



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ – UESC

TAMILES COSTA RIBEIRO

**ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESTADO DA BAHIA: desvendando
políticas públicas e ações de saúde**

ILHÉUS-BAHIA

2019

TAMILES COSTA RIBEIRO

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESTADO DA BAHIA: desvendando
políticas públicas e ações de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual de
Santa Cruz, como parte das exigências para
obtenção do título de Bacharela em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Lúcia Santos
Pinheiro.

ILHÉUS-BAHIA

2019

TAMILES COSTA RIBEIRO

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESTADO DA BAHIA: desvendando
políticas públicas e ações de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual de
Santa Cruz, como parte das exigências para
obtenção do título de Bacharela em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Lúcia Santos
Pinheiro.

Ilhéus, 21 de Agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Alba Lúcia Santos Pinheiro
UESC/DCSAU
(Orientadora)

Profa. Ma. Aretusa de Oliveira Martins Bitencourt
UESC/DCSAU

Profa. Ma. Maria Aparecida Santa Fé Borges
UESC/DCSAU

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESTADO DA BAHIA: desvendando políticas públicas e ações de saúde

RESUMO

A fase da adolescência é caracterizada como um período de transformações biopsicossociais consideradas fisiológicas e esperadas. Todavia, esse conceito simplista pode ofuscar a necessidade de se considerar o ser adolescente como um indivíduo que necessita de atenção integral à saúde e de investimentos públicos. Nessa perspectiva, o presente estudo trata de uma análise documental, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, cujos objetivos são: descrever políticas públicas de saúde do adolescente desenvolvidas no Estado da Bahia, no período de 2000 a 2019; conhecer as informações relacionadas à saúde do adolescente contidas nos documentos oficiais de gestão a nível estadual, nesse período; e identificar as ações de saúde planejadas/programadas e/ou implementadas para assistir à saúde do adolescente baiano, no período supracitado. Desse modo, a realização da presente pesquisa justifica-se na ideia de que trazer para o centro das discussões a situação a respeito da execução de políticas públicas e ações de saúde voltadas para o público adolescente pode ser um passo decisivo para mudança no paradigma da assistência a esse segmento. Além disso, observa-se uma lacuna de estudos que abordam a temática. Assim, verificou-se utilização escassa das políticas públicas de saúde do adolescente para compor os Planos Estaduais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, o que provoca inquietude, uma vez que o contexto brasileiro apresenta conjunto robusto de políticas públicas que abrange esse grupo populacional. Já no cenário dos Relatórios Anuais de Gestão, as mesmas emergem como implantadas e/ou implementadas, no entanto, não é viável inferir as condições de implementação das mesmas, considerando que as informações abarcadas nos documentos são difusas e generalistas. Além disso, em nenhum dos documentos foi citada a participação social do público adolescente na elaboração dos mesmos, evidenciando desafios no exercício de seu protagonismo. Deste modo, conclui-se que a implementação das políticas públicas de saúde do adolescente contribui para o fortalecimento da atenção integral à saúde e, ademais, permitir a participação social desse segmento reforça a condição de sujeito de direito atribuída ao mesmo.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente. Políticas Públicas. Atenção integral à saúde. Investimentos em Saúde. Participação social.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos selecionados e submetidos à coleta de dados e análise.....	17
Quadro 2.1 - Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas, resultados/ações esperadas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Planos Estaduais de Saúde, do Estado da Bahia, analisados.....	26
Quadro 2.2 - Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas, resultados/ações esperados e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Planos Estaduais de Saúde, do Estado da Bahia, analisados.....	27
Quadro 3 - Síntese dos SIS, políticas públicas, ações programadas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nas Programações Anuais de Saúde, do Estado da Bahia, analisadas.....	30
Quadro 4.1 - Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Relatórios Anuais de Gestão, do Estado da Bahia, analisados.....	35
Quadro 4.2 - Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Relatórios Anuais de Gestão, do Estado da Bahia, analisados.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3	METODOLOGIA.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4.1	A saúde do adolescente no contexto dos Planos Estaduais de Saúde: informações fundamentais para o planejamento de políticas e ações.....	18
4.2	A Saúde do Adolescente no contexto das Programações Anuais de Saúde: políticas e ações programadas	28
4.3	A Saúde do Adolescente no contexto dos Relatórios Anuais de Gestão no Estado da Bahia	30
4.4	A expressão da singularidade da adolescência no contexto documental	36
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICE.....	44

1 INTRODUÇÃO

A fase da adolescência é caracterizada, majoritariamente, como um período de transformações biopsicossociais consideradas fisiológicas e esperadas. Todavia, esse conceito simplista e amplamente conhecido pode ofuscar a necessidade de se considerar o ser adolescente como um indivíduo que necessita de atenção integral à saúde e de investimentos públicos que impeçam a perpetuação da negligência a essa população, que, rotineiramente, é limitada a cuidados que pouco ultrapassam a área sexual e reprodutiva.

