazemos um resumo do seu trabalho junto ao adolescente e de como este se iniciou.

A visita realizada à Secretaria Estadual de Saúde de Rio de Janeiro teve por objetivo acessar os documentos relacionados à existência de uma Política Nacional da Juventude.

Tivemos acesso aos documentos relativos à capacitação do pessoal de Enfermagem com o Programa de Saúde Integral do Adolescente. Estes documentos foram as atas das reuniões (tanto pré-curso, durante o curso como as pós-cursos ou de avaliação), dos cursos (listagem dos integrantes, instituição que representavam, profissão), das comunicações do Ministério da Saúde (relacionadas à liberação de orçamento, material, pessoal do nível central que iria a destacar-se para a capacitação), do material distribuído a cada um dos participantes.

Esta capacitação envolveu tanto *o pessoal ligado diretamente à assistência* (ginecologistas, gineco-obstetras, médicos, **enfermeiras**, psicólogos, assistentes sociais) como também a docentes e funcionários públicos que estariam ou estavam relacionados com o tema. Esta primeira capacitação teve duração de uma semana, em horário integral e com distribuição do material educativo para cada um dos participantes. Estes assumiram o compromisso de ser multiplicadores, nos seus respectivos locais de trabalho, dos temas abordados na capacitação.

Num primeiro momento **o objetivo central da capacitação foi na verdade sensibilizar, despertar e criar consciência**, nos agentes escolhidos, da grande importância do adolescente e das suas muitas necessidades não só biológicas ou físicas, e sem de uma atenção de forma integral como um ser complexo e composto de muitas partes as quais requeriam atenção em igual intensidade.

A grande maioria dos integrantes deste primeiro curso de capacitação foram médicos, ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras (cujo número não foi muito representativo).

Foram realizados vários cursos de capacitação, de sensibilização e de preparação de executores e multiplicadores das premissas do Programa.

Com base nas **atas consultadas** e em **alguns depoimentos** dos diversos integrantes da equipe de saúde e do pessoal administrativo, referentes à avaliação das atividades realizadas diretamente com os adolescentes nos diversos serviços ou instituições dos capacitados, gostaríamos de ressaltar que:

- o problema mais citado foi **a ausência de infraestrutura** disponível para a realização do programa nas instituições e Postos de Saúde;
- **a falta de recursos materiais apropriados** tais como sala, móveis, papelaria, espaço, que brindasse ao adolescente um espaço privado não só na sala de espera junto com outros adolescentes, mas também, e sobretudo, que proporcionasse privacidade (tão necessária para o adolescente) no atendimento médico específico. Tudo isto fazia com que o adolescente se sentisse coibido, inibido e tímido para a consulta, pelo qual desistia do atendimento no Programa.
- **o reduzido pessoal capacitado ou treinado para o trabalho com adolescentes** fazia com que não existisse uma consciência real por parte de todo o pessoal que trabalha nos centros de saúde sobre a importância do atendimento diferenciado a este grupo populacional, o que fazia com que muitos funcionários se convertessem em obstáculos ou pedras para o funcionamento do Programa.
- **Nas visitas realizadas e segundo depoimentos** obtidos nestas visitas observamos que, nos centros de saúde não se aumentou o número de funcionários pelo qual os que recebiam a capacitação deviam multiplicar-se para realizar o seu trabalho anterior e o atendimento ao adolescente. Além disso, o fato de ter que reservar salas para o atendimento exclusivo dos adolescentes, durante determinados dias fazia que os

funcionários não mobilizados ou sensibilizados expressassem inconformidade ou mal-estar.

- Os entrevistados manifestaram que muitos desses problemas persistiram por muito tempo até serem corrigidos, **sendo que alguns persistem até hoje**.
- Expressaram também ter certeza que estas situações de **‘não comprometimento de alguns profissionais e agentes de saúde com a causa dos adolescentes’** teria necessariamente que mudar com o tempo, com a necessidade cada dia mais sentida de dar atenção a este grupo populacional, assim como com a divulgação dos resultados obtidos.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)

Nas dependências do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) reuniam-se, de forma periódica, no início da década de 1970, estudantes de medicina, uma *enfermeira* e uma psicóloga da Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ) com adolescentes internados nos diversos serviços do HUPE, para brindar-lhes momentos de recreação e reflexão.

Assim se começou a formar um grupo de trabalho com os adolescentes que passou a exigir locais próprios para a realização de suas atividades. Mas, apesar de se reconhecer a importância das atividades que este grupo realizava, o programa docente assistencial de Atenção de Saúde do Adolescente só foi aceito pelo Departamento de Medicina Interna após a enfermaria de Clínica Médica destinar camas para a internação exclusiva de adolescentes.

É assim como, em 1974, se criou no HUPE a Unidade Clínica de Adolescentes para jovens de 12 a 21 anos. Esta unidade, a princípio, tinha quatro consultórios de serviço ambulatorial, que funcionavam de manhã, e duas salas de internação com 20 camas (12 para mulheres e 8 para homens). O grupo de trabalho era formado por dois pediatras, três especialistas clínicos, uma assistente social, uma psicóloga, dois especialistas em atividades recreativas e *uma enfermeira*. Este grupo adotou, desde o seu início, a

perspectiva de integração multidisciplinar e a atenção integral do adolescente, conferindo assim características particulares à inovadora metodologia de trabalho no HUPE.

Após mais de uma década, em 1986, promoveu-se a ampliação da equipe técnica, a melhoria das instalações dos serviços de internação e a adequação do Pavilhão Floriano Stoffel para a atenção ambulatorial, tudo isto com fundos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e do Projeto Modelo de Atenção Integral à Saúde de Adolescente (MAISA I) da Fundação W. K. Kellogg. Procurava-se estabelecer um programa de saúde para escolares e adolescentes da rede pública e para a atualização de profissionais.

Com a aprovação do Projeto MAISA II da Fundação W. K. Kellogg, em 1989, a Unidade Clínica de Adolescentes passou a trabalhar em atenção primária, mediante a interação com algumas comunidades, ampliando seus serviços além dos muros da universidade, dando origem a um serviço ambulatorial no Centro Comunitário Nossa Senhora Auxiliadora no Morro Pau da Bandeira, e permitindo a unificação com o serviço ambulatorial do Centro Integrado de Educação Pública Salvador Allende na comunidade do Parque Vila Isabel, lugar onde os **professores e alunos da Faculdade de Enfermagem da UERJ** atendiam aos escolares. O estabelecimento deste projeto permitiu a interação com algumas escolas da esfera programática da Universidade e favoreceu a instrumentação de técnicas educativas no campo da saúde, tanto no trabalho com alunos como na formação de multiplicadores.

A equipe, por meio de atividades educativas centradas na promoção da saúde do trabalhador adolescente e na prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais, colaborou com instituições que ditavam cursos de capacitação e de formação profissional de adolescentes e com empresas que tinham adolescentes trabalhadores.

Atualmente, a Unidade Clínica de Adolescente (por meio do Projeto MAISA II), junto a outros setores da Universidade, continua trabalhando na promoção da saúde nas comunidades e participando em competições esportivas, debates sobre saneamento básico e campanhas do interesse da própria comunidade.

Devido ao seu crescimento, a Unidade de Clínica do Adolescente é desvinculada, pelo Departamento de Medicina Interna, do Serviço de Clínica Médica, e é elevada à categoria de seção especializada, tendo assim maior autonomia para a realização de suas atividades docente-assistenciais. Na atualidade, esta Unidade é um serviço que tem renome nacional e internacional, tanto para a atenção direta do adolescente como para a capacitação e o treinamento dos profissionais que desejam dedicar-se ao cuidado deste setor da população.

A atenção ao adolescente é realizada em três níveis:

1. A atenção no nível Primário, que se realiza nos Serviços ambulatoriais Nossa Senhora Auxiliadora, no Morro Pau da Bandeira, no Centro Integrado de Educação Pública Salvador Allende e no Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela, na comunidade Parque Vila Isabel.

No **Centro Comunitário Nossa Senhora Auxiliadora**, desde a sua inauguração em outubro de 1990, se encontram trabalhando um grupo multidisciplinar de profissionais da Unidade Clínica de Adolescente e de bolsistas do Projeto MAISA II, realizando atividades ambulatoriais para adolescentes da comunidade do Morro Pau da Bandeira.

O Centro Integrado de Educação Pública Salvador Allende, localizado na comunidade Parque Vila Isabel, é uma instituição de ensino formal que possui um centro de serviço ambulatorial de atenção primária à saúde para escolares, o qual funciona desde agosto de 1989 com professores e estudantes da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Com a associação efetiva e formalizada da Faculdade de Enfermagem com a Unidade Clínica de Adolescentes, o Centro passou a ser uma unidade de extensão do projeto. Este serviço ambulatorial se caracteriza, fundamentalmente, pela articulação da saúde com o sistema educativo, incorporado à comunidade.

Além das atividades de assistência propriamente ditas, neste centro se realizam atividades grupais, palestras com os alunos e reuniões com os professores. Conta-se com a participação de uma equipe multidisciplinar da Unidade Clínica do Adolescente tanto para as atividades (tarefas) de planejamento como para as de execução.

Já o **Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela** sempre teve uma grande demanda de serviços na assistência a adolescentes do bairro Vila Isabel, mais ainda não havia realizado um trabalho específico para adolescentes que lhe permitira resolver os numerosos problemas de saúde deste grupo etário específico. Em 1988, o Centro se associa à Unidade Clínica do Adolescente e se iniciam trabalhos de sensibilização com uma equipe multidisciplinar de médicos pediatras, especialistas clínicos, gineco-obstetras, **enfermeiros**, e assistentes sociais respeito à importância da atenção integral do adolescente. Estes profissionais receberam capacitação por etapas na unidade e assistiram a cursos e a seminários ditados pelas Secretarias de Saúde dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo.

É assim como, em dezembro de 1990, o Centro inaugurou o Programa de Atenção de Saúde do Adolescente, em conformidade com a política nacional de saúde, passando a integrar a rede de referência para adolescentes no bairro Vila Isabel e a executar um programa de assistência a adolescentes grávidas.

2. A atenção Secundária se realiza no serviço ambulatorial ‘especializado’ Pavilhão Floriano Stoffel, que se encontra situado entre o HUPE, a Escola Estatal João Alfredo e a Escola Municipal Argentina. Desde a sua inauguração, em 1986, este Pavilhão tem sido administrado pela Unidade Clínica do Adolescente. A equipe coordenadora tem se preocupado não só com a produtividade mas também com a melhoria da qualidade da prestação dos serviços mediante a observação do tempo de demora do adolescente na sala de espera, do fluxo de pacientes, da relação dos adolescentes com os diferentes profissionais em treinamento e com os estudantes.

A consulta de enfermagem é a porta de entrada, onde são classificados os pacientes. Os casos que requerem atenção primária, são enviados para os centros e postos de saúde do lugar de residência dos adolescentes, e são programadas consultas para os casos de atenção secundária, seja para o mesmo dia ou para um prazo curto, segundo a urgência do caso. Desta forma, organizou-se o serviço reduzindo-se o tempo de espera, agilizou-se o fluxo de pacientes e aumentou-se a resolutividade na resolução dos problemas para este grupo etário.

O aumento da demanda pelo serviço estimulou a criação de alguns projetos com equipes de pesquisa, assim como a elaboração de trabalhos de rotina. Foram criados os programas de atenção integral do adolescente com cardiopatia, gravidez na adolescência e saúde escolar; e alguns horários do ambulatório se organizaram para atender melhor problemas concretos como os de crescimento e desenvolvimento, colagenoses e afecções traumatológicas e ortopédicas.

3. A atenção Terciária, realiza-se no Serviço de Internação Aloysio Amancio da Silva, onde são atendidas as questões mais complexas de saúde que demandam um estudo técnico mais profundo. Os pacientes internados neste serviço são referidos por todos os serviços de saúde do Estado de Rio de Janeiro, por ser este o único especializado na atenção deste grupo etário.

Consideramos importante ressaltar a função estratégica que cumpre a **Enfermagem no atendimento aos adolescentes nos diversos níveis de atenção que se brinda no HUPE/RJ e a certa facilidade com que se pode dar atenção aos adolescentes num centro de atenção universitário.**

Nesta experiência específica foi fundamental o interesse e a disponibilidade dos profissionais para dar início à assistência ao adolescente. É importante registrar que os Hospitais universitários contam a variedade e multidisciplinaridade dos profissionais de saúde necessários para brindar uma atenção adequada. Mas é preciso estar sensibilizados e mobilizados para esta causa para assim poder aproveitar ao máximo os recursos disponíveis.

Ao nosso ver esta é uma experiência que facilmente poderia servir de modelo para os diversos hospitais (sobretudo universitários) e centros de saúde nos Programas de Saúde voltados para este grupo populacional.

EM SÃO PAULO

O Projeto 'Janela'.

Seu *objetivo* é desenvolver um trabalho conjunto para promover ações de fortalecimento do adolescente como ser humano, de tal forma que lhe permita

ampliar a expressão do seu potencial criador; fortalecer sua autoestima e seu espírito crítico; e estabelecer novas bases para seus projetos de vida.

Profissionais de diversas áreas interessados em viabilizar a atenção ao adolescente paulista reuniram-se em abril de 1985 na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O seu interesse surgiu ao observar as grandes carências, os desafios e os riscos enfrentados pelos adolescentes, e a convicção de que a sua atenção requeria e exigia, mais que médicos especialistas ou que ter um amplo conhecimento da adolescência, uma equipe multidisciplinar altamente motivada para a atenção integral, que se vinculasse à família, à comunidade e aos outros setores do governo, para lograr a realização de um trabalho integrado.

É assim como se constitui um grupo que dirigiria o **Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde de São Paulo**, sendo inaugurado em março de 1986 o primeiro serviço governamental da rede básica de saúde do Estado de São Paulo para adolescentes .

Atualmente, a equipe de profissionais está constituída por educadores, assistentes sociais, **enfermeiros**, médicos clínicos, pediatras, gineco-obstetras, urólogos, psiquiatras, psicólogos, historiadores, psicodramatistas, literatos, monitores de leitura, professores de teatro, dança, educação física, artesanato, canto, música e professores de cursos profissionalizantes como marcenaria, imprensa, costura e datilografia.

O Programa, desde o seu início, enfocou suas ações para combater os fatores de risco e para fortalecer a proteção da saúde por meio de mecanismos que motivassem o adolescente a procurar e a conviver em ambientes que pudessem incentivar-lhe a adquirir um estilo de vida saudável.

O contato estreito e direto com os adolescentes nos mostrou que a problemática do adolescente paulista encontra-se relacionada com aspectos sociais: 70% dos adolescentes que participaram do programa tinham problemas sociais que interferiam com o seu desenvolvimento pessoal, debilitavam a dinâmica familiar, escolar e comunitária; sendo que 85% deles careciam de acesso a atividades culturais, artísticas e/ou esportivas, e as suas únicas diversões eram a TV e a rua.

O adolescente aqui foi estimulado a converter-se em sujeito de sua própria saúde e a considerar a comunidade como sua principal promotora. Como resultado dos encontros comunitários em escolas, igrejas, associações culturais e esportivas, organizações de vizinhos, entidades femininas, grêmios estudantis, grupos de jovens e outros nos quais o adolescente pudesse participar e conversar abertamente sobre o que significa ser adolescente, intercambiar sonhos e necessidades, estas últimas em maior número, se traçou “*o perfil do adolescente por ele mesmo*”, que originou um trabalho pioneiro de onde surgiram grupos de dança e de teatro das escolas e dos centros, cujos integrantes se converteram em agentes de saúde e multiplicadores da esperança de uma vida melhor para eles mesmos.

É assim como surge o **Projeto Janela**, como uma ação mobilizadora do potencial criador do jovem e reforçadora da autoestima. Segundo um adolescente o **Projeto Janela** é *‘um espaço irradiador de luz por onde vemos o mundo como ele é e como nós gostaríamos que fosse, cada vez que abrimos a janela e deixamos entrar o novo dia. É por onde vemos o sol, a lua, as estrelas, a chuva, a rua, as pessoas a vida e o mundo’*

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo através desse **Projeto** buscou o fortalecimento, a união e a cooperação entre várias secretarias do estado (cultura, trabalho, esportes, justiça e educação), dos municípios e de diversos organismos não governamentais, para com um esforço intersetorial considerar e responder de maneira integral às necessidades dos adolescentes.

As ações básicas do **Programa Janela** são: *clube da leitura*, com atividades que estimulam a capacidade crítica e criadora e para despertar e motivar o amor pela leitura; *grupos de teatro*, que são espaços libertadores das emoções e das fantasias para a produção e representação de textos teatrais; *grupos de dança*; *grupos de discussão aberta*, onde os jovens e os profissionais se reúnem para a discussão de temas científicos ou outros de seu interesse; *cursos ‘conversando com os adolescentes e jovens’*; *gincanas*, feiras da ciência e da cultura; *campanhas de valorização das escolas*, realiza por jovens, com jovens e para jovens como forma de combater a destruição das escolas e a deserção escolar; *festivais de arte e concursos de redação*, se realizam nos centros de saúde, escolas e grupos juvenis;

poesia, música, teatro, dança e artesanatos; maratonas esportivas de futebol, basquete e vôlei; visitas conjuntas a museus, bibliotecas e excursões de caráter ecológico; reuniões específicas para o estudo e o debate sobre questões sociais, problemas raciais, e as condições econômicas, políticas e sociais que prevalecem na sociedade paulista; atividades de jovens com jovens, para a formação de grêmios escolares; encontros de adolescentes, de caráter local, regional e estadual para analisar seus problemas e os do Estado; participação na elaboração e na execução de pesquisas, como a que está sendo executada sobre sexualidade junto à OMS e à OPAS; cineforos e videoforos, para discussão de filmes educativos junto à equipe multiprofissional da Secretaria.