Apesar do termo “adolescência” envolver ampla discussão e difícil concordância, esse período que sucede a infância e antecede a fase adulta também pode ser definido utilizando critérios cronológicos. De acordo com o Ministério da Saúde, em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é circunscrita como a faixa etária entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2007). Em contrapartida, a legislação brasileira descreve a adolescência considerando a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 1990).

As transformações ocorridas no período da adolescência refletem sobre o comportamento do adolescente e seu entendimento é crucial para o processo de direcionamento de ações e políticas. Assim, para melhor compreensão desse processo, a adolescência pode ser dividida em momentos. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência abrange a pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência propriamente dita (15 a 19 anos) (OLIVEIRA, et. al, 2009).

Porém, num contexto anterior, indivíduos que possuíam idade inferior a 18 anos eram simplesmente denominados “menores”. Isso porque, ao longo da história, os adolescentes foram julgados meros objetos de direito. A explicação para esse fato é que os mesmos eram considerados seres incapazes, o que, por sua vez, os colocava na condição de pessoas passivas, tuteladas pelo Estado e com protagonismo inexistente (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019). Essa realidade dificultou a reflexão acerca da importância dos adolescentes na sociedade e, conseqüentemente, da forma adequada de assisti-los, inclusive no âmbito da saúde.

Entretanto, verdadeira evolução ocorreu na seara teórica na década de 80 do século XX, visto que movimentos sociais inclinaram-se com o intuito de alterar o status atribuído aos adolescentes e garantir melhorias a esse público. Assim, com a

elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, essa concepção sobre a adolescência é modificada na teoria e os adolescentes deixam de ser somente objetos de direito e são içados à condição de sujeitos de direito (SOARES, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

Dessa forma, o Artigo 227 da Constituição Federal de 1988 aborda que a família, a sociedade e o Estado devem garantir ao adolescente um conjunto de direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde (BRASIL, 2016). Todavia, faz-se necessário torná-los, de fato, efetivos, para que não se tratem apenas de uma carta de intenções. E, para isso, é preciso elaboração, implantação e implementação de políticas, a exemplo das políticas públicas de saúde.

Políticas públicas podem ser compreendidas como respostas do Estado a problemas que se manifestam na sociedade. São firmadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que apresentam o posicionamento político do Estado perante as questões que são consideradas de interesse público (LUCCHESI, 2004). Nesse sentido, política de saúde consiste em resposta social, advinda de uma organização, como o Estado, frente às condições de saúde a nível individual, coletivo e seus determinantes, como também perante a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que interferem na saúde humana e no ambiente (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

No final do século XX e início do século XXI, foram elaboradas políticas públicas para atender diversos grupos populacionais no Brasil. No que diz respeito à atenção à saúde do adolescente, a primeira política criada foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, através da 42ª Assembleia Mundial de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (JAGER et al., 2014).

Entretanto, no contexto atual, apesar das evoluções na elaboração de novas políticas públicas de saúde que se propõem a assistir ao segmento adolescente de maneira integral, está patente o desafio na aplicação das mesmas. Essa dificuldade pode ser observada tanto na macropolítica, quanto no trabalho vivo em ato executado por profissionais de saúde, a exemplo da Enfermagem.

Grande parte da dificuldade de se garantir a atenção integral à saúde do adolescente se deve, também, ao fato de que estereótipos e preconceitos ainda permeiam nossa sociedade, fazendo com que surjam ideias de associação entre adolescência e desordem, irresponsabilidade e crise; um problema social que necessita de resolução. Através dessas questões, o foco das ações voltadas para

os adolescentes costuma estar relacionado aos riscos, como risco de gravidez na adolescência, risco de utilização de substâncias psicotrópicas ilícitas, risco de óbito por causas externas (JAGER et al., 2014). Dessa forma, as ações elaboradas para assistir a esse grupo podem ocorrer de maneira limitada, por conta da visão também restrita e equivocada que ainda se tem a respeito da adolescência.

Ao consultar a distribuição da população do Estado da Bahia de acordo com grupos de idade, por meio do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, observa-se que o público da faixa etária de 10 a 19 anos corresponde a uma parcela importante, chegando a 2.666.842 indivíduos, aproximadamente dezanove por cento da população baiana. Quanto à população brasileira total, os adolescentes correspondem a 17,9% (IBGE, 2010). Essa realidade reforça ainda mais a importância da aplicação das políticas públicas de saúde e execução de ações de saúde que atendam esse segmento em sua integralidade.

Nessa perspectiva, surge o objetivo-problema do presente estudo: quais as políticas públicas e ações de atenção à saúde do adolescente, desenvolvidas no Estado da Bahia, no período de 2000 a 2019?

Para nortear o estudo, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Quais as políticas públicas de atenção à saúde do adolescente desenvolvidas, na Bahia, no período de 2000 a 2019? Quais as informações relacionadas à saúde do adolescente contidas nos documentos oficiais de gestão a nível estadual, no período do estudo? Quais as ações de saúde planejadas/programadas e/ou implementadas para assistir à saúde do adolescente baiano, nesse período?

Desse modo, a pesquisa buscou alcançar o seguinte objetivo geral: Descrever as políticas públicas e ações de atenção à saúde do adolescente desenvolvidas no Estado da Bahia, no período de 2000 a 2019. Quanto aos objetivos específicos, estão: descrever políticas públicas de saúde do adolescente desenvolvidas no Estado da Bahia, no período do estudo; conhecer as informações relacionadas à saúde do adolescente contidas nos documentos oficiais de gestão a nível estadual, nesse período; Identificar as ações de saúde planejadas/programadas e implementadas para assistir à saúde do adolescente baiano, no período supracitado.

Trazer para o centro das discussões a situação a respeito da execução de políticas públicas e ações de saúde voltadas para o público adolescente pode ser um passo decisivo para mudança no paradigma da assistência a esse segmento.

Por meio de observações não sistematizadas realizadas na prática, percebe-se que, mesmo com todo o aparato legal teórico que fundamenta a atenção à saúde do adolescente, a execução dessa série de progressos, no plano real, ainda é alicerçada em ações incipientes e fragmentadas.

Tal pesquisa torna-se, pois, uma necessidade vigente para o contexto do Estado da Bahia, visto que, ao não assistir de maneira integral o ser adolescente, reflexos negativos podem emergir tanto na saúde individual, quanto na coletiva, repercutindo, portanto, nos indicadores de saúde.

Ademais, considerando a escassez de publicações acerca de implantação e implementação de políticas públicas e ações de atenção à saúde do adolescente no Brasil, e especificamente abrangendo o Estado da Bahia, a pesquisa encontra relevância na possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a situação a respeito da execução dessas políticas públicas e ações, além de impulsionar uma reflexão acerca das possíveis dificuldades e facilidades no desenvolver das mesmas pelos profissionais de saúde, a exemplo da Enfermagem, evitando assim, prejuízos na garantia da atenção integral ao grupo etário adolescente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nos dias atuais, as políticas públicas de saúde brasileiras são elaboradas conforme o modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A transformação no modo de pensar e produzir saúde pública foi oriunda de movimentos sociais, a exemplo da Reforma Sanitária. Um dos marcos deste movimento, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS-1986) trouxe, em seu relatório final, as diretrizes para o processo de formulação de um novo sistema, caracterizado pela universalidade, equidade, facilidade de acesso, integralidade e descentralização (LYRA; SOBRINHO, 2011). Esse caminho histórico esclarece particularidades no cuidado ao adolescente e jovem brasileiro, e sua análise converte-se num dispositivo para a reflexão crítica das políticas de saúde.

Os significados sociais atribuídos aos adolescentes e jovens foram responsáveis por direcionar a elaboração de políticas públicas de saúde (MEDRADO-DANTAS, 2002; SOARES, 2016). Desse modo, de uma concepção de adolescência e juventude atrelada aos riscos e delinquência, passou-se a uma ideia,

ainda discreta, representada pela capacidade de transformação positiva e autonomia no processo político-decisório (KERBAUY, 2005; SOARES, 2016).