Diversas Organizações Internacionais (OPAS, OMS e outras) se encontram apoiando pesquisas sobre a gravidez na adolescência, expressão da sexualidade entre adolescentes, qual é o melhor momento para iniciar a atividade sexual e procriação na adolescência, com o fim de formular ações e programas cujo objetivo final é a instrumentalização do adolescente para ter uma vida sexual segura, prazerosa e consciente, assim como evitar gravidez não desejada.

Este foi um exemplo daquilo que seria o mais aproximado ao atendimento integral à saúde do adolescente desde o ponto de vista preventivo e de promoção da saúde, e não apenas reparador ou curativo. Este Programa surge como uma alternativa a ser brindada aos adolescentes utilizando-se do trabalho em grupos por e para adolescentes. Aqui, mais do que em nenhum outro lugar, os adolescentes põem as regras e elas são necessariamente cumpridas.

Neste Programa encontram-se engajados uma grande diversidade de profissionais e não profissionais. O mais importante para trabalhar no programa é estar mobilizado e compreender as necessidades que o adolescente tem de ter ‘um espaço’ onde sejam preenchidas as mais diversas expectativas e onde ele possa expressar-se livremente e tenha a certeza de que serão ouvidos e respeitados os seus comentários.

Esta é uma demonstração a mais de que para brindar atenção integral não é necessário ter uma grande infraestrutura e sim sensibilização, gente disposta a atender e a compreender o adolescente, que é um ser criativo ao qual não se lhe pode chegar com um pacote preparado e sem muita disposição para dialogar e esclarecer suas dúvidas.

NA COLÔMBIA

POLÍTICA DA JUVENTUDE COLOMBIANA (POJUCO)

Na **Colômbia**, até o ano de 1993, não se haviam formulado políticas referentes aos jovens. Mais ainda, a franja de população compreendida entre 12 e 24 anos não constituía, para as distintas entidades do Estado, um setor social claramente delimitado como beneficiário de programas e serviços.

Devemos reconhecer que muitas entidades governamentais e não governamentais têm entre seus beneficiários o jovem, mas nenhuma o assume como tal **num sentido integral**, senão sob a ótica particular de um serviço ou de uma competência legal. Assim, o Estado carecia de instrumentos idôneos para compreender, interpretar e responder cabalmente às necessidades da juventude.

Os municípios carecem, em geral, de programas para atender os jovens; só algumas instituições de nível federal desenvolvem diversas ações direcionadas à juventude, mas estas ações não são articuladas entre si.

Entre as instituições que realizam atividades cujas ações têm como beneficiário o jovem temos o Ministério da Educação, instituição que na Colômbia encontra-se mais afim com a juventude, já que esta constitui seu objeto principal de atenção.

Com base na nossa experiência e conhecimento da realidade colombiana, podemos afirmar que mesmo no **Ministério da Educação** é palpável a ausência de programas que estimulem aos jovens; a falta de identificação dos conteúdos de ensino com a realidade e com os interesses próprios da juventude; e ressalta-se também, a falta de melhoria da qualidade do ensino.

Além do anteriormente citado, podemos afirmar que a ação do Ministério da Educação, só se limita à administração, à supervisão dos estabelecimentos educativos, e à contratação do pessoal docente necessário para o seu funcionamento.

Outras instituições do setor educativo como o *Instituto Colombiano para o Fomento da Educação Superior (ICFES)* ou o *Instituto Colombiano de Crédito Educativo e Estudos Técnicos no Exterior (ICETEX)*, só se relacionam com a juventude na medida em que os jovens são usuários de um serviço específico. Igual acontece com o *Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA)*, cujos alunos e beneficiários dos cursos profissionalizantes são majoritariamente jovens.

Podemos afirmar então que, para estas instituições, **os jovens só interessam desde seu papel de estudantes ou como estudante-trabalhador** (nos cursos profissionalizantes) e não como um **ser integral** que se encontra em pleno período de desenvolvimento e de maturação e que requeira, portanto, uma atenção mais integrada e diversificada que responda à maioria das suas necessidades específicas.

Já o *Instituto Colombiano da Juventude e do Esporte (COLDEPORTES)*, tem a seu cargo o tema da juventude. Mas, em razão da sua vocação institucional, limita seu âmbito de ação só à recreação e ao esporte.

Quanto ao *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)*, este enfoca sua ação a partir das competências que lhe são assinadas no Código do Menor. Sua categoria de referência são os menores de idade, com marcada ênfase nos menores de 12 anos. **A partir desta idade, sua intervenção se limita à atenção dos menores infratores da lei penal.**

Pode-se afirmar que a diversidade e a parcialidade das aproximações institucionais se manifesta na insuficiência da informação disponível sobre a juventude. A informação estatística que as entidades oficiais têm sobre os jovens, potenciais usuários de seus serviços, é precária e às vezes, discordante quando se estabelecem comparações entre as distintas fontes de informação.

Alem de tudo isso, **é difícil para os jovens o acesso aos serviços e oportunidades disponíveis** (quando estas existem), por falta de informação oportuna e adequada, que sirva de intermediária entre a oferta de serviços (quando esta se dá e onde se dá) e as demandas juvenis em educação, trabalho, cultura e recreação, entre outras.

Toda esta situação, caracterizada em grandes traços, motivou a criação da Conselho Presidencial para a Juventude, a Mulher e a Família, a qual tinha a tarefa de criar condições para um novo tratamento aos jovens na sociedade colombiana. Dentre das suas funções, encontra-se a de assessorar a elaboração, a formulação e a avaliação das políticas que o Governo Nacional proponha em relação à promoção da juventude, da mulher e da família, bem como a supervisão do desenvolvimento e execução de planos, programas e projetos correspondentes a seus objetivos.

Dentre os critérios formulados na criação da Política para os Jovens, ressaltamos os seguintes:

- Critério de participação. **O eixo fundamental da Política Nacional de Juventude é a criação e o fortalecimento de espaços, em todas as instâncias da vida nacional, onde a participação dos jovens seja possível.** Para tornar realidade esta tarefa, deve comprometer-se não só o Estado mas sim todos os estamentos da sociedade. Isto faz que a Política da Juventude seja uma convocatória a todas as forças sociais e, particularmente, a todos os jovens para lograr que este critério não fique meramente no papel.

Acreditamos que sendo assim, a oferta de serviços e de programas novos não tratará os jovens como meros usuários, e sim como fiscalizadores e participantes das ações. Por outro lado, não se pretende apenas criar espaços exclusivos, com o que se promoveria o seu isolamento, mas, pelo contrário, se procura a sua integração com os diversos setores existentes.

- Critério de organização. Segundo este critério, se impulsará, na medida do possível, **a organização dos jovens dentro de diversas modalidades de grupos geradas por eles mesmos, conservando-se sempre seu pluralismo político, religioso e qualquer outra classe de interesses.** Uma vez os jovens organizados como grupo, seja no nível federal, regional ou local, é possível uma maior participação e pressão, pelo qual lhes será mais fácil canalizar suas atividades de representação e de defesa de seus interesses ante os diversos estamentos políticos e sociais.

• Critério de descentralização. No desenvolvimento dos princípios Constitucionais, a Política Nacional da Juventude se fundamenta no **propósito de impulsionar, a partir do município, a participação dos jovens e a capacidade institucional para atender à demanda**. Este princípio se refere ao propósito de revitalização e independência da vida municipal iniciada na década dos 80, e que foi reafirmada pela Constituição de 1991.

Os outros princípios são **a prioridade de atenção e a equidade entre os gêneros**.

Podemos afirmar que a materialização do objetivo central da Política para os jovens se logrará no momento em que **estes tenham uma significativa melhoria de suas condições de vida, uma adequada vinculação à vida econômica nacional, tenham garantias para a sua participação e organização, assim como se dê um real fortalecimento da capacidade institucional para a sua atenção específica**.

LINHAS DE AÇÃO

1. Desenvolvimento Humano

Uma das condições prioritárias para ampliar as oportunidades ao alcance dos jovens é facilitar o seu acesso aos serviços que incidem na sua formação integral e na qualidade de sua vida atual e futura, bem como promover a sua participação no desenvolvimento de tais serviços.

Para isso a “Política Nacional para os Jovens” propõe os seguintes Programas e/ou Estratégias de Operacionalização:

1. Educação: O diagnóstico da situação nos mostrou que a educação é um dos principais problemas que afeta à população jovem, isto devido à pouca cobertura que a educação secundária tem. (GONZÁLEZ, 1995). Por isso, definiu-se como principal programa educativo do atual governo duplicar a atual cobertura do segundo grau nas cidades. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1991)

Uma das principais inovações propostas para levar à realidade este programa é a mudança na modalidade de distribuição dos subsídios, os quais são questionados atualmente pelo seu impacto na população alvo. Os subsídios, que até o momento eram destinados aos estabelecimentos, passam a ser orientados diretamente aos jovens que demandam educação e que comprovem baixos recursos. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993)

Outras estratégias utilizadas para lograr a materialização deste programa serão: expansão do sistema de bolsas de estudo, criação de linhas especiais de crédito para a ampliação e criação de colégios. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993)

Dentro das principais dificuldades observadas até o momento para o cumprimento destas estratégias temos: o caráter centralista que estas medidas apresentam e a falta de orçamento, e, portanto, de recursos necessários para financiar o aumento no número de bolsas de estudos para viabilizar a reforma e adequação das escolas, assim como a inexistência de estímulo aos professores e a não realização de atualizações e reciclagens.

2. Saúde: Nesta área, os esforços do governo se encaminham na promoção de uma cultura de saúde que dê como resultado a prevenção de problemas relevantes entre a população juvenil. Especialmente no que se refere à redução do índice de consumo de drogas e na promoção de uma sexualidade responsável. (GONZÁLEZ, 1995; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)

Algumas das estratégias propostas são:

- **Programa de Saúde Integral para o Adolescente;** o Ministério da Saúde desenhou e iniciou a implantação do Programa em 1986, com o objetivo de *promover uma mudança de atitude da equipe de saúde frente ao adolescente*, capacitando-lhe na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no manejo de patologias particulares deste grupo populacional. Os educadores foram incluídos na capacitação como um reconhecimento ao fundamental papel que cumprem na materialização deste objetivo.

-Plano Nacional de Educação Sexual; o objetivo deste plano é promover no jovem, na família e na comunidade a valoração positiva da sexualidade, a igualdade social entre os gêneros, a autonomia e responsabilidade, a convivência solidaria e a saúde sexual.

Esta foi uma ação integrada na qual tomaram parte a Conselheria Presidência para a Juventude, a Mulher e a Família, o Ministério da Saúde, o ICBF e as Organizações Não Governamentais (ONGs).

Cabe ressaltar que grande parte do pessoal capacitado não tem podido participar da implementação destes Programas devido a que estes não se têm desenvolvido uniformemente em todos os estados e/ou municípios, já seja por falta de interesse político ou por questões ligadas à alocação de orçamento. Detectamos muito inconformismo por parte de enfermeiros, professores, médicos, psicólogos e outros profissionais capacitados, colocando que mais uma vez tudo ficaria no papel.

Neste plano foram propostas cinco áreas de intervenção:

- **Formação e Capacitação.** As entidades não governamentais capacitaram agentes educativos para que sejam agentes multiplicadores junto aos jovens, pais de família e profissionais.

- **Pesquisa.** Apóia as iniciativas de pesquisa que garantam um maior conhecimento da população alvo e de seus problemas, e trata de garantir a sistematização das ações de formação para construir modelos de intervenção, de avaliação e de seguimento.

- **Comunicação.** Apóia as campanhas educativas em meios de comunicação de massa.

- **Serviços.** Neste se incluíram serviços de atenção primária (detecção de problemas, remissão seletiva, proteção de emergência, informação e documentação), e secundária, através das instituições setoriais especializadas.

- **Institucionalização.** Busca-se, com isto, comprometer as instituições envolvidas para que a saúde e a sexualidade se convertam em política expressamente determinada,

apoiando planos, projetos e ações em todos os níveis, tanto administrativos como econômicos. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993).

3. **Cultura, Recreação e Esporte:** As atividades culturais, artísticas, criativas e esportivas convocam à participação dos jovens e lhes permitem importantes conquistas no desenvolvimento pessoal. Cabe ao Instituto Colombiano de Cultura (**COLCULTURA**), à *Conselheria* Presidencial para a Juventude, às Mulheres, à Família, ao Sistema Nacional de Cultura e a outras instituições governamentais, prover e brindar os espaços e recursos necessários para a promoção das manifestações culturais dos jovens que se encontrem ou não organizados nos Conselhos Municipais e Regionais de Cultura. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993).

Dentre as estratégias a utilizar ressaltamos: financiamento, pelo Fundo de Iniciativas Juvenis, de projetos apresentados por jovens pertencentes às organizações juvenis; o escritório da Primeira Dama da Nação impulsionará a criação do Sistema Nacional de Orquestras Sinfônicas Juvenis e Infantil (**BATUTA**), com o fim de promover a criatividade e de canalizar talentos; do Plano Nacional de Leitura para incrementar a leitura dos cidadãos e do Plano Nacional de Turismo Juvenil. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993)

É importante saber que se encontra à disposição dos jovens toda a informação relacionada com os serviços, oportunidades e eventos realizados, seja a nível local, regional ou federal, através do Centro Colombiano de Informação e Documentação de Juventude (**INFAJU**) de **COLDEPORTES**, localizados nas principais cidades do país.

Chamou-se a atenção para o fato destes serviços estarem localizados longe do grande continente de adolescentes favelados ou da área rural, os quais se vêm uma vez mais lesados no seu direito devido ao seu *status* socio-econômico e geográfico.

2. Vinculação à Vida Econômica:

Busca-se propiciar oportunidades que permitam desenvolver atitudes, destrezas e possibilidades dos jovens, com o fim de potencializá-las para que se convertam em instrumentos efetivos na sua incorporação à vida produtiva livre de traumatismos.

O projeto de *Promoção do Emprego e da Atividade Produtiva para a População Juvenil em Áreas Urbanas*, que conta com o apoio técnico e financeiro da Comunidade Econômica Européia, é o principal projeto, e busca incorporar os setores juvenis pobres desempregados, subempregados ou que trabalham por conta própria. Para tal propõe-se, segundo a Presidência da República, as seguintes linhas de ação:

- **projetos produtivos**, que gerarão empregos para jovens com pouca ou nenhuma experiência laboral e formação técnica ou profissional;

- **melhora e/ou estabilização da renda para jovens que se desempenham por conta própria**, que atenderá os jovens que trabalham independentemente em atividades de baixa produtividade, mediante a prestação de um pacote de serviços integrais, tais como crédito, poupança e capacitação empresarial;

- **modernização da oferta de formação profissional e técnica**, com o fortalecimento e a modernização do Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA), beneficia principalmente aos jovens, e entre estes, àqueles com escassa trajetória educativa, mas que podem ser qualificados, e àqueles com algum nível educativo ou técnico que requeiram ser requalificados;

- **incubadoras de empresas**, que são os entes especializados em criar e/ou apoiar empresas existentes que estejam em fase de nascimento ou de iniciação;

- **estabelecimento de negócios para empresários jovens com qualificação técnica**, apoiará e fomentará o desenvolvimento de projetos empresariais com viabilidade técnica e econômica, garantidas em coordenação com as Organizações Não Governamentais (ONG's);

- **capacitação e orientação**, desenvolvida pela “Conselheria para a Juventude, a Mulher e a Família” e que busca favorecer aos jovens que se desempenhem em diversas atividades produtivas, sejam autônomas ou dependentes. A sua coordenação se fará com ONG's, grêmios, setor privado e governos locais; e

- **pesquisa sobre a vinculação de jovens à atividade econômica**, onde se realizaram estudos que permitam sugerir alternativas e recomendações relacionadas ao

esquema financeiro, gestão empresarial tecnológica e comercial, para favorecer a geração de emprego.

Todas estas iniciativas relacionadas à vida produtiva do adolescente tendem a ficar no plano das propostas, pois dependem em grande parte do interesse das empresas privadas como também do poder e das relações que tenham os atuais governadores e prefeitos. No entanto, observamos o nascimento de grupos juvenis de produção organizados após essas capacitações, os quais, dependendo do apoio empresarial com o qual iniciou a capacitação, podem trabalhar na empresa, ou formar um grupo independente de trabalho junto a outros adolescentes, seja com o apoio de uma empresa ou com empréstimo do governo para a criação de microempresas juvenis.

3. Participação e Organização

Um dos objetivos básicos da Política Nacional de Juventude é *promover a participação da juventude em todos os aspectos da vida nacional*. A oferta de serviços novos ou a ampliação dos já existentes se fará de forma que na sua programação, gestão e fiscalização das ações possam participar os jovens e que não se limitassem a ser usuários passivos. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1993)

A participação dos jovens será possível na medida em que estes se encontrem agrupados em organizações que canalizem a sua atividade e que possam representá-los. A organização juvenil é o meio idôneo de ação e proporciona um espaço para o desenvolvimento da individualidade e a afirmação dos próprios valores em relação com os outros.

Sendo objetivo desta Política estimular a associação dos jovens em organizações orientadas para um fim específico, se adotou o *Fundo de Iniciativas Juvenis (FIJ)*, que é um instrumento para promover a participação dos jovens e de estimular suas organizações, com financiamento das atividades propostas por elas, com o fim de impulsionar e fortalecer estas organizações que farão presença no bairro, no município e na região.

O Fundo consiste em um conjunto de recursos que se aplicará em duas linhas:

- *Investimento Social*, para financiamento de iniciativas de ação dos jovens em favor das comunidades, e a

- *Inserção dos Jovens à vida econômica*, na qual se financiam projetos produtivos com assessoria e capacitação.

PROGRAMAS DE SAÚDE

No ano de 1988, em Rio Negro, Antioquia, se realiza o Simpósio “**Diretrizes em Saúde Reprodutiva e Tecnológica Diagnóstico Peri - Natal**”, no qual se recomendou ao Ministério da Saúde incluir o grupo de adolescentes como sujeito e objeto de atenção nos programas de saúde, dando-se assim **os lineamentos básicos** para a Atenção ao Adolescente e o nascimento das Políticas de Saúde para o Adolescente. (MINISTÉRIO DE LA SALUD, 1993)

Nesse mesmo ano, ocorreu o “**Seminário sobre Sexualidade na Adolescência**”, o que permitiu ao Ministério da Saúde conhecer o interesse que existia para trabalhar com este grupo etário e quais eram os seus problemas específicos. Formou-se, então, um grupo de trabalho, liderado pela Divisão Materno-Infantil e Dinâmica da População, para coordenar as ações dirigidas à população adolescente, com o apoio técnico e financeiro do Fórum das Nações Unidas para Atividades da População (FUNUAP).

No final de 1988, o Ministério da Saúde convoca a Bogotá um grupo de *experts* para analisar a situação do adolescente colombiano, definir **as linhas da proposta de uma política de saúde**, e estabelecer estratégias de atenção, para que no ano de 1989, se iniciasse o Programa de Atenção Integral ao Adolescente.

Em 1989, nas cidades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga e Cartagena, iniciam-se **ações de sensibilização** de funcionários e a realização do diagnóstico da situação sócio-cultural e de saúde do adolescente.

No ano de 1991, com fundos da FUNUAP, organizam-se os serviços de atenção ao adolescente nas zonas marginais das seis grandes cidades. **O Manual de Normas de**

Procedimentos da Atenção Integral ao Adolescente é revisado e publicado em 1990 e realizam-se congressos e seminários de capacitação em diversas cidades.

Em 1992, faz-se a revisão das Normas Técnico-Administrativas, segundo a Reforma da Constituição Colombiana de 1991 e à luz da Lei 10 de 1990, que reorganiza o Sistema de Saúde e legaliza a participação Comunitária.

Durante 1993, se realizam **Seminários de Capacitação** em outras cidades como Manizales, Pereira, Armenia, Popayan, San Andrés, Neiva, Tunja, Cúcuta, Córdoba e Choco.

Segundo o Ministério da Saúde (1993:12) e a Subdireção de Controle de Fatores de Risco Biológicos e de Comportamento, através da Divisão de Desenvolvimento Humano, o **objetivo fundamental da Política de Saúde para o Adolescente é:**

“ elevar o nível de saúde da população mediante a promoção da saúde, prevenção de enfermidades, ações que buscam criar uma nova cultura de saúde e favorecer o processo participativo que melhore a eficiência do setor”.

Este novo enfoque baseia-se na saúde como resultado positivo do desenvolvimento sócio-econômico, cultural, ambiental e de participação do cidadão, dando ênfase à saúde e não à enfermidade.

Segundo o Ministério da Saúde (1993:13):

“Pretende-se, mediante ações de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, obter uma adolescência sadia, favorecendo a participação dos jovens nas decisões, com o fim de incrementar respostas efetivas que se insiram na melhoria da qualidade de vida e não somente na prestação de serviços assistenciais”.

Os elementos relevantes do programa são: **programas educativos sobre cuidado e auto-cuidado; manejo pleno, sadio e responsável da sexualidade; informação oportuna sobre planejamento familiar; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; prevenção de acidentes; violência, vícios e suicídios.**

Todas estas ações pretendem dar cumprimento ao **Artigo 45 da Constituição Colombiana de 1991** que ressalta que:

“O adolescente teve direito à proteção e à formação integral. O Estado e a sociedade garantem a participação ativa dos jovens nos organismos públicos e privados que tenham a seu cargo a proteção, educação e progresso da juventude”.
(*Presidência de La República de Colômbia, 1991:35*)

A Constituição Colombiana inclui expressamente os direitos do adolescente à vida, à convivência, ao trabalho, à justiça, à igualdade, ao conhecimento, à liberdade, à paz e à participação.

No ano de 1989, segundo decreto 2535, é publicado o Código do Menor, voltado para os menores de 18 anos, sendo a Colômbia pioneira nesta área. Em 1990, se promulga o Decreto 1310, por meio do qual criou-se o Comitê Inter-institucional para a defesa, proteção e promoção dos Direitos Humanos da Infância e da Juventude.

Com o fim de impulsionar, apoiar e desenvolver projetos que permitam a melhoria do nível de bem-estar dos jovens, a Presidência da República cria, em 1990, o Conselho para a Juventude, a Mulher e a Família. O Conselho vincula adolescentes líderes aos programas, dando-lhes ampla participação.

Através do **Conselho**, criam-se **Casas da Juventude** em zonas densamente habitadas, que cumprem funções de canalizar as inquietudes, idéias e dúvidas; criar oportunidades de emprego; formar micro-empresas, tendentes a gerar mais lucros e participação no mercado de trabalho e de produção, o que assegura uma Atenção Integral ao Adolescente.

Também como respaldo legal para o desenvolvimento do **Programa de Atenção ao Adolescente**, temos a *lei 10 de 1990*, que reorganiza o sistema de saúde, e faculta a regulamentação e normalização de uma prestação de serviços de saúde adequados e o *Artigo 45 da Constituição Colombiana de 1991*.

É importante ressaltar os decretos regulamentares como o *1416 de 1990*, que estabelece a participação Comunitária (a população interfere na supervisão, vigilância e programação da prestação de serviços de saúde), e o *1760 de 1990*, que reorganiza os níveis de atenção, segundo a evolução da enfermidade em nível primário, secundário e

terciário e o 2164 de 1992, que reestrutura o Ministério da Saúde.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Estratégias no Planejamento dos Programas na Colômbia

Segundo o Ministério da Saúde (1993), o Programa de Atenção Integral ao Adolescente utiliza três estratégias principais no planejamento dos programas, descritas a seguir:

1. Estratégias de Aplicação do Enfoque de Risco:

É um novo conceito aplicado nos programas de ambulatório, que se fundamenta no fato de que uma pessoa, família e grupos terem diversos níveis de probabilidade de terem prejudicado seu estado de saúde e bem estar. Esta probabilidade de doença aumenta quando se está exposto a fatores de risco e a saúde pode melhorar ou conservar-se quando aumentam os fatores protetores quais sejam: estado nutricional, recreação, utilização que favoreça o desenvolvimento do menor e oportunidades de trabalho.

2. Estratégia de Manejo Interdisciplinar:

O enfoque da integralidade na evolução e manejo da saúde do adolescente exige a participação e o trabalho de equipe interdisciplinar envolvendo as áreas de: **enfermagem**, odontologia, psicologia, educação, nutrição, recreação e serviço social.

3. Estratégia da Coordenação Intersectorial:

O objetivo fundamental é a participação articulada de diversos setores de benefício social (educação, justiça, recreação, esporte, trânsito) na formulação de políticas e programas para a promoção da saúde, o desenvolvimento e o bem estar dos adolescentes. A saúde do adolescente não depende do que ocorre nas instituições de saúde, mas da qualidade dos diferentes contextos e ambientes onde os adolescentes vivem diariamente, como escolas, lar, ambiente de trabalho e de recreação e bairro.

O Programa de Assistência Integral ao Adolescente Colombiano (PAIAC)

Segundo o Ministério da Saúde (1993), o **Programa de Assistência Integral ao Adolescente Colombiano (PAIAC)**, tem como finalidade melhorar o nível de saúde dos jovens de 10 a 18 anos e propiciar as condições necessárias para um adequado desenvolvimento bio-psico-social do adolescente, mediante ações dirigidas à promoção da saúde e ao desenvolvimento integral, à prevenção de enfermidades e ao tratamento oportuno.

As áreas prioritárias de atenção são: Crescimento e Desenvolvimento; Sexualidade Humana e Saúde Reprodutiva; Saúde Mental; e Rendimento Escolar.

Nestas áreas prioritárias de atenção, se realizam as ações de promoção e prevenção, tratamento e reabilitação, que serão detalhados a seguir:

Ações de promoção e prevenção na área de crescimento e desenvolvimento:

- Identificação de alterações no processo de crescimento e desenvolvimento (problemas de peso e estatura, alterações da puberdade, audição, linguagem);
- Prevenção e tratamento de doenças orais no adolescente;
- Tratamento de doenças crônicas como asma, epilepsia, diabetes, entre outras.

Ações de promoção e prevenção na área de Sexualidade Humana e Saúde Reprodutiva:

- Prevenção da gravidez não desejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids, mediante educação no manejo responsável da sexualidade e planejamento;

- Prevenção do câncer uterino, mediante o exame citológico em adolescentes que iniciaram sua vida sexual precocemente;
- Vacina anti-tetânica.

Ações de promoção e prevenção na área de Saúde Mental:

- Prevenção de condutas de risco, tais como, consumo excessivo de álcool e fumo, por meio de intervenções coordenadas com o setor educativo, meios de comunicação, orientação familiar, entre outras;
- Orientação de ações de integração familiar para evitar a violência intrafamiliar;
- Identificação e tratamento adequado dos problemas de saúde mental mais frequentes, durante a adolescência: depressão, anorexia, bulimia nervosa;
- Evitar fugas do lar.

Ações de promoção e prevenção na área de Rendimento Escolar:

- Prevenir antecipadamente os sinais de possíveis evasões escolares;
- Realizar ações tendentes a melhorar o rendimento escolar, e desenvolver métodos de estudo;
- Identificar as manifestações de dificuldade de aprendizagem.

Atividades de Tratamento nas áreas prioritária:

São realizadas por membros da equipe, participando a família, a escola, o pessoal de saúde, o que permite o manejo de risco ou dano que afeta ao adolescente. Algumas destas atividades são:

- Identificação do adolescente em situação de risco;
- Consulta médica;

- Consulta psicológica;
- Controles de saúde e inter-consulta;
- Referência e contra-referência.

As atividades de Reabilitação buscam a recuperação funcional e a diminuição das incapacidades, e são orientadas à educação, à recreação e às atividades ocupacionais. Para ter um manejo adequado do modelo, se requer uma coordenação que permita o apoio e a integração funcional com outros setores e numa adequada rede de serviços.

O Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente Colombiano se baseia no preconizado pelas Organizações Internacionais de Proteção à Infância e à Adolescência, tais como a UNICEF, a OPAS, a OMS, nas recomendações das Convenções Internacionais relacionadas à Proteção da Infância, e outras, que a partir da década do 80 começarão a fazer pública a preocupação por este grupo populacional.

A Política Nacional de Saúde para os Adolescentes colombianos tem como base legal **a reforma da Constituição de 1991** a qual abre caminho para a descentralização administrativa; **a municipalização da saúde; a participação comunitária** tanto no planejamento, execução e supervisão das diferentes atividades de saúde; **a criação do vice-ministério da Juventude** no âmbito nacional e das **Secretarias da Juventude** no âmbito estadual e municipal.

Tudo esta gama de instituições, eventos e situações permitem que o Programa para o adolescente empece a ser uma realidade na **Colômbia**. Mas não podemos deixar de registrar o grande obstáculo que esta retardando qualquer empreendimento na Colômbia, a violência armada, esta criando um grande caos em todos os estamentos e instituições públicas ou privadas.

Só nos resta neste momento como colombianos que estamos fora da Pátria torcer para que nosso país saia logo desta crise (econômica, política e social) e sem a intervenção de países 'amigos' (leia-se EUA), dessa situação absurda de violência, destruição e desestruturação em que se encontra.

CAPITULO IV

SÍNTESE COMPARATIVA

1. LINHAS DE AÇÃO DAS POLÍTICAS E DOS PROGRAMAS DIRIGIDOS AO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO.

A nova ordem de Desenvolvimento Humano, preconizada pela comunidade internacional para a década de noventa, não pode levar-se a cabo sem propor e colocar em execução estratégias e planos nacionais para a juventude que gerem ações coerentes com as políticas de desenvolvimento social e econômico.

Isto é ainda mais necessário quando se enfatiza o valor do capital humano, do conhecimento e da abertura às correntes internacionais do comércio e da tecnologia, dentro dos quais se torna essencial a juventude, pelo seu papel no presente e no futuro. (OMS, 1992)

Na **América Latina**, respeitadas algumas particularidades e peculiaridades, a evolução do reconhecimento dos direitos do adolescente foi, de modo geral, assim:

- Apartir da década de 40 começa o desaparecimento definitivo das práticas de caridade.

- Com maior ou menor ênfase, na década de 50 surge a ideologia das políticas públicas. O Estado populista - distribucionista cobre, muito deficientemente, o campo das políticas básicas. As omissões do sistema, que quantitativamente têm pouco peso, são resolvidas através de intervenções de caráter judicial.

- É a partir da década do 60 que se assiste a um lento e inexorável processo de crise que provoca um forte impacto nas políticas distribucionistas. Ao diminuir as políticas públicas, há um aumento na transferência de resolução de deficiências para o mundo jurídico.

- Já na década de 70 os juízes, forçados pela competência tutelar, se transformam em uma ilusão de assistência, com o que se identifica mais com as políticas públicas em crise: é o tempo das reformas legislativas e do autoritarismo.

- A partir do final dos anos 70, os movimentos sociais e as ONGs, que lutam pelos direitos da criança – adolescência, aumentam em número e se consolidam numa oposição total ao autoritarismo, associando-se a aqueles setores que se identificam com esses propósitos no interior das políticas públicas e do mundo jurídico.

- Na década de 80, esse processo se aprofunda, ampliando-se para a América Latina a dimensão jurídica dos problemas da infância – adolescência, com o início da discussão sobre a Convenção Internacional dos Direitos da Criança.

Para fazer uma efetiva intervenção **na problemática dos jovens, as políticas e legislações** devem ser examinadas e avaliadas com relação aos meios pelos quais promovem a saúde e o desenvolvimento dos jovens. As políticas de inúmeros setores do governo afetam diretamente a saúde e o desenvolvimento dos jovens. Entre elas temos a *de educação, de emprego, de comércio, de agricultura, etc.* **No entanto, como vimos, muito raramente observamos que ocorre uma tentativa de examinar ou criar políticas coerentes para a saúde dos jovens através desses diferentes setores, numa abordagem de política social que é necessariamente multisetorial.**

É sabido, mas geralmente não levado à prática, que *a concentração de esforços unicamente nos aspectos primários de saúde seria incompleta*, uma vez que a juventude é **um período de intensas mudanças filosóficas e psicológicas, onde a influência das disparidades sócio-econômicas, desemprego, e outros fatores de esgotamento conduziriam à deterioração da saúde.**

Acrescente-se a isso que numa situação estrutural de pobreza crítica, como a da América Latina, agravada pelas políticas de ajuste (SOARES: 1998), as condições de vida dos adolescentes conspiram direta e abertamente contra até mesmo o mais ingênuo dos ideais de ressocialização. Estas condições significam, hoje, sofrimentos reais de tal ordem e complexidade que representam um desafio para as políticas e os programas que estão hoje em pauta no continente.

Isto implica que os governantes, população e entidades em geral, têm que se adaptar às novas exigências e necessidades que surgem no processo de adequação da realidade, adversa para o cumprimento dos direitos desse grupo populacional.

Cada um de nós deve trabalhar para fazer parte da solução, já seja como executor das ações que buscam trazer para a realidade o cumprimento **dos direitos do adolescente**, mas também como parte fiscalizadora das ações realizadas pelo governo e instituições.

Este é um processo que está apenas iniciando e do qual cada um de nós faz parte integral, seja desde a nossa casa, seja desde o nosso trabalho ou nosso mundo circundante.

Apesar das grandes limitações, não se pode deixar de reconhecer, pelo que constatamos nesta tese, que hoje, em diversos **países latino-americanos**, se está trabalhando, em maior ou menor grau, para assegurar e garantir à criança e ao adolescente o cumprimento de seus direitos básicos, segundo as Legislações Internacionais existentes.

Quando essa consciência existe – e a evolução das políticas públicas em ambos os países nos mostra isso - ela *limita-se a reconhecer o custo humano, social e econômico*, faltando ainda o reconhecimento das deficiências atuais e a longo prazo relacionadas com a saúde dos jovens. Esses custos são avaliados em função das conseqüências decorrentes de experiências de jovens imprudentes (acidentes de trânsito); em função da imposição ou repetição de costumes tradicionais ou não, que levam à jovem ao casamento ou ao parto precoce, antes de atingir a maturidade física, psicológica e social (taxas desproporcionalmente elevadas de mortalidade materna e de bebês prematuros); e em função da evasão e deserção escolar dos jovens por causa do ingresso prematuro no mercado de trabalho informal e da repetência de anos (adultos não qualificados e não preparados intelectualmente, portanto sem possibilidades reais de se inserir adequadamente no mercado de trabalho).