Cumprindo às exigências da Constituição Federal, no ano de 1989, é criado o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21 de dezembro de 1989, baseado numa política de promoção de saúde, reconhecimento de grupos com comportamento de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação de indivíduos, respeitando as diretrizes do SUS (JAGER et. al, 2014).

Porém, anterior ao PROSAD, em 1984, o Ministério da Educação do Brasil já havia elaborado o Programa Nacional de Saúde do Escolar, cujo objetivo inicial foi o de reconhecer e corrigir problemas visuais e auditivos que possam prejudicar o processo de aprendizagem, visando a redução da repetência e a evasão escolar.

Marco histórico no que concerne à elaboração de políticas públicas de atenção ao adolescente, a década de 90, do século XX, foi o período de criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, atendendo aos ordenamentos jurídicos da Constituição Federal de 1988 que, juntamente com as Leis Orgânicas de Saúde, possibilitou início na mudança de paradigma da assistência prestada aos adolescentes (KERBAUY, 2005; LEÃO, 2005; SOARES, 2016).

Entre os anos de 1995 e 2002, ocorreu o crescimento das políticas públicas voltadas para o segmento adolescente. As ações eram direcionadas à criminalidade seguindo o ponto de vista de salvação da adolescência/juventude dos perigos a que estavam submetidos, tais como o crime, o tráfico e a violência (HORTA; SENA, 2010). A concepção inexplícita de adolescência e juventude vinculada a problema social direcionava as ações e programas do período e não motivava a participação desses sujeitos na implantação e avaliação das políticas (HORTA; SENA, 2010; KERBAUY, 2005; LEÃO, 2005).

Assim, as políticas públicas atribuídas a este público eram representadas por um atendimento em saúde permeado, majoritariamente, pela práxis profissional vertical, alicerçada numa lógica tradicional e tecnicista, na qual o saber técnico imperava sobre o entendimento integral do sujeito. Esta realidade submetia o adolescente a uma condição de inferioridade e passividade (DIAS; OLIVEIRA, 2009; LEÃO, 2005; SANTOS; RESSEL, 2013).

Assim, foi elaborado um conjunto de políticas públicas com vistas a garantir atenção à saúde do público adolescente e minimizar os equívocos oriundos dos

significados sociais atribuídos ao mesmo, a saber: Saúde e Prevenção na Escola (SPE, 1984); Programa Saúde do Adolescente – PROSAD (1989); Marco legal: saúde, um direito de adolescentes (2007); Programa Saúde na Escola (PSE, 2007); Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010); Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (2010); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (2014).

O planejamento, a programação e a implementação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para o público adolescente, e para os demais segmentos, podem ser acompanhados e avaliados por meio da análise de instrumentos oficiais de gestão, do Sistema Único de Saúde, sendo essas ferramentas fundamentais no processo de planejamento do SUS.

O ato de planejar e os instrumentos oriundos do seu processo são objetos de boa parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), quer direcionando processos e métodos de formulação quer como requisitos que objetivam o repasse de recursos, de controle e auditoria (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), objeto do item IV do anexo da Portaria nº 399/2006, estabelece, dentre os seus pontos prioritários, a revisão e a adoção de um arsenal de instrumentos de planejamento, tais como planos, relatórios e programações a serem adotados pelas três esferas de gestão (BRASIL, 2009).

De acordo com a portaria nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013), Plano de Saúde é o documento que “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas”. Assim, Plano Estadual de Saúde consiste no instrumento magno de planificação a nível Estadual e visa explicitar o caminho a ser desenvolvido pelo Sistema para que seja possível o alcance de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para a população (BAHIA, 2009).

As ações e outros itens que atribuem consequência prática ao plano são exibidos na Programação Anual de Saúde. A Portaria supracitada conceitua Programação Anual como “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à

promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” (BRASIL, 2013).

Os resultados e ações provenientes da Programação Anual devem compor o Relatório Anual de Gestão, instrumento regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, e pela Lei Complementar 141/2012. O mesmo consiste na ferramenta que explicita os resultados atingidos com a execução da PAS, é utilizado para comprovação da aplicação dos recursos e, além disso, auxilia o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, a nível Municipal, Estadual, no Distrito Federal e União (BRASIL, 2016).