No capítulo anterior fizemos a descrição das **Políticas Públicas Governamentais** emanadas do governo central para dar **assistência aos adolescentes no Brasil (ECA) e na Colômbia (PAISAC)**. A continuação apresentamos um quadro no qual resumimos, de forma esquemática, **as Linhas de Ação e os Programas propostos em ambos os países**. Este quadro esquemático apresenta também as principais ações propostas para a execução destes programas.

No quadro as leis, os artigos, as propostas e as possíveis formas de execução propostas pelo ECA (Brasil) foram expressas sob a forma de linhas de ação para efeitos de comparação com o proposto pela Política para a Juventude Colombiana.

COMPARAÇÃO DAS LINHAS DE AÇÃO E DOS PROGRAMAS
PROPOSTOS PARA OS ADOLESCENTES
BRASILEIROS E COLOMBIANOS

<i>BRASIL</i>	<i>COLÔMBIA</i>
<p>No Brasil, como norteador geral para a atenção ao adolescente, encontra-se o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA), com as seguintes linhas de ação:</p> <p>1. Desenvolvimento Humano:</p> <p>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolsa de estudo até os 14 anos; - Programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. <p>Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Saúde do Adolescente; - Nos municípios, com apoio dos estados e da União, se destinam recursos e espaços para programações culturais, esportivas e de lazer. <p>Proteção Legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais e Estaduais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. <p>2. Vinculação à Vida Econômica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direito à profissionalização e à proteção no trabalho 	<p>A POLÍTICA PARA A JUVENTUDE NA COLÔMBIA (POJUCO) se traduz nas seguintes linhas de ação e programas:</p> <p>1. Desenvolvimento Humano:</p> <p>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Subsídios diretos para os jovens, -aumento do orçamento para reparação e renovação da planta física das escolas. <p>Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Atenção Integral para o Adolescente; - Plano Nacional de Educação Sexual, Cultura, Recreação e Esporte: - Projeto Nacional de Cultura, - Criação do Sistema Nacional de Orquestras Sinfônicas Juvenis e de Meninos 'BATUTA' - Plano Nacional de Leitura <p>Proteção Legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comissárias de Famílias. <p>2. Vinculação à Vida Econômica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projetos Produtivos;

<ul style="list-style-type: none">- Bolsa de ensino até os 14 anos;- Se assegura trabalho para o portador de deficiência física.	<ul style="list-style-type: none">- Melhoramento e\ou estabilização de ingressos para jovens que trabalham independentemente ou por conta própria;- Modernização da oferta de formação profissional e técnica;- Incubadoras de empresas;- Estabelecimento de negócios para empresários jovens com qualificação técnica e profissional;- Capacitação e assessoria;- Pesquisa sobre a vinculação do jovem à atividade produtiva.
<h3>3. Participação e Organização</h3> <ul style="list-style-type: none">- Não foi identificado um artigo ou uma lei que fizesse alusão à organização dos jovens como grupo social.	<h3>3. Participação e Organização</h3> <ul style="list-style-type: none">- Fundos de Iniciativas Juvenis (FIJ);- Formação para a organização e a participação;- Criação de espaços de concentração dos jovens com o Estado.
<h3>4. Fortalecimento Institucional da Atenção Juvenil:</h3> <ul style="list-style-type: none">- Conselhos Tutelares;- Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente;- Municipalização do atendimento;	<h3>4. Fortalecimento Institucional da Atenção Juvenil:</h3> <ul style="list-style-type: none">- Coordenação Nacional da Política de Juventude;- Institucionalização regional e local;- Promoção da investigação e melhoria da informação e estatística.

Ao comparar as diretrizes gerais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil e as da Política para a Juventude na Colômbia (que para um melhor manejo chamaremos de POJUCO), gostaríamos de ressaltar os seguintes aspectos:

- **O conteúdo das Políticas nos dois países se encontram ancorado** na Legislação Internacional sobre as Crianças e os Adolescentes e nas

Recomendações dos Encontros que se realizaram com Organizações Internacionais interessadas na proteção deste grupo populacional.

- **O ECA** foi redigido sob a forma de artigos e a **POJUCO** sob a forma de linhas e de ações. Isto faz com que **a POJUCO** possa ser mais específica no detalhamento das *Linhas e dos Programas para a implementação da Política*.

- **Na área da educação**, as duas Políticas falam da concessão de bolsas de estudo e/ou subsídios para os estudantes e de aumento no orçamento para a educação; mas, **na realidade destes países** observamos que o orçamento para a educação não só não é aumentado como a cada dia se lhe retiram garantias; desconhece-se o verdadeiro valor do professor (o qual vai em detrimento da qualidade do ensino), provocando a deserção dos professores pela falta de estímulos e de salários decentes para subsistir; se fecham salas de aula por falta de dinheiro para consertá-las e para equipá-las. **Não se mencionam medidas a ser tomadas para a melhoria da qualidade do ensino oficial**, o qual, segundo resultados de nossa pesquisa de Mestrado e a análise de diversos autores internacionais é muito deficiente e não corresponde à realidade de nossos jovens e às suas necessidades futuras de inserção no mundo do trabalho (CARVALHO, 1992; LEFÈVRE, 1992, ARANTES e FALEIROS, 1995; SABOIA, 1998; OMS/OPAS, 1998; GONZÁLEZ, 1995).

- **Na área da saúde** os dois países contam com um **Programa de Atenção à Saúde** digno de países de Primeiro mundo; **mas ao chegar a hora de operacionalizar e de implementar esses Programas**, nos encontramos com as **grandes barreiras** que são conseqüências das Políticas de Ajuste Econômico a que nossos países se viram submetidos, fato este que agravou a situação de seus indicadores de saúde (SOARES, 1998).

- Achamos que **nestes dois países não se pode falar de ‘Atenção Integral á Saúde do Adolescente’ enquanto: o orçamento** destinado à saúde seja irrisório e não corresponda ao que verdadeiramente se necessita; a saúde não seja considerada realmente como um direito básico da pessoa humana e

sim como uma mercadoria a ser comprada só por aqueles que contam com um certo poder aquisitivo; **os adolescentes** (como integrantes da população desfavorecida, distanciados dos benefícios do Estado) **não passem a ser considerados como o futuro do país e como alvo real de investimentos econômicos**, como forma de garantir um desenvolvimento social mais justo e acorde com o preconizado pelos Organismos Internacionais.

- **No plano da letra**, ou no papel, **a Colômbia** mostra maior definição relacionada com **a criação de espaços e projetos que promovam a cultura, a recreação e o esporte**; enquanto que no **ECA** se fala especificamente da previsão de orçamento destinado a esta finalidade. Porém, **foi observado que em nenhum dos dois países** se tem realizado verdadeiramente ações que proporcionem ao adolescente alternativas de lazer e de ocupação do tempo livre de formas positiva e sadia, nem espaços para expressar e conhecer a sua própria cultura.

- Em nenhum dos dois países se contempla **o componente nutricional como fator** importante na obtenção de um bom estado de saúde. Acreditamos que dadas as características sociais, econômicas e familiares em que se desenvolve grande parte do contingente de adolescentes, este aspecto deveria ser contemplado dentro das ações a serem realizadas, seja no âmbito da saúde ou no da escola. São muitos os estudos realizados no Brasil e na Colômbia que nos **descrevem a triste realidade nutricional em que se encontram os adolescentes cujas famílias geralmente só têm dinheiro para satisfazer, muitas vezes de forma insatisfatória, suas necessidades básicas**. (PILOTTI, 1995; RIZZINI, 1995; ARANTES, 1995; OPAS/OMS, 1999; VANZIN, 1998; SABOIA, 1993; FONSECA, 1993; OLIVEIRA, 1998)

- Nas proposições governamentais do **Brasil** e da **Colômbia** se contempla **a proteção legal ao adolescente**, sendo que no **ECA** se define um maior número de instituições tanto no âmbito nacional, estadual e municipal. Isto se traduziria em mais espaços e pessoal envolvido na garantia da proteção

para os adolescentes. Na **Colômbia** se têm as Comissárias de Família, as quais funcionam em todos os níveis do país.

- **Apesar de ser estipulado (expressado) claramente no ECA e na POJUCO que os adolescentes devem ser protegidos e resguardados, devendo existir órgãos encarregados de cumprir e de fazer cumprir este mandato,** encontramos que nos dois países os direitos dos adolescentes são diariamente violentados, com registro de massacres de jovens por grupos de extermínio que sempre acabam ficando sem ser identificados e que representam a solução para uma parte da população que aprova esta forma de justiça e de solução para os problemas dos adolescentes. (RIZZINI, 1995; LEFÉVRE, 1992; CARVALHO, 1992; OLIVEIRA, 1998; BERCOVICH, 1998; SZWARCOLD, 1998). A título de ilustração, transcrevemos as palavras de um cartaz encontrado junto ao corpo de Patrício Hilário de 9 anos, encontrado jogado nu em rua do bairro Ipanema, no Rio de Janeiro:

“Matei você porque você não estudaria e não teria futuro (...). O governo não pode deixar que as ruas da cidade sejam invadidas por menores” (Vidas em Risco: Assassinato de Crianças e Adolescentes no Brasil, 1991:16)

- Com relação à **vinculação à vida econômica**, a **POJUCO** traz um maior número de projetos e ações a serem desenvolvidos com os adolescentes; enquanto que o **ECA** trata de forma geral o direito à profissionalização. Na **Colômbia**, através **das Casas da Juventude**, se está capacitando ao jovem numa arte ou profissão visando a sua futura vinculação ao mercado de trabalho. Até dois anos atrás (antes do incremento da violência na Colômbia e a desestabilização econômica e social) as empresas privadas estavam dando uma importante contribuição econômica para estes projetos, assim como a facilidade de se fazer estágios remunerados nessas empresas.

- Reconhecendo que **um grande percentual dos adolescentes brasileiros e colombianos se vêm empurrados precocemente ao mundo do trabalho**, pelas condições econômicas das famílias onde estão inseridos, não podemos ignorar o quanto é importante em nossas realidades esta capacitação. (RIZZINI, 1995; LEFÉVRE, 1992; CARVALHO, 1992; OLIVEIRA, 1998; BERCOVICH, 1998; SZWARCALD, 1998).

- A **POJUCO** descreve iniciativas e ações tendentes a lograr uma maior participação juvenil nos distintos momentos do **desenvolvimento dos Programas e uma organização como grupo social**; já no **ECA** não identificamos um artigo que fizera referência a isto.

- A nosso ver, no **Brasil** se tem um maior e mais estruturado mecanismo tendente **ao fortalecimento Institucional do Atendimento aos Jovens**, já que conta com os *Conselhos Tutelares e os de Defesa dos Direitos da Criança e dos Adolescentes* nos diversos níveis regionais.

- A definição destes **Conselhos** é um fato único no âmbito **latino-americano**, que garante uma participação da sociedade como um todo, uma maior supervisão das ações a ser realizadas e um maior controle de seu desenvolvimento. Agora **é dever da população organizada** ou não fazer com que estes espaços sejam respeitados e cumpridos, não só para um adequado exercício da cidadania, mas também para que sejam uma forma real de garantir que *os direitos dos adolescentes saiam do papel e se convertam numa letra viva*.

Acreditamos que, para que estas **Políticas** cumpram com o objetivo de *assegurar e garantir ao adolescente os direitos básicos que lhe garantam não só uma juventude sadia mas também uma vida futura plena, saudável e produtiva*, é necessário criar e desenvolver **Programas e Ações** que viabilizem tanto a sua execução como também o acesso a eles pela população alvo.

2. PRINCIPAIS AÇÕES DE SAÚDE DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO

Para efeitos de **contraste** com aquilo que constatamos como **programas de saúde dirigidos ao adolescente**, adotamos uma definição de saúde acorde com e para este grupo populacional: **saúde do adolescente** é não só o bem-estar físico e psicológico dos jovens, mas também o seu desenvolvimento educacional, a participação adequada nas atividades comunitárias e sua capacidade para contribuir no desenvolvimento sócio-econômico de seus países. (*OMS/OPAS, 1996; GONZÁLEZ, 1995*)

Quando apresentadas na forma propositiva, **as medidas e ações que visam garantir uma juventude e uma vida futura sadias parecem simples e razoavelmente claras**. Entre elas temos: boa alimentação; desenvolvimento de relações sadias com seus pares e com os adultos; a salvo dos riscos de uma gravidez precoce e de uma paternidade antes da vida adulta; livres de infecções; sem abuso de tabaco, álcool, e outras drogas; com a oportunidade de contribuir para o bem-estar dos demais e de suas comunidades. Sendo assim, os jovens terão vida fecunda, saudável e produtiva e, o que é melhor, *levarão a herança de uma vida sadia para anos posteriores*. (OPS\OMS BRASIL: 1996)

Ainda no campo propositivo, para que o anterior se faça realidade, segundo a OPS\OMS (1990), seria necessário que:

- **o desenvolvimento de um ambiente de apoio extensivo**, dividido em níveis, voltados para a autonomia, que aumentasse a auto-estima e promovesse estilos de vida saudáveis para o adolescente;
- **a interação** com outros jovens e adultos e com seus pares;
- **o desenvolvimento de programas** baseados numa sólida compreensão das crenças e comportamentos dos jovens de uma determinada cultura;
- **a utilização de jovens na implementação de programas relacionados com os jovens**, com profundos conhecimentos de suas necessidades, assim como a

participação dos próprios jovens, tanto quanto possível, no planejamento e implementação desses programas;

- **uma articulação estreita dos programas** que têm como base a comunidade, programas baseados na escola complementar, programas dirigidos à população que não frequenta uma escola, bem como ao sistema encarregado dos cuidados com a saúde;

- e, finalmente, que **as respostas aos problemas dos jovens** não fiquem somente no campo da medicina ou da saúde e sim a um nível mais amplo, **com uma abordagem promocional e social.**

Observamos, no entanto, que **o planejamento das políticas e programas de saúde em nossos países sofre freqüentemente da falta de convicção**, por parte dos legisladores e dos governantes, **de que as pessoas jovens representam um grupo que, em verdade, têm problemas especiais de saúde e que demandam uma atenção toda especial.**

A seguir apresentamos um outro quadro no qual fazemos, de forma esquemática, **a comparação dos Programas de Assistência à Saúde implementados**, para dar assistência aos adolescentes brasileiros e colombianos. Para fazer a comparação tomamos as áreas prioritárias de atenção propostas no **PROSAD** (Programa Saúde do Adolescente) e no **PAISAC** (Programa de Assistência à Saúde do Adolescente Colombiano).

COMPARAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE BRASILEIRO E COLOMBIANO, SEGUNDO AS ÁREAS E AS PRINCIPAIS AÇÕES DE SAÚDE

Áreas de Atenção	Brasil PROSAD Ações	Colômbia PAISCA Ações
Crescimento e Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento participativo: pais, família, educadores e comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de alterações no processo de crescimento e desenvolvimento; • Prevenção e tratamento de doenças orais; • Tratamento de doenças

		crônicas: asma, epilepsia.
Saúde Reprodutiva e DST e Sexualidade Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre o corpo, práticas sexuais, gravidez e métodos anticoncepcionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da gravidez não desejada, aborto, DST, AIDS; • Prevenção do câncer uterino; • Vacina Anti-tetânica.
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos fatores de risco que lhe impedem um adequado desenvolvimento; • Apoiar e dar meios para que a reformulação continua da imagem corporal, da adaptação social e familiar; • Prevenir as depressões, o abuso de álcool, de drogas, os desajustes na família, na escola e no trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de condutas de risco: consumo excessivo de álcool e fumo: setores educativos, meios de comunicação, e orientação familiar; • Evitar o maltrato intra-familiar; • Identificação e tratamento dos problemas de saúde mental mais frequentes : depressão, anorexia, bulimia nervosa; • Evitar fugas do lar
Saúde do Escolar e Prevenção de Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta o lazer; • Ações de promoção, preservação e recuperação de escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir evasões escolares; • Ações tendentes a melhorar o rendimento escolar e a desenvolver métodos de estudo; • Identificar manifestações das dificuldades de aprendizagem.
Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção e tratamento de doenças orais 	
Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Dar educação ao adolescente; • Clarear tabus, dúvidas. 	

No **Brasil** as diretrizes e ações de **atenção à saúde do adolescente** se encontram formuladas dentro do **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**. Na

operacionalização deste programa, pretende-se brindar aos jovens alternativas e canais de informação e de atenção que sejam adequados e que se encontrem a seu alcance, permitindo-lhes obter conhecimentos básicos necessários relacionados à promoção e conservação de sua saúde.

Já na Colômbia o **Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente Colombiano (PAISAC)** é o marco geral de referência para o desenvolvimento de programas de saúde nos níveis estadual e municipal. Através das suas estratégias, o PAISAC busca promover e proteger a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos adolescentes colombianos com ações direcionadas aos níveis biológico, psicológico e social.

Na análise das principais **ações de atenção à saúde dos adolescentes**, propostas nos respectivos programas do Brasil e da Colômbia, temos que:

- Nos **Programas dos dois países** se contemplam como **áreas prioritárias de atenção para a conservação da saúde do adolescente**, as recomendadas pelas Organizações Internacionais de Saúde e que, nestas áreas, as ações de saúde estão acordes com o preconizado a nível mundial, com algumas variações de um país para outro.

- Dentre **das ações planejadas na área de crescimento e desenvolvimento do PROSAD**, se inclui a realização de atividades não só com os adolescentes, *mas também com os pais, com a família, com os educadores e até com a própria comunidade* (acompanhamento participativo). Isto **gera** não só uma proteção ao adolescente, mas também uma mudança na sua própria comunidade. Já o **PAIAC**, nos fala da identificação de alterações que se possam apresentar no processo de desenvolvimento, da prevenção e do tratamento das doenças orais assim das doenças crônicas, como asma e epilepsia, que se manifestam com relativa frequência na adolescência.

- Na área que compreende **a Saúde Reprodutiva, as DST (no Brasil) e a Sexualidade Humana (na Colômbia)**, observamos que o Programa da Colômbia (**PAISAC**) apresenta ações mais abrangentes e preventivas, pois propõe não só a educação e a orientação sobre sexualidade, mas chama a atenção também para a prevenção do

câncer de colo, através da realização de preventivos, especialmente com adolescentes que iniciam sua vida sexual precocemente, incluindo, ainda, a aplicação da vacina anti-tetânica aos adolescentes, tanto nas escolas como nos Postos de Saúde. As atividades proposta no **PROSAD** ficam mais restritas às informações sobre o corpo, sobre as práticas sexuais e o referente à gravidez e aos métodos anticonceptivos. Ressaltamos que o **PAISAC** inclui a sexualidade humana como um dos componentes desta área, mas não se ressaltam atividades específicas a serem desenvolvidas nela, já no **PROSAD** esta aparece conformando uma área.

- Ao analisar a **área da Saúde Mental** encontramos que *nos dois programas se pretende identificar os fatores de risco (PROSAD) ou as condutas de risco (PAISAC) que incidem determinantemente no desenvolvimento adequado do adolescente*; sendo que o **PAISAC** inclui no desenvolvimento do seu trabalho os meios de comunicação e a orientação familiar. Igualmente nos dois programas se contempla a prevenção e o tratamento das doenças mentais mais frequentes nos adolescentes (anorexia, depressão e bulimia nervosa) assim como as causadas pelo abuso de álcool e de drogas e ainda as decorrentes de desajustes na família, na escola e/ou no trabalho.

- Ao comparar a **área de Saúde do Escolar e de Prevenção de Acidentes**, observamos que o **PROSAD** propõe o desenvolvimento de ações tendentes a diminuir o número de acidentes nos adolescentes não só na escola mas também nas áreas de lazer e no lar. Já o **PAISAC**, nos fala da prevenção da evasão escolar, da melhoria do rendimento escolar e da realização de atividades que têm como objetivo que o adolescente desenvolva métodos de estudo, bem como a identificação precoce de dificuldades de aprendizagem no adolescente.

- Na **área de Saúde Bucal**, que como tal não está especificada no **PROSAD**, o **PAISAC** propõe atividades que tenham como finalidade a promoção e a prevenção de doenças orais, assim como o tratamento das existentes.

- Na **área de Sexualidade** que, como analisamos anteriormente, só existe como área no **PROSAD** e que a nosso ver não deveria existir isolada como área e sim como componente da área da Saúde Reprodutiva, se propõe dar educação e clarear tabus e dúvidas dos adolescentes.

Dessa maneira, podemos afirmar que *se um grande percentual das atividades especificadas no papel fossem realizadas no desenvolvimento dos Programas, acreditamos que seria suficiente para garantir aos adolescentes um desenvolvimento adequado*. Mas, desafortunadamente, **a atenção que os adolescentes recebem não contempla a execução destas ações**, seja por falta de infra-estrutura (tratamentos orais, preventivos, planejamento da gravidez e das DST), seja por falta de sensibilização e/ou de capacitação das pessoas encarregadas de prestar esta atenção, ou até mesmo como consequência da falta de reconhecimento, de salários adequados, de garantias de trabalho das pessoas que compõem a equipe multidisciplinar de saúde.

Esta equipe de saúde que supostamente deveria atender aos adolescentes, para que em realidade fosse uma *atenção integral*, muitas vezes não existe devido aos problemas citados anteriormente; e, quando existe, podemos observar que em muitas ocasiões a atenção brindada não é integral, pois se esquece que o adolescente não é só corpo, que ele tem muitos problemas físicos que são apenas a expressão mais visível de conflitos próprios da sua idade, com os pais, com os pares, na escola (com os professores, companheiros, estudo) e até mesmo com a situação econômica em que se encontram. Acreditamos que não adianta tratar uma cefaléia ou uma crise nervosa sem nos interessarmos pela ‘ pessoa ’ que tem essa crise nervosa, pelo que está sentindo, pensado e acontecendo com ela.

Observamos, portanto, **que é fundamental e necessária a reciclagem de conhecimentos dos diversos componentes da equipe, para que a atenção brindada ao adolescente seja a melhor possível a partir dos recursos existentes, e para que se tenha um crescimento e amadurecimento da equipe multidisciplinar e de cada um de seus integrantes**.

3. A ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE NO BRASIL E NA COLÔMBIA

A **enfermagem** como recurso essencial na atenção integral ao indivíduo, família e comunidade, tem um amplo campo de ação na assistência ao adolescente. O grau e o nível da contribuição da enfermagem neste grupo de atenção está relacionado com o desenvolvimento da enfermagem como profissão e com a abertura dos sistemas nacionais de saúde, segundo as políticas e prioridades estabelecidas no setor saúde. (FARFAN: 1990; VANZIN, 1998; NERY, 1998)

Para atingir as metas propostas pelos países no projeto **Saúde para todos no Ano 2000**, são apresentadas ações básicas para o seu cumprimento, conceituando *a saúde para todos* como um processo de melhoria gradual da saúde das populações.

Segundo a OPS\OMS (1995), este conceito de saúde implica que:

- a saúde se inicie no lar, na escola e no trabalho;
- a população adquira a informação apropriada para aplicar métodos e práticas que lhes permitam prevenir as doenças e avaliar as afecções e invalidez inevitáveis;
- a população disponha de melhores meios para crescer, envelhecer e morrer dignamente;
- **haja uma distribuição eqüitativa dos recursos de saúde, e**
- **a atenção de saúde essencial seja acessível a todos.**

Todo o anterior, que consideramos muito idealista e longe demais da realidade da população pobre, requer compromisso e responsabilidade dos governos nos contextos de saúde, social e comunitário.

Para a **enfermagem**, isto representa uma oportunidade e um desafio para enfrentar a grande responsabilidade que lhe compete em cada um dos aspectos mencionados.

Em anos recentes, se discutiu muito referente às mudanças e inovações necessárias nos setores de educação e nos serviços de saúde, com o intuito de fazer uma contribuição efetiva ao logro da meta de *saúde para todos no ano 2000*. (SCHAEFER: 1990). A **enfermeira** pode e deve exercer um papel fundamental nesse aspecto relacionado à saúde do adolescente, pois pode cumprir sua função de agente educador em saúde e ser cada vez mais o *profissional chave* para a interação entre indivíduo, família e comunidade e o sistema de saúde.(VANZIN, 1998; NERY, 1998).

A enfermeira, por ser o agente responsável pela promoção da atenção à saúde, deve assumir o seu papel de liderança e de responsabilidade na adoção e na conservação de boas práticas de saúde pelos adolescentes.(ALMEIDA, 1986; VANZIN, 1998; NERY, 1998)

Para que a enfermagem possa assumir o papel e as funções que lhe correspondem na promoção e conservação da saúde do adolescente, bem como na supervisão dos serviços administrativos aí incluídos, é essencial que as escolas de Enfermagem e os serviços de saúde unam seus esforços.

Para se lograr **uma mudança que modifique e fortaleça a prática da enfermagem na área de saúde do adolescente**, é necessário influenciar nos futuros profissionais de enfermagem desde que iniciam a sua formação. Portanto, para facilitar essa mudança, se faz necessário assegurar que se inclua a **saúde do adolescente** nos currículos de enfermagem.

Tanto no Brasil como na Colômbia, ao tratar ou definir a equipe que vai executar as ações dos **Programas de Assistência à Saúde do Adolescente**, ela é mencionada de forma geral, como *equipe de saúde multiprofissional*, sem especificar categorias profissionais.

Em ambos os casos, no entanto, **a assistência ao adolescente prevê uma abordagem multiprofissional de seus múltiplos aspectos biológicos, emocionais e sócio- econômicos**. Esta equipe multiprofissional deve ser afim com esse grupo populacional, ser interessada e ser capacitada para o atendimento integral do adolescente como um todo biopsicosocial único e em constante interação com seu meio ambiente.

O **fluxograma de atendimento desses programas**, tanto no Brasil quanto na Colômbia, nos mostra que o primeiro contato do adolescente com o Programa deverá ser feito com qualquer um dos profissionais da equipe. Este deve estar **treinado e capacitado** para acolher ao adolescente com afetividade, dar orientações e reconhecer as situações de emergência, para assim encaminhar ao profissional da equipe que amerite e dar um fluxo adequado dentro do serviço.

A continuação apresentamos um quadro no qual, de forma esquemática, **ressaltamos e comparamos as principais ações que realiza a enfermagem na operacionalização e execução dos Programas de Assistência à Saúde dos adolescentes brasileiros e colombianos.**

3.1.- A ENFERMAGEM NAS POLÍTICAS E NOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL E NA COLÔMBIA

A enfermagem é um dos *profissionais chaves* chamados a compor a equipe multidisciplinar de saúde, tanto pelos Organismos Internacionais de Saúde (OPAS, OMS), como pelos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes (UNICEF), pelas organizações corporativas em âmbito nacional e internacional, como também pelos próprios programas.(OPAS/OMS, 1990, 1995; OMS, 1985; UNICEF, 1994; OMS, 1995, 1997; SOPERJ, 1996).

Nas Políticas Públicas do Brasil e da Colômbia que estão direcionadas a brindar uma melhor qualidade de vida ao adolescente, não aparece especificada a equipe de saúde que executará os Programas que por ventura venham a ser implementados em decorrência delas.

Nos textos que explicam o conteúdo, os objetivos, a população alvo, as estratégias, e outros aspectos **dos Programas de Assistência à Saúde dos Adolescentes brasileiros e colombianos**, encontramos especificados os diversos profissionais que deveriam integrar a equipe multidisciplinar que brindará a assistência. Fala-se das atividades e ações a realizar com e para o adolescente nas diferentes áreas de atenção mais não se especifica que

profissional executará esta ou aquela ação. Ressalta-se sempre que se fala de atenção nas diferentes áreas que esta deve ser **integral e multidisciplinar sempre que possível**.

Uma das entrevistadas (Coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD) nos falou que sempre faz questão de enfatizar que *“**todos e cada um dos componentes da equipe multidisciplinar é fundamental e única e só se brindará uma atenção realmente integral ao adolescente quando todos os integrantes dessa equipe se sintam uma atendendo a um ser único**”*.

No transcurso das entrevistas realizadas no **Brasil** (Rio de Janeiro e São Paulo) e na **Colômbia** (*Barranquilla*) com os **Coordenadores dos Programas** (enfermeiros ou não) e com as **enfermeiras que participam no desenvolvimento e na execução**, pudemos identificar **a grande quantidade de atividades que a enfermagem desenvolve**, seja diretamente na assistência, no planejamento, e até na avaliação.

A enfermeira é identificada pelos coordenadores dos Programas (**Brasil e Colômbia**), bem como pelos outros integrantes da equipe, como um dos profissionais fundamentais no cumprimento das metas e objetivos do Programa. Na prática, ou mais especificamente **na execução dos diferentes componentes dos Programas de Assistência ao Adolescente**, temos que a Enfermagem é o grupo profissional básico e fundamental, encarregado de fazer com que estes programas se realizem e tenham, assim, os resultados esperados na população jovem. Por exemplo, o primeiro contato dos adolescentes com os serviços de saúde geralmente é feito através da enfermagem ou da assistente social, que após a entrevista encaminham para o atendimento individual com o profissional da especialidade referente à problemática identificada na entrevista.

3. 2.- A ENFERMAGEM NA EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ADOLESCENTES BRASILEIROS E COLOMBIANOS

Após a análise das entrevistas realizadas no **Brasil e na Colômbia** (conforme explicação anterior), procedemos a **identificar as ações de saúde que a enfermagem expressa e/ou realiza no transcurso do atendimento ao adolescente**, assim como as

mencionadas pelos coordenadores dos Programas. Essas ações foram organizadas de acordo à área de atenção no seguinte quadro comparativo entre os dois países:

*AÇÕES DE SAÚDE QUE A ENFERMAGEM
REALIZA NA EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
AO ADOLESCENTE NO BRASIL E NA COLÔMBIA*

Áreas de Atenção	<u>Brasil</u> Ações	<u>Colômbia</u> Ações
Crescimento e Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica peso e estatura, realiza anotação e registra tanto no prontuário como nos gráficos de crescimento; • Avalia e interpreta os valores registrados, associando-os às informações da história clínica sobre a maturação sexual; • Brinda, segundo as necessidades do adolescente, orientação e educação para a saúde; • Faz acompanhamento participativo com os pais, a família, os educadores e a comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica alterações no processo de crescimento e desenvolvimento; • Por meio da avaliação do peso e da estatura detecta problemas no desenvolvimento; • Com a realização do exame físico, detecta alterações na puberdade, na audição e na linguagem; • Realiza prevenção das doenças orais e encaminha para o tratamento destas; • Dá educação e supervisiona o tratamento de algumas doenças crônicas: asma, epilepsia.
Saúde Reprodutiva e DST e Sexualidade Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda informações sobre o corpo, as práticas sexuais, a gravidez e os métodos anticoncepcionais. • Da educação, orientação e realiza exames preventivos. • Aplica vacina Anti-tetânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza prevenção da gravidez não desejada, do aborto, das DST, e da AIDS; • Faz prevenção do câncer uterino por meio de exames preventivos e da educação; • Aplica a vacina Anti-tetânica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica os fatores de risco que impedem um 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza as articulações necessárias para a

<p>Saúde Mental</p>	<p>adequado desenvolvimento do adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apóia, orienta e dá meios para a reformulação contínua da imagem corporal, necessária para a adaptação familiar e social; • Prevê, com atividades educativas, recreativas e culturais, as depressões, o abuso do álcool, das drogas, assim como os desajustes na família, na escola e no trabalho. 	<p>prevenção das condutas de risco, tais como consumo excessivo de álcool e fumo, junto aos setores educativos e aos meios de comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda orientação familiar; • Realiza atividades de educação e aquelas necessárias para a prevenção do maltrato intrafamiliar; • Identifica e participa no tratamento dos problemas de saúde mental mais frequentes: depressão, anorexia, bulimia nervosa; • Realiza diversas atividades educativas na prevenção e ou diminuição das fugas do lar.
<p>Saúde do Escolar e Prevenção de Acidentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta o lazer; as atividades recreativas, culturais e esportivas; • Realiza ações de promoção, preservação e recuperação acadêmica do escolar; • Prevê as condutas de risco, por meio de atividades educativas; • Implanta e executa programas de prevenção de acidentes em união com a família, a escola, a comunidade; • É agente articulador dos diferentes setores e disciplinas engajados na prevenção e na atenção à saúde do adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza atividades tendentes à prevenção e à diminuição das evasões escolares; • Desenvolve ações que dêem como resultado a melhoria do nível de rendimento escolar e que ajudem no desenvolvimento de métodos e técnicas de estudo; • Identifica as manifestações iniciais das dificuldades da aprendizagem e faz encaminhamentos segundo as necessidades.

Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Faz prevenção, educação e supervisão no tratamento de doenças orais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dá conteúdos educativos e preventivos relacionados às doenças orais.
Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Dá educação e orientações sobre sexualidade ao adolescente, segundo suas necessidades; • Cria espaços abertos e de confiança para a discussão e a reflexão das questões relacionadas à sexualidade; • Clareia tabus, dúvidas e temores. 	

FONTE: Estas ações foram obtidas através das entrevistas realizadas com as enfermeiras e coordenadores dos Programas **PROSAD** no Brasil e **PAISAC** na Colômbia.

Após elaborar o quadro comparativo acima, percebemos que um grupo de atividades que a enfermeira e os coordenadores dos Programas mencionaram como executadas pela enfermagem não tinha como ser incluídas como executadas dentro das áreas de atenção estipuladas no PROSAD e no PAISAC. Dentre essas ações temos:

♣ **Acolhida** aos adolescentes que assistem ao Programa.

♣ **Recebimento, orientação breve de caráter individual** sobre o Programa e matrícula do adolescente que assiste por primeira vez ao Programa.

♣ **Reunião com o grupo de adolescentes de primeira vez** para explicação dos objetivos do Programa, estratégias e procedimentos, assim como esclarecimento das dúvidas que eles tenham respeito ao Programa. Nesta explicação, as enfermeiras detalham os procedimentos realizados numa consulta de primeira vez (nesta se inclui a explicação sobre o exame ginecológico) e esclarecem dúvidas.

♣ **Acompanhamento durante a consulta médica** a aquelas adolescentes que assim o solicitem.

♣ **Coordenação das atividades educativas** realizadas pelos estudantes de enfermagem, medicina, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e outras que se encontrem no serviço sejam de graduação, especialização, residência.

♣ Muitas vezes **a enfermeira é a encarregada de explicar e mostrar o desenvolvimento do Programa** para os adolescentes aos visitantes que assim o solicitem sejam repórteres, jornalistas, docentes de outras instituições, e/ou familiares de pacientes.

♣ **Coordena**, junto à equipe de enfermagem ou a outros profissionais, o **desenvolvimento das atividades programadas para esse dia**.

♣ **Supervisiona o fluxo de pacientes** no desenvolvimento das atividades do Programa.

♣ **Lidera a preparação dos prontuários** para o dia seguinte do atendimento e coordena a realização dos respectivos resumos para a reunião interdisciplinar.

♣ **É a responsável direta pelo arquivo dos prontuários dos adolescentes**, pelo estoque de medicamentos e produtos que são distribuídos aos adolescentes segundo necessidades (medicamentos indicados pelos médicos, anticoncepcionais (camisinha feminina e masculina, espumas, óvulos), material educativo e informativo. Os medicamentos e anticoncepcionais podem ser fornecidos pelos laboratórios ou pelo governo.

♣ **Realiza atendimento individual aos adolescentes** segundo necessidade identificada por ela ou por outro integrante da equipe.

Pode-se destacar alguns aspectos no referente à **análise comparada das atividades que as enfermeiras realizam na operacionalização da assistência à saúde do adolescente** e que podem ser incluídas nas áreas prioritárias de atenção propostas pelos **Programas PROSAD (Brasil) e PAISAC (Colômbia)**.

As enfermeiras na execução dos Programas nos dois países (**PROSAD** e **PAISAC**), especificamente na área de crescimento e desenvolvimento, têm **em comum** que:

- Mediante a **mensuração, a avaliação e a comparação** das medidas antropométricas, **identificam o aparecimento de alterações** no processo de crescimento e desenvolvimento;

- Fazem referência **às atividades educativas realizadas junto ao adolescente** e, nos dois casos, mencionam que prestam muita atenção **à avaliação do amadurecimento sexual**, através da comparação das medidas antropométricas com os dados consignados nos prontuários (**PROSAD**) e o exame físico (**PAISAC**).

Já como **diferenças fundamentais**, pode-se destacar o fato de que **a enfermeira do PROSAD (Brasil)** faz o acompanhamento do adolescente com a participação dos pais, da família, dos educadores e da comunidade sempre que possível; enquanto que **a do PAISAC (Colômbia)** detecta possíveis alterações na audição e na linguagem mediante a realização do exame físico, além de fazer o acompanhamento da administração do tratamento de algumas doenças crônicas. **No PROSAD** (no município de São Paulo), esta atividade faz parte das ações mais desenvolvidas pelas fonoaudiólogas durante seu interagir (brincadeiras, diálogos, oficina de artes) com os adolescentes em sala de espera.

Nas entrevistas com **os coordenadores e com as enfermeiras** que fazem parte da equipe que executa (realiza) os Programas de assistência aos adolescentes brasileiros e colombianos, não encontramos diferenças nas atividades mencionadas relacionadas **á área da Saúde Reprodutiva, das DST e da Sexualidade Humana**.

No tocante **á área da Saúde Mental, as enfermeiras brasileiras e colombianas, dos Programas PROSAD e PAISAC**, realizam atividades direcionadas **à identificação de fatores de risco que impedem um adequado desenvolvimento do adolescente** (álcool e fumo), assim como também realizam atividades educativas, recreativas e culturais como parte da prevenção; sendo que a enfermeira do PAISAC diz realizar as articulações necessárias. Observa-se que no **PROSAD** a enfermeira trabalha o referente à imagem corporal (autoimagem) necessária para a adaptação com a família e o entorno

social e a do **PAISAC** realiza atividades de educação e outras necessárias para a prevenção do maltrato intrafamiliar e na prevenção e a diminuição das fugas do lar.

As maiores diferenças foram encontradas **na área de Saúde do Escolar e Prevenção de Acidentes**, pois em cada país se dá uma ênfase diferente. No **PROSAD**, Brasil, a ênfase maior para esta área é a **prevenção dos acidentes dos escolares, através da identificação das condutas de risco relacionadas com acidentes**; de campanhas educativas que envolvem não só aos adolescentes más também aos professores, pais, família, comunidade e outros setores e da implantação e execução de Programas de Prevenção de Acidentes. Também se realizam atividades que fomentam o lazer, a recreação, a cultura e o esporte. Já no **PAISAC** a ênfase das ações de enfermagem é a **prevenção e a diminuição das evasões escolares, e a identificação das manifestações iniciais das dificuldades na aprendizagem**. As duas realizam atividades diversas tendentes à promoção, conservação e/ou recuperação acadêmica do escolar.

A enfermeira do PROSAD realiza atividades de prevenção e educação que dêem como resultado uma boa **saúde oral**; e, onde se conta com o serviço odontológico, faz supervisão da assistência às consultas agendadas. Lembramos que esta área não aparece como tal no **PAISAC**.

Na área da Sexualidade, que aparece como área no **PROSAD**, **a enfermeira realiza as atividades de educação e orientação ao adolescente** segundo as necessidades observadas ou expressas; **cria espaços** nos quais o adolescente possa discutir e refletir sobre as questões relacionadas à sexualidade; e, ainda, esclarece sobre as dúvidas, os tabus e os temores que ele possa ter.

Uma vez realizada a análise comparativa das ações de saúde propostas para a implementação dos Programas de Assistência à Saúde dos adolescentes brasileiros e colombianos, com destaque para as atividades realizadas pela enfermagem, como um dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar destes Programas, podemos afirmar que a **enfermagem é a responsável direta pela realização de um considerável número de ações de saúde não só no nível da implementação dos Programas, mas também no planejamento e na garantia de sua continuidade**.

Dessa forma, podemos afirmar que as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação propostas nas diferentes áreas de atenção à saúde do adolescente, realizadas

nos lugares nos quais são executados estes programas, tanto no Brasil como na Colômbia, são, na maioria das vezes, realizadas diretamente pela **Enfermagem**.

Não podemos, PORTANTO, ignorar o papel fundamental que desempenha a **Enfermagem – com destaque para a Enfermeira** - na promoção, implantação, execução e avaliação dos Programas de Atenção à Saúde, nos quais os Adolescentes, tanto brasileiros como colombianos, e em geral latino-americanos, são sujeitos alvo da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, que é uma continuação da pesquisa apresentada pela autora no curso de Mestrado, e com o qual se inaugurou **a Linha de Pesquisa Estudos Comparados Latino-americanos da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ**, é o terceiro de Doutorado a ser defendido dentro dessa linha (o primeiro foi por uma brasileira e o segundo por uma peruana). Nele analisamos comparativamente **as Políticas Públicas de Assistência à Saúde dos Adolescentes no Brasil e na Colômbia**, bem como **os Programas de Saúde implementados em decorrência dessas Políticas, destacando o papel da Enfermagem nessas Políticas e na execução dos Programas nos dois países.**

Um dos primeiros momentos do desenvolvimento desta pesquisa foi constituído pela necessidade **do aprofundamento da história da Assistência ao adolescente**. No ano de 1899 em Illinois, EUA, é criado o primeiro **Tribunal de Menores**, a partir do qual se começa a tratar de dar um tratamento diferenciado às crianças e os adolescentes. Mais tarde, o Movimento dos Reformadores, que é um movimento social, provoca a grande virada no tratamento à infância e ao adolescente. O fato mais marcante é o tratamento diferenciado dentro dos estabelecimentos de reclusão que até esse momento eram compartilhados com e nas mesmas condições dos adultos.

O discernimento era utilizado pelos **códigos penais Latino-americanos**, como critério para decidir o destino dos ‘menores’ (entenda-se criança e adolescente). O local de recolhimento era compartilhado com a população adulta que estava em prisões comuns. Nesse cenário surgem **os Reformadores Latino-americanos** que, com a sua luta, logram que em 1919 se crie na Argentina a primeira legislação específica a favor dos menores. Nas décadas de 40 e do 50 se começa a programar projetos estatais e distribucionistas. Assim a assistência que era exercida pelas instituições de caridade passa para o âmbito do Estado.

Mais tarde, nos anos 60, se dá um esvaziamento **das políticas compensatorias** devido à crise fiscal, dando como resultado o aumento e o aprofundamento da pobreza e o agudizamento do processo de marginalização; nos anos 70 surgem algumas tentativas de assistência á criança e ao adolescente e nos anos 80 registramos o auge das instituições, dos movimentos e do reconhecimento da criança e do adolescente como um ser especial que necessita outra atenção e tratamento, o surgimento das organizações internacionais e a luta em favor da Infância nas Convenções e com Tratados Internacionais.

Nas décadas do 80 e do 90, se observou um incremento **nas intenções de fazer valer os direitos reconhecidos internacionalmente para os adolescentes**. É assim como em quasi todos os países se iniciam ‘**tentativas de programas**’ que tinham como objetivo “proteger e conservar a saúde dos adolescentes” de acordo às recomendações das Organizações Internacionais de Defesa dos Direitos Humanos, das Convenções e das Organizações Internacionais da Saúde.

Já no Brasil e na Colômbia, observamos que se dá (como na maioria dos países latino-americanos) um desenvolvimento e uma evolução predominantemente no âmbito formal – legal, inscrito nos documentos referentes à intenção de **‘proteger às crianças e aos adolescentes’**.(Ver análise comparada cap.3). Se bem não podemos dizer que esta legislação solucionou a problemática na qual nossos adolescentes se desenvolvem, não podemos também deixar de reconhecer que nos dois países já existe base jurídica, políticas, programas e ações de saúde para direcionar e guiar este atendimento e proteção.

Então qual é o problema? Porque continuamos assistindo diretamente ou através dos meios de comunicação à constante violação dos direitos mais elementares de juventude? Porque continuamos vendo como os jovens continuam sendo maltratados, continuam trabalhando na rua em condições inadequadas à sua condição de **‘ser em desenvolvimento’**?, Porque tem que viver de esmolas? Porque eles não assistem à escola? Porque abandonam os estudos? Porque são convencidos a ser chefes de quadrilhas de narcotráfico, de grupos armados e ou ‘assassinos de aluguel’?.(PILOTTI, 1995, GONZÁLEZ, 1995; FALEIROS, 1995; RIZZINI, 1995, 1998; OLIVEIRA, 1998; SZWARCOWALD, 1998; CANNON, 1998; SOARES, 1998; SABOIA, 1998)

Acreditamos, e assim foi exposto no decorrer do trabalho, que a grande problemática da nossa juventude que pertence a todo esse contingente de pessoas que constitui as classes menos favorecidas, os excluídos e os desempregados, **é ser, hoje, a principal vítima das medidas de ajuste econômico impostas por nossos governos de corte neoliberal** (SOARES, 1998). Acreditamos que enquanto não existam Políticas Públicas e Programas que não só compreendam como campo de atuação a área da saúde física mas também **‘as grandes doenças de origem social’*** às quais esta população está submetida, não veremos uma verdadeira mudança no perfil de saúde integral dos nossos adolescentes (RIZZINI, 1995, 1998) (* a ênfase é nossa).

As estatísticas, os estudos e a história nos mostraram, e ainda continua mostrando-nos, que a grande problemática dos jovens brasileiros, colombianos e, em geral, latino-americanos é *o problema da fome; da falta condições para ingressar às escolas e estudar* (escolas, salas de aula, professores aos quais se lhes

reconheça o seu trabalho, ensino de qualidade e de acordo à realidade) *assim como para permanecer vinculados nas instituições de ensino* (trabalho para seus pais e responsáveis, renda *percapita* suficiente para cobrir ao menos as suas necessidades básicas); da *falta de seguridade; de saúde; de espaços de lazer e de onde poder praticar esportes; de acesso a espetáculos culturais*. (GONZÁLEZ, 1995; SZWARCOWALD, 1998; SOARES, 1998; SABOIA, 1998, BELTRÃO, 1998, IBGE, 1997; CEPAL, 1995; CASTRO, 1998)

Em meio a essas condições são apresentadas Políticas e Programas que, na verdade, quando muito, adotam as:

“ .. funções compensatórias e corretivas das desigualdades mais gritantes e mais explosivas. É o caso das propostas de políticas de renda e emprego....., das políticas educacionais, que visam enfrentar o problema da *incorporação dos jovens ao sistema econômico e político,..*”(SOLA, 1998:756).

Acreditamos que se se contasse com uma real vontade política para a implementação, execução e continuidade dos Programas, e se lograsse executar uma grande parte do que consta na legislação de cada país para a atenção aos adolescentes, **o problema, ainda assim, não deixaria de existir**, posto que **a problemática da juventude possui como pano de fundo a desestabilização econômica, política e social em que se encontram estes países, o qual impede que as Políticas Sociais aplicadas até hoje em dia possam dar solução às diversas manifestações dessa problemática.** Como bem afirma PILLOTTI, 1995:34:

“...reconhecer que o aumento da pobreza continuava sendo o problema mais sério para a infância (e a adolescência)*”. (* agregamos nós)

São muitos os autores que apoiam essas afirmações (PILOTTI, 1995, GONZÁLEZ, 1995; FALEIROS, 1995; RIZZINI, 1995, 1998; OLIVEIRA, 1998; SZWARCOWALD, 1998; CANNON, 1998; SOARES, 1998; SABOIA, 1998), demonstrando em diversos

estudos que, enquanto não se atue diretamente na forma de distribuição de renda, no nível de vida, nos aspectos econômicos e sociais da população, não se obterá uma mudança substancial no seu desenvolvimento nem no nível de vida e de saúde.

Estudos de diferentes organizações internacionais, de autores e pesquisadores do tema nos demonstram que com **uma melhora na distribuição da renda, com maiores ingressos percapital, melhoramento das condições de vida** (saúde, saneamento, alimentação, educação, esporte, cultura), **a grande maioria dos problemas já identificados não só nos jovens senão em toda a população pobre e paupérrima, poderiam não ser erradicados mais sim controlados e diminuído o seu impacto.**

Nesta tese demonstramos que se por um lado se registraram **avanços nas Políticas Sociais dos países estudados** (em alguns mais que em outros), e que estas incidem diretamente no tratamento brindado aos adolescentes, por outro lado muitas dessas legislações, desses programas e dessas ações **não têm como se viabilizar nas atuais condições de desenvolvimento social, econômico e políticos existentes em nossos países.** Sendo assim, assistiremos, tal como vem se fazendo há muitas décadas, ao triste espetáculo de ver que outra tentativa de atuar positivamente na vida dos **jovens ficará só como letra morta e não será aplicada.** (RIZZINI, 1998; SOLA; RUA, 1998; SOARES, 1998).

Dessa forma o problema do governo é:

“capacidade em atuar como poder público por todo o território nacional e de garantir o cumprimento de uma ordem legal dada” (SOLA, 1998:754).

Quanto às Políticas Públicas dirigidas aos adolescentes brasileiros e colombianos podemos ressaltar que na Colômbia se tem uma Política para a Juventude, na qual são apontados os Programas que viabilizam a sua implementação e no Brasil se conta com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual não tem listagem de Programas específicos para a sua operacionalização e conseqüente proteção ao adolescente

Em contrapartida, ao buscar na prática programas sociais governamentais que tratam de outras clientela nos quais os adolescentes brasileiros também são contemplados como alvo das ações, encontramos entre outros:

❖ **O Programa Brasil Criança Cidadã**, da Secretaria de Assistência Social (SAS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), cujo **objetivo** é concretizar a proteção e o amparo à família, ao adolescente e à criança que se encontram em situação de risco social, como forma de dar cumprimento ao estabelecido pelo ECA, pela Constituição Federal, e pela Lei Orgânica da Assistência Social, bem como pelos Organismos Internacionais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

❖ **O Projeto Escola**, no qual desenvolvem atividades juntamente a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis CNDST/AIDS/MS; trabalha a prevenção do uso indevido de drogas, álcool e tabagismo, assim como a prevenção das DST e HIV, através da criação de espaços de discussão, informação, sensibilização e da apropriação dos fatores e insumos básicos de proteção.

❖ **O Programa Alfabetização Solidária**, no qual se tenta conseguir reduzir significativamente o índice de analfabetismo, que é uma das formas da expressão da exclusão social. Este projeto se desenvolve entre o MEC e várias Universidades, empresas privadas, Municípios e outras instituições.

❖ **A Universidade Solidária** é uma iniciativa governamental em parceria com as empresas privadas que tem como fim levar informação de saúde, educação e organização comunitária aos Municípios que fazem parte do Programa Comunidade Solidária. Este programa é realizado por estudantes universitários sob a orientação de docentes de diversas Universidades que se mobilizam durante as férias para ensinar, aprender e vivenciar a realidade das comunidades carentes brasileiras.

❖ **O Programa Esporte de Criação Nacional, o Programa Esporte para Pessoas Portadoras de Deficiências, o Programa Esporte Educacional, o Programa Esporte na Rede, o Programa Ciência do esporte e o Programa Esporte Solidário**, que são implementados pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto (INDESP) em coordenação com o Ministério do Esporte.

Contemplar esta listagem de Programas a princípio nos indicaria que o adolescente estaria recebendo atenção adequada e que muitas das suas necessidades estão sendo atendidas e satisfeitas. No entanto, não é assim, já que quase todas essas iniciativas e programas só estão sendo realizadas em alguns estados e municípios, situando-se em pequenas localidades, atingindo apenas a grupos focais. Boa parte desses projetos está em fase de experimentação. Outros, por falta de recursos, não conseguem ampliar sua cobertura. Dadas às dimensões continentais do Brasil e o tamanho da exclusão na qual se encontram os adolescentes, esses Programas não conseguem uma abrangência e uma continuidade suficientes para obter alguma efetividade nos seus propósitos.

As situações anteriores analisadas nos fazem concordar com SOLA quando afirma que não existe nenhuma política específica para a adolescência:

“Na realidade, os jovens são abrangidos por políticas sociais destinadas a todas as demais faixas etárias, não sendo orientadas por concepções claras e definidas de que eles representam o futuro (*), não apenas do ponto de vista do investimento econômico feito pela sociedade e dos seus dividendos mais imediatos, como também sob a perspectiva de que serão esses indivíduos os responsáveis pela educação e formação de hábitos e atitudes das gerações vindouras” (SOLA, 1998:739). (* o sublinhado é nosso)

Podemos afirmar então que, na realidade, existem **Políticas** que atingem diversos grupos (etários, de risco, etc.), entre os quais se incluem os jovens, mas que elas não se traduzem em decisões concretas e efetivas, por um lado, e exibem os mesmos problemas observados nas políticas públicas em geral, por outro.

Nos dois países comparados se delinearam Programas de Saúde de Atenção ao Adolescente como uma forma de operacionalizar a assistência: PROSAD no Brasil e PAISAC na Colômbia. No entanto, uma vez mais, e em grande parte devido à situação econômica, política e social em que se encontram esses países, são poucos os componentes desses Programas que se logram implementar e que na realidade chegam à população alvo da atenção.

Já na Colômbia, a Política expressa claramente quais serão os Programas a ser implementados na execução dos diversos componentes da Política. Alguns desses programas implementados são (já explicados e analisados nos Cap. 3 e 4) :

- ❖ **Plano Nacional de Educação Sexual;**
- ❖ **Programa de Saúde Integral para o Adolescente Colombiano (PAISAC);**
- ❖ **Plano Nacional da Leitura;**
- ❖ *Comissária das Famílias;*
- ❖ **Projetos Produtivos;**
- ❖ **Incubadoras de Empresas;**
- ❖ **Formação para a Organização e a Capacitação;**
- ❖ **Criação de espaços de concentração dos Jovens nas Secretarias (estaduais ou Municipais;**
- ❖ **Participação no planejamento e confecção da Política da Juventude nos Estados e Municípios.**

Da mesma forma que o expressado no caso do Brasil, essas iniciativas só se estão implementando de forma descentralizada em estados e municípios considerados como Pilotos ou Centros Experimentais, com o que **um grande contingente de adolescentes continua excluído dos possíveis benefícios que essas ações poderiam representar para a sua vida presente e futura.**

Também observamos que na execução de alguns desses Programas, seus coordenadores e a equipe que os executa, na tentativa de responder às necessidades específicas da população alvo da atenção, assim como da problemática de onde estão inseridos, **adaptam, modificam ou alteram as diretrizes gerais**, já não em função do cumprimento de metas gerais ou centralizadoras, e **sim como o intuito de responder à problemática da população adolescente.**

É assim como em meio a todo esse caos social e econômico em que estamos, vislumbramos alguns espaços de esperança e de otimismo que nos faz acreditar que ainda é possível mudar essa realidade em que se desenvolvem nossos adolescentes e que é necessário ampliar esses espaços para beneficiar a um maior número deles.

A enfermagem, como parte dessa equipe multidisciplinar que brinda educação e atenção ao adolescente, se depara com a dualidade de ter nas suas mãos um Programa ideal, pioneiro, algumas vezes tomado como modelo a nível mundial, mas que quando chega a hora de operacionalizar se depara com a crua realidade na qual se brinda a assistência ao adolescente em nossos países latino-americanos.

Ainda assim, a enfermeira **tem que brindar uma atenção que vai além do que as condições circundantes lhe facilitam e extrapola as diretrizes básicas no intuito de prestar, na prática, uma assistência integral de qualidade.**

Ao fazer a análise comparada das atividades realizadas pela enfermagem pudemos comprovar que ela é, no âmbito da prática e das experiências observadas, responsável pela maioria das ações de saúde desenvolvidas antes da consulta, sendo o agente engajador entre os serviços, a equipe e os meios com o adolescente. Podemos afirmar que a enfermeira realiza muitas mais atividades das previstas para o cumprimento dos objetivos nas diferentes áreas prioritárias de atenção, e que é um dos profissionais chaves na execução das ações tendentes a dar como resultado um tratamento integral do adolescente.

Acreditamos que para que se produzam mudanças verdadeiras nas nossas sociedades é necessário que os agentes decisivos, entre eles **a enfermagem**, incentivem a formulação de Políticas Sociais Transformadoras direcionadas a “*modificar a própria estrutura do sistema social*” (SOLA, 1998:757) e não só **Políticas Sociais Compensatórias** ou Corretivas, no sentido de estabelecer diretrizes gerais para estimular formas de atuação que contribuam para o fortalecimento da sociedade civil onde ela é mais vulnerável e precária: **a juventude.**

No momento de colocar um ponto final a esta pesquisa, temos várias certezas:

- Esta não é uma pesquisa terminada, no sentido em que este é um grupo populacional com o qual a cada dia nos sentimos mais comprometidos, seja como profissionais, seja como pessoa ou como mãe.

- Esta é uma temática que não está esgotada, na medida em que falta muito por analisar, muito por fazer e muito por compreender desse “mundo desconhecido”(*) chamado *adolescente* (* expressão utilizada por um componente da equipe multidisciplinar do PROSAD que ainda está na adolescência).

- Esta é uma problemática ainda não solucionada e cujas soluções propostas para ela, pelo que ficou demonstrado nesta tese, precisam ainda ser mais investigadas e, sobretudo, modificadas.

BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, S. H; SANTOS, W. G e COIMBRA, M.A. **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

ADORNO, S. A experiência precoce da punição. In: SOUZA, J, (org). **Massacre dos Inocentes, a criança sem infância no Brasil**. São Paulo, Ed. Hucites, 1993.

- ADORNO, S. Criança: a lei e a cidadania. In: RIZZINI, I. **A criança no Brasil Hoje desafio para o terceiro milênio**. Editora Universitária Santa Úrsula, Rio de Janeiro, 1993.
- ALMEIDA, M. C; ROCHA, J. S. O. **O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo, Cortez, 1986.
- ALTOÉ, S. **De Menor a Presidiário: A trajetória inevitável?**. Rio de Janeiro: USU, 1993.
- ALVAREZ, J. A. In: **Primeiro Seminário de Políticas Públicas para crianças de rua na América Latina**, vol. 1, Palestras, Secretaria do Menor, São Paulo, 1990.
- ALVIM, M. R. B.; VALLADARES, L. P. **I Boletim Informativo e Bibliográfico infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura.** Rio de Janeiro. ANPOCS. No. 26, 1988.
- AMARAL, A. F. Estatuto da Criança e do Adolescente hoje. In: ARANTES, E. M. A.; MOTTA, M. E. **A criança e seus direitos-Estatuto da Criança e do Adolescente e Código de Menores em Debate**. Rio de Janeiro: PUC/RJ/FUNABEM, 1990.
- ANRÍQUEZ, M. T. La Atención Privada a la Infancia en Chile. In: **Infancia en Riesgo Social y Políticas Sociales en Chile**, IIN: Montevideo, Uruguay, 1994.
- ANRIQUEZ, M. T. La atención privada a la infancia en Chile. In: PILOTTI, F., (cord). **Infancia en riesgo social y políticas sociales en Chile**, IIN: Montevideo, Uruguay, 1994.
- ARANTES, E. M de M. ROSTROS de Crianças no Brasil. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil**. Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.
- ARANTES, E. M. A. Sobre arrastão e grupos de periferia. In: BRITO, L. M. T. **Psicologia e instituições de direito: a prática em questão**. Rio de Janeiro: CRP/RJ, 1994.

ARANTES, E. M. A., MOTTA, M. E. **A criança e seus direitos**. Rio de Janeiro: PUC/RJ-FUNABEM, 1990.

ARANTES, E.M. **A Criança e seus direitos. Estatuto da Criança e do Adolescente e Código de Menores em Debate**. Rio de Janeiro: PUC/RJ/FUNABEM, 1990.

ARIAS, A. R. **Avaliando a situação Ocupacional e dos Rendimentos do Trabalho dos Jovens entre 15 e 24 anos de idade na presente Década**. In: BRASÍLIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara:, 1981.

ARMATTA L.; GONZÁLEZ. A Enfermagem e o Adolescente. In: **Atenção Integral de Adolescente. Manual para Enfermeria**. Fundação para la Salud Del Adolescente Del año 2000. Argentina: FUSP 2000 Editora/ FWK. Subvencionado pelas Fundaciones W. K. Kellog e Alejandro y Agustín Roca, 1994.

AYLWIN, J. Derechos Humanos: Los Desafios para un nuevo contexto, In: **Revista Conflicto, Vida y Derecho**, nº 10, vol. 4, Santiago de Chile, 1992.

AYRES, J.R. Adolescência e Saúde Coletiva: Aspectos epistemológicos da Abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1990.

BARBETTA, A. **A saga dos menores e educadores na conquista da condição de cidadão: o movimento de meninos e meninas de rua na década de 80**. São Paulo: PUC, Pós-graduação em Serviço Social, 1993. Dissertação de Mestrado.

BARROS, E de. Comentário apresentado na disciplina "**Análise Comparada da Organização de Serviços de Saúde**", ministrada no Curso de Pós-Graduação em Saúde em Saúde Pública/Mestrado e Doutorado da Escola de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2o Semestre de 1988

- BATTAGLIA, L.; ALVES Z. M. C. Instituições e Programas Nacionais dirigidos à criança pequena. In: RIZZINI, I (org). **A criança no Brasil Hoje: desafio para o terceiro milênio**. Ed. Universitária USU, Rio de Janeiro, 1993.
- BECKER, H, **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- BERCOVICH, A.; DELLASOPPA, E. e ARRIAGA, E.. “J’ adjunte , mais je ne corrige pas”: Jovens, Violência e Demografia no Brasil. Algumas reflexos a partir dos indicadores de violência.. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.
- BIROU, A. **Dicionário das Ciências Sociais**. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1982.
- BOBBIO, N. **Dicionário de Política** . Editora UNB, 6a. edição, vol. 1, Brasília, 1994.
- BOFF, L. A função da universidade na construção da soberania nacional e da cidadania. **Cadernos de Extensão Universitária**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1994.
- BORGES, M.F. A saúde do Adolescente - Extermínio. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**. Rio de Janeiro, 1991, p. 145-147.
- BOTELHO, R. U. **Uma história da proteção à infância no Brasil**. Brasília : UNB, Mestrado em História, 1993. Tese de Mestrado.
- BRASIL, **Lei No. 8.069, de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e das outras providências. Rio de Janeiro: Auriverde, 1994.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROSAD. **Módulo de Sensibilização**. Brasília, Janeiro de 1991.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROSAD. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Brasília, Novembro de 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente. Proposta preliminar de Prevenção e Assistência á Violência Doméstica.** Brasília, Ministério da Saúde, 1993

BRASIL, Secretaria de Assistência á Saúde. **Normas de Atenção á Saúde Integral do Adolescente.** Vol. I: Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. Brasília, 1993.

BRASIL, Artigo 227 da Constituição do Brasil. In: **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Brasília, 1988.

BRASIL, Secretaria de Assistência á Saúde. **Normas de Atenção á Saúde Integral do Adolescente.** Vol. II: Saúde Mental. Sexualidade na Adolescência. Brasília, 1993.

BRASIL, Secretaria de Assistência á Saúde. **Normas de Atenção á Saúde Integral do Adolescente.** Vol. III: Assistência ao Pré-natal, ao Parto e ao Puerpério. Planejamento Familiar. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Problemas Ginecológicos. Brasília, 1993.

CANNON, L. R; BOTTINI, B. A. Saúde e Juventude: O Cenário das Políticas Públicas no Brasil. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas,** CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação,** São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTAÑEDA, J. G. **A utopia desarmada.** Ariel : Buenos Aires, Argentina, 1993.

CASTRO, J. Políticas Públicas. Competências segundo a legislação brasileira. **Caderno Informativo de Políticas Públicas.** Recife, Março de 1992, p. 1-8.

CASTRO, J. O; PEREIRA, N; e al. Evolução e Características da População Jovem no Brasil. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas,** CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

CEPAL. **La Brecha de la Equidad, América Latina, el Caribe y la Cumbre Social**, 1997. Santiago, Chile:CEPAL; 1997..

CEPAL. **Panorama Económico para la América Latina 1996-1997**. Santiago, Chile:CEPAL; 1997..

CEPAL. **Panorama social de América Latina**. Naciones Unidas : Santiago, Chile, 1994.

CHIZZOTTI, A, **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2^a ed.- São Paulo: Cortez, 1995, p. 77-104. (Biblioteca da Educação. Série 1. Escola; v. 16)

CILLERO, M. Evolución histórica de la consideración jurídica de la infancia y adolescencia en Chile. In: PILOTTI, F. (Org.). **Infancia en riesgo social y políticas en Chile**. Santiago, Chile, 1994

COLÔMBIA. PRESIDÊNCIA DE LA REPÚBLICA - DANE. **Indicadores de focalización para programas sociales**. Santa Fé de Bogotá, D.C. Enero de 1994 (cópia xerográfica).

COLÔMBIA. Ministério de la Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). **Propuesta de Atención Preventiva al Escolar y Adolescente através de clubes Juveniles**. Santa Fé de Bogotá, 1991.

COMISSIÓN ECONÔMICA PARA LA AMÉRICA LATINA (CEPAL). **Situación y perspectivas de la juventud en América Latina**. Publicación CEPAL. Conferencia 75. San José, Costa Rica, 1983.

CONILL, E. **Les implications de la santé communautaire en tent que nouvelle politique de Santé**. Analyse du cas du Quebec, thesé de doctorat, Institut du Développement Economique et Social, Unniversité de Paris\Sorbonne, 1982.

COSTA, A. C. **È possível mudar: A criança, o adolescente e a família na Política Social do Município**. São Paulo: Malheiros, 1993.

COSTA, A. C. G. A mutação social. In: **Brasil, criança urgente**. São Paulo : Instituto Brasileiro de Pedagogia Social/Columbus Cultural, 1990.

- COSTA, A. C.da. A Política de Atendimento. In: FORUM DCA. **Políticas e prioridades políticas**. Revista Fórum DCA, No. 3, Forja Editora, São Paulo, 1993.
- DA COSTA, M., V. Trabalho Infantil na Política de Assistência Social: Um Estudo das Representações Sobre Educação e Trabalho. In: NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão**. Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.
- DANTAS, M. G. **Dados de implantação dos Conselhos Estaduais e Municipais de direitos da criança e do Adolescente**. Cadernos CBIA, Rio de Janeiro, ano. 1, n. 4, Maio/Agosto, 1992.
- DEMO, P. **Introdução á Metodologia da Ciência**.. 2 ed.-São Paulo: Atlas, 1987, p. 85-98.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA (DANE). Encuesta Nacional de Hogares. Módulo de Educación, Marzo 1991. **Datos preliminares de la Oficina de Planificación del Ministerio de Educación**. Bogotá, Nov. 1994 (cópia xerográfica).
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA (DANE). **Estadísticas Nacionales de Salud del año 1994**. Santa Fé de Bogotá, 1996.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. **Censo de 1994**. Ministerio de la Salud. Santa Fé de Bogotá, 1997.
- DESROSIERS, G. **Analyse Comparé des Systemes de Santé, Programme de cours, Maitrise en Santé Communautaire** (MSO 6040), Universite de Montréal, Departament de Médecine Preventive et Sociale, 1988.
- DESROSIERS, G. **Analyse Comparé des Systemes de Santé, Maitrise en Santé Communautaire**, Universite de Montréal, Departament de Médecine Preventive et Sociale, 1980, notes de cours.
- DIÓGENES, G. A cidade e a Casa: Exclusão e Violência na Infância. In: NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão**. Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.
- EASTON, D. **The Political System**. New York. Alfred A. Knopf, 1953, p. 129.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY-UFR. **Programas Curriculares Integrados de Enfermagem (PCI).**

ESTATUTO DE CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL,, Cadernos Populares No. 9, Forja Editora, São Paulo, janeiro de 1992.

FALEIROS, E. T. A Criança e o Adolescente-Objetos Sem Valor no Brasil Colônia e no Império. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil.** Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

FALEIROS, V. de P. Infância e Processo Político no Brasil. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil.** Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

FALEIROS, V. P. Estado, sociedade y políticas sociales. In: FLEURY, S. (Org.) **Estado y políticas sociales en América Latina.** Xochimilco : Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F. (Org.). **A arte de governar crianças. A historia das Políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro : IIN/EDUSU/Amais Livraria e Editora, 1995.

FALEIROS, V. P. Violência e barbárie. O extermínio de crianças e adolescentes no Brasil. In: RIZZINI, I. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio.** Rio de Janeiro : EDUSU, 1993.

FALLETO, E. **Equidad, transformación social y democracia en América Latina: Desarrollo y equidad?.** São José, costa Rica : FLACSO/CEPAL , 1990.

FERRREIRA, I. S. A relação Estado-mercado no processo de constituição da assistência social durante o governo Collor. **Serviço social& Sociedade.** São Paulo. v. 14, n. 43. 1993.

FINANCIACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (FES) e COLCIENCIAS. **Projeto Atlantida**. Informe Final. Colômbia, 1995

FORUM DCA. **Políticas e prioridades políticas**. Revista Forum DCA, No. 3, Forja Editora, Rio de Janeiro.

FRIEDRICH, C. **Man and His Government**. New York. Mc Grw Hill, 1963, p. 70.

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE. DISTRITO DE SALUD DE BARRANQUILLA. OFICINA DE JUVENTUDES. **Projeto Iniciativa: El Adolescente Sano del Suroccidente de Barranquilla, 1997-1999. Una Experiencia Integral en la Búsqueda del Mejoramiento de la Calidad de Vida del Adolescente**. Barranquilla, novembro de 1996.

GARCIA, J. **Medicina y Sociedad- Las Corrientes de Pensamiento en el Campo de la Salud**, Educación Médica y Salud, 1983.

GONÇALVES. H. S. **Infância, adolescência e crime (des)caminhos da disciplina**. Rio de Janeiro : PUC/RJ, 1993. Dissertação de Mestrado.

GONZÁLEZ, A. G. **Estudo Comparativo da Situação de Saúde do Adolescente Latino-americano: Brasil e Colômbia**. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1995. Tese: Mestre em Enfermagem.

GRAWITZ, M, **Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales**. Barcelona : Hispano Europea, 1975. 2 Vol.

IBASE. **Os Impasses da Cidadania: Infância e adolescência no Brasil**. IBASE, Rio de Janeiro, 1992.

IGLESIA, S., VILLAGRA, H, BARRIOS, L.. Un viaje a través de los espejos de los Congressos Panamericanos Del Niño. In: **Del revés al derecho. La Condición Jurídica de la Infancia en America Latina. Bases para una Reforma Legislativa**. Buenos Aires: UNICEF/UNICRI/ILANUD, Buenos Aires : Galerna, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBEGE). **Tabulações avançadas do Censo demográfico - resultados preliminares**, Ministério da Saúde, 1996.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). **Lineamentos generales para la Atención al Menor**. Santa Fé de Bogotá, D.C. Febrero de 1995, p. 3.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). **Projecto Pedagógico para la Atención Integral al Menor Colombiano**. Santa Fé de Bogotá, D.C. Abril de 1994, p. 15-18.

INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). DIVISIÓN DE ATENCIÓN AL ESCOLAR. **Projecto de Atención al Escolar y el Adolescente: Evaluación de Procesos**. Santa Fé de Bogotá, D.C, Febrero de 1994.

INSTITUTO INTER-AMERICANO DEL NIÑO(IIN). **El compromiso con la democracia empieza por el respeto hacia los derechos de la niñez. IIN : Montevideo, Uruguay, 1995.**

JORGE, M.H. M. Como Morrem Nossos Jovens. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

JORNAL O DIA. ABC DIA: **Dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Série Especial. Jornal O Dia, 1997.

JUNQUEIRA, A. O Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**. Rio de Janeiro, 1991, p. 37.

KLECKOWS, B. y ROEMER, M. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos. **Cuadernos de Salud Pública**, n. 77, OMS, 1984.

LAKATOS, E., MARCONI, M., **Metodologia Científica**. 2ª. ed.- São Paulo: Atlas, 1991, p. 39-87.

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA (LBA). **Projeto Minha Gente**. Brasília : MAS/LBA, 1991.

LEITE, M. L. O Óbvio e o Contraditório da Roda. In: DEL PRIORE, M. **História da Criança no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LIBERATI, W. ; CYRINO, P. C. **Conselhos e Fundos no ECA**. São Paulo: Malheiros, 1993.

LIBERATI, W. D. **O Estatuto da Criança e do Adolescente: Comentários**. IBPS- Instituto Brasileiro de Pedagogia Social, Rio de Janeiro, 1991.

MAAKAROUN, M. Medicina do Adolescente - Realidade Brasileira. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**. Rio de Janeiro, 1991, p. 325-343.

MADEIRA, F. Recado dos Jovens: Mais Qualificação. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

MENDEZ, E e CARRANZA, E. (org). **Del Reves al Derecho. La Condición Jurídica de la Infancia en America Latina. Bases para una Reforma Legislativa**. Buenos Aires: Ed. Galerna. 1992.

MENDEZ, E.G. , CARRANZA, E. (Org.). O novo estatuto da criança e do adolescente: uma visão latino-americana. In: **A criança, o adolescente, o município entendendo e implantando a lei N. 8069/90**.

MENDEZ, E.G. , CARRANZA, E. **Del revés al derecho. La condición jurídica de la infancia en América Latina**. Buenos Aires : Editorial Galerna, 1992.

MENEZES, M. Multiplicando a Atenção à Saúde do Adolescente. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**, 1991, p. 483.

MEYER, D. E. A Formação da Enfermeira na Perspectiva do gênero: Uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. **Maneiras de**

cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

MINAYO, M. C, **O Desafio do Conhecimento- Metodologia da Pesquisa Social (qualitativa) em Saúde** Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Módulo de Sensibilização.** Brasília, 1991, p. 3/16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas.** Brasília, 1989, p. 5,16.

MINISTERIO DE LA SALUD (M.S), INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). **Propuesta de Atención Preventiva al Escolar y Adolescente a traves de Clubes Juveniles.** Santa Fé de Bogotá, 1994.

MINISTÉRIO DE LA SALUD - DANE. **La Salud en Colômbia.** Santa Fé de Bogotá, 1991 (cópia xerográfica).

MINISTÉRIO DE LA SALUD - DANE. SUBDIRECION DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y DE COMPORTAMENTO. **Atención Integral de Salud al Adolescente.** Santa Fé de Bogotá, D.C., 1993, p. 11-14.

NAVARRO, V. **Medicine under capitalism.** New York: Prodest, 1976.

NERY, M. S., VANZIN, A. S. **Enfermagem em saúde Pública. Fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade.** 2. ed. Porto Alegre : Sagra : DC Luzzatto, 1998.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo, Cortez/ABEn/CEPEN, 1989.

NÚCLEO CEARENSE DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A CRIANÇA. NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão.** Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.

- OJEDA, E.N.S. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: **la salud del adolescente y el joven en las América**. OPAS, 1985. Publicación Científica 498, p. 3/19.
- OJEDA, E.N.S. Características de la morbi-mortalidad en el adolescente y el joven. In: **Condiciones de salud del niño en las América**. OPAS, 1985. Publicación Científica 381, Washington, D.C. 1979, p. 36-56.
- OLIVEIRA, M. A. **A Adolescência, o adolescer e o adolescente: Re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença**. São Paulo: M.A.de C.O. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem da USP, 1997.
- OMS/OPAS. **La Salud en las América**. Vol. 1. Washington, DC: OMS/OPAS, 1998.
- OMS/OPAS. **La Salud en las América**. Vol. 2. Washington, DC: OMS/OPAS, 1998.
- OPAS. Mensaje Del Director. En: **Informe Anual Del Director 1996: Gente Sana en Entornos Saludables**. Washington, DC:OPS; 1997.
- OPAS/OMS. **Estadísticas de salud de las América**. Washington, DC: OPAS 1998.
- CENTRO LATINO-AMERICANO DE DEMOGRAFIA-CELADE. Población por años calendario y edades simples, período 1995-2005. Santiago, Chile: CELADE; 1997.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: OPS|OMS. **A saúde dos Jovens**. Relatório dos Debates Técnicos da 42^a Assembléia Mundial da Saúde. OPS\OMS, maio de 1998.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La salud del adolescente y el joven en las América**. Publicación Científica 489, Washington, D.C. 1985, p. v.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Necesidades de salud de los Adolescentes**. Informe de um Comité de Experts de la OMS. Serie de Informes Técnicos 613, genebra, 1973.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Evaluación de servicios de atención ambulatorial de adolescentes: estimación de complejidad e condiciones de eficiencia.** N.Y.: OPAS/OMS, 1994

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Metas de la cumbre mundial en favor de la infancia: evaluación a mitad del camino.** Washington,D.C. : OPAS/OMS Enero de 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral al adolescente.** N.Y.: OPAS/OMS, 1994.

OSKI, F. e COL. **Princípios e Prática de Pediatria.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1990, p. 742-753.

OSTERNE, F., M. Preservação da Família na Socialização da Pobreza: Crianças e Adolescentes no Cotidiano do Mundo do Trabalho. In: NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão.** Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.

PEREIRA, A. R. **Políticas sociais e corporativismo no Brasil: o Departamento Nacional da Criança no Estado Novo.** Niterói : Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/UFF, 1992. Tese de Mestrado em História.

PEREIRA, C. S. **Os Conselhos Tutelares da Criança e do Adolescente em São Paulo e os Segmentos Pro-Cidadania: Conflitos, Negociações e Impasses na Construção de Espaços Públicos.** Dissertação de Mestrado ao Departamento de Ciências Políticas-USP-Faculdade de Filosofia, Letras e C. Humana. São Paulo, 1994.

PEREIRA, P. A. A Questão do Bem-estar do Menor no Contexto da Política Social Brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, v.9, nº 27, out. 1988.

PEREZ, P. A e MUÑOZ, G. J. Desarrollo de los Tribunales de Menores en Colômbia: Tendencias y Perspectivas. In: MENDEZ, E e CARRANZA, E. (org). **Del Reves al Derecho. La Condición Jurídica de la Infancia en America Latina. Bases para una Reforma Legislativa.** Buenos Aires: Ed. Galerna. 1992.

PIERRE, C., M. Relação Estado e Sociedade. In: NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão.** Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.

PILOTTI, F. e RIZZINI, I. A (des)integração na América Latina e seus reflexos sobre a Infância. In: **A Criança no Brasil Hoje. Desafio para o Terceiro Milênio.** Rio de Janeiro: EDUSU, 1993.

PILOTTI, F. **Plan de acción para a reestructuración del sistema de Bienestar de la Infancia en América Latina y el Caribe.** Montevideo, Uruguay : Instituto Interamericano del Niño (IIN), 1989.

PILOTTI, F. Crise e Perspectivas da Assistência à Infância na América Latina. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil.** Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

PIOLA, S.; PEREIRA, R. Gasto federal e Gasto com Jovens de 15 a 24 anos. In: BRASILIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas,** CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLÔMBIA. **Articulo 45 da Constitución Nacional de 1991,** Santa Fé de Bogotá, 1991.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, CONSELHERIA PARA LA JUVENTUD, LA MUJER Y LA FAMILIA. **Política Nacional de Juventud.** Santa Fé de Bogotá, Marzo de 1993.

QUEIROZ, V. M. SALUM, MJ. **Globalização econômica e apartação na saúde: Reflexão crítica para o pensar/fazer em Enfermagem.** Apresentado ao 48 Congresso brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996.

QUEIROZ, V. M. SALUM, MJ. **Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em saúde coletiva face à vigilância á saúde.** Apresentado ao 48 Congresso brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996.

REGRAS DE BEIJING. In: **Direito de ter Direitos. Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude**, UNICEF, CBIA, Ministério da Justiça, 2a. ed., 1991 (primeira edição em 1988 pela FUNABEM)

REPÚBLICA DE COLÔMBIA. GOVERNACIÓN DEL ATLANTICO. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES-GRUPO JUVENTUD. **Política de Juventud, Departamento del Atlantico.** Barranquilla, diciembre de 1996.

REPÚBLICA DE COLÔMBIA. GOVERNACIÓN DEL ATLANTICO. **Programa de la Juventud.** Barranquilla, 1996.

REPUBLICA DE COLÔMBIA. **Projecto de Ley N° 27-96: Ley de la Juventud y otras disposiciones.** Santa Fé de Bogotá, D.C, 1996

RIZZINI, I. e al. **Brasil: 100 anos de evolução de la legislación para la Infancia.** Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.

RIZZINI, I. e al. **O qué Rio tem feito por suas crianças?.** Rio de Janeiro: A 4 Mãos Ed., 1990.

RIZZINI, I. e al. **A Criança no Brasil Hoje: Desafio Para o Tercer Milênio.** Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1993.

RIZZINI, IRMA. **Assistência á Infância no Brasil: uma análise de sua construção.** Rio de Janeiro:EDUSU-CESPI/USU, 1993.

RIZZINI, I. Crianças e Menores- Do Pátrio Poder ao Pátrio Dever Um Histórico da Legislação para a Infância no Brasil. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil.** Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

RIZZINI, I. Meninos Desvalidos e Menores transviados: A Trajetória da Assistência Pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil**. Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

RIZZINI, I. O Menor Filho do Estado: Pontos de Partida para uma História da Assistência Pública à Infância no Brasil. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil**. Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

RODRIGUES, Y. T. Execução do Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**. Rio de Janeiro, 1991, p. 45-49.

ROEMER, M. **Perspectivas Mundiales de los Sistemas de Salud**. México: Siglo Vientiuno Eds., 1980.

ROEMER, M. **Práctica de la Medicina Privada: Un obstáculo en el camino de la Salud para Todos**. Foro Mundial de la Salud, 1984, vol. 5: 227-234.

ROSELY, E. F. **Evolução das Políticas dirigidas à Infância e à Adolescência. A Secretária do Menor de São Paulo e a Introdução de um Novo Paradigma**. Fundação Getulio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Tese de Mestrado em Administração Pública. São Paulo, 1995.

ROSEMBERG, F. **1º Seminário Latinoamericano de Políticas Públicas para crianças de Rua**. Volume 1., Secretaria do menor, São Paulo, 1990.

ROSENFIEL, A., B. **O que é Democracia?**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1989.

RUA, M. das G. As Políticas Públicas e a Juventude dos Anos 90. In: BRASÍLIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

- SABOIA, A. L. Situação Educacional dos Jovens. In: BRASÍLIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas**, CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.
- SAGRE, C.A. Saúde e Educação Escolar. In: **I CONGRESSO NACIONAL - A SAÚDE DO ADOLESCENTE**. Rio de Janeiro, 1991, p. 155-159.
- SAN MARTI, H. **Crisis Mundial de la Salud- Salud para Nadie en el Año 2000?**, Madrid:Ed. Ciencia 3, 1985.
- SANTOS W. G. A trágica condição da Política Social. In: **Política social e combate à pobreza**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1989.
- SANTOS, B. R. A Implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **Os Impasses da Cidadania. Infância e Adolescência no Brasil**. Rio de Janeiro, IBASE, 1992.
- SANTOS, C., A. Crianças e Adolescentes: Uma Questão de Visibilidade. In: NUPECE. **Infância e Adolescência em discussão**. Fortaleza:UFC, CBIA, 1994.
- SEDA, E. Evolução del Derecho Brasileiro del Niño y del Adolescente. In: MENDEZ, E e CARRANZA, E. (org). **Del Reves al Derecho. La Condición Jurídica de la Infancia en America Latina. Bases para una Reforma Legislativa**. Buenos Aires: Ed. Galerna. 1992.
- SILBER, T. J. **Adolescent medicine: The development of a new speciality**. J. Adolescence 15, 1985, p. 26-32.
- SILVA, A. L. O Saber nightingaliano no cuidado: Uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- SILVA, C. A. P. **O novo Direito da Criança e do Adolescente no Brasil**. São Paulo, 1993. mimeo.
- SILVA, E. **ABC do Conselho Tutelar**. São Paulo:AMESC, 1992.

SOARES, L. TAVARES. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América latina.** Rio de Janeiro :UFRJ, 1998, 1ª reimpressão.

SOLA, L. Juventude, Comunidade Política e Sociedade Civil. In: BRASÍLIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas,** CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

SOUZA, H., citado por RIZZINI, I, e BREUNE, F. O que o Rio tem feito por **suas crianças?** CESME-USU. Rio de Janeiro, 1993, p. 11.

SZWARCWALD, C. L; LEAL, M. C. Sobrevivência Ameaçada dos Jovens Brasileiros: a Dimensão da Mortalidade por armas de Fogo. In: BRASÍLIA; CNPD. **Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas,** CNPD, 1998, Vol. 1., Brasília, 1998.

TYRRELL, M. A. R. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil, Impacto Político-Social e Inserção da Enfermagem.** Rio de Janeiro, 1993. Tese de Doutorado, apresentada á Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

UBEDA, E. M. L. **Programa de Atendimento à Saúde do Adolescente: A percepção dos atores sociais envolvidos.** Riberão Preto, 1996. Tese Doutorado, Escola de Enfermagem de Riberão Preto-USP, São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBERÃO PRETO. **1º Seminário Sul-Americano de Pesquisa em Enfermagem nas Áreas de Saúde da Mulher e da Criança.** Riberão Preto, 1990.

VANZIN, A. S., NERY, M. S. **Atenção integral à saúde da criança: Um enfoque epidemiológico.** Porto Alegre : RM&L, 1998.

VIANA, MJ. **Fundamentos de Política Públicas.** Rio de Janeiro, IPEA, 1982

VOGEL, A. Do Estado ao Estatuto: Propostas e Vicissitudes da Política de Atendimento à Infância e Adolescência no Brasil Contemporâneo. In: PILOTTI, F e RIZZINI, I (orgs). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da**

Legislação e da Assistência à Infância no Brasil. Instituto Interamericano Del Niño-USU-Amaris Livraria e Editora, 1995.

ZALUAR, O. **Cidadãos não vão ao paraíso: juventude e política social.** São Paulo : Escuta, 1994.