Na perspectiva da elaboração de Planos Estaduais de Saúde, torna-se premente trazer na composição desses a análise da situação de saúde da população, para que, assim, suas necessidades sejam identificadas e priorizadas. Desse modo, o planejamento das ações de saúde deve ser baseado nos problemas identificados no território, com vista ao enfrentamento dos mesmos. Logo, torna-se incoerente delimitar ações, se não houver conhecimento do contexto (GARCIA; REIS, 2016).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) também são importantes ferramentas que possibilitam analisar a situação de saúde na delimitação geográfica em questão e, além disso, auxiliar a tomada de decisão pela gestão no que se referem às políticas, planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas. Ademais, permite quantificar/determinar o recurso financeiro adequado de acordo com a realidade, assim como analisar e avaliar epidemiologicamente (PINHEIRO, 2014; JORGE et al., 2010; LIMA et al., 2009).

A regionalização, uma das diretrizes do SUS, é compreendida como processo técnico-político relacionado à delimitação de recortes espaciais com vistas ao planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). A mesma é uma importante aliada no que diz respeito à organização geográfica dos problemas identificados na análise de situação de saúde ofertada pelo PES, além de direcionar as ações e políticas a serem implementadas, de maneira equânime.

Já os indicadores são medidas-síntese que detém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões da condição de saúde, assim como do desempenho do sistema de saúde. Ao serem observados em conjunto, devem refletir a situação sanitária de um público e auxiliar a vigilância das condições de

saúde (BRASIL, 2008). Os mesmos também são dispositivos fundamentais no que concerne ao monitoramento e avaliação dos resultados esperados abordados pelos documentos oficiais de gestão.

Desse modo, constata-se que os documentos oficiais de gestão são instrumentos de considerável valia para acompanhamento das ofertas de serviço à saúde dos diversos ciclos de vida e gênero, servindo, portanto, como um meio para tomar conhecimento acerca das políticas públicas e ações executadas e, permitindo assim, a reivindicação dos direitos em saúde.

3 METODOLOGIA

A palavra “método” advém do termo grego *methodos* (ou *met'hodos*), cuja semântica aponta para o significado literal de “caminho para chegar a um fim”. Desse modo, método consiste no percurso pelo qual se atinge um objetivo (TARTUCE, 2006¹ apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 11), contribuindo assim, para a heurística do ato de fazer ciência.

Dessa forma, o método empreendido no estudo foi a análise documental e a pesquisa apresenta natureza básica, abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo. Para Bardin (2011), a análise documental possibilita dar outra forma e representação à informação original abarcada nos documentos, através de procedimentos de transformação. Além disso, propõe-se a facilitar o acesso do observador, visto que, por meio dela, é possível extrair o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). Assim, a pesquisa documental utiliza fontes primárias, ou seja, que não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009), a exemplo de documentos oficiais de gestão.

O campo de pesquisa é o Estado da Bahia, o qual tem área de 564.733,081 Km² e é composto por 417 municípios distribuídos em 28 regiões de saúde. De acordo com o último censo demográfico do IBGE, a Bahia possui 14.016.906 habitantes, destes, 2.666.842 são adolescentes, correspondendo a 19,03% da população baiana (IBGE, 2010), sendo esses, portanto, os sujeitos da pesquisa.

¹ TARTUCE, T. J. A. Métodos de pesquisa. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006.

Os documentos selecionados para o corpus da pesquisa foram documentos oficiais de gestão relacionados à esfera estadual, sendo eles: Planos Estaduais de Saúde (PES), Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Os critérios de inclusão de documentos para a análise documental são apresentados a seguir: documentos oficiais de gestão relacionados à esfera estadual; documentos disponíveis em formato impresso ou digital; documentos provenientes do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e/ou da sede da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e/ou do sítio eletrônico da SESAB; documentos que abordam em seu conteúdo as ações de saúde e políticas públicas de saúde planejadas e/ou programadas e/ou implementadas para assistir ao público adolescente.

Para auxiliar a coleta de dados acerca do segmento adolescente nos documentos, foi utilizado roteiro para análise documental, adaptado de Pinheiro (2014) (Apêndice A). Segundo Gerhardt e Silveira (2009), roteiro é uma sequência de tópicos que o pesquisador deve seguir durante a investigação.

Para análise dos dados, foram empregadas técnicas usuais da análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de mensagens que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem a inferência sobre dados de um determinado contexto, desvelando seu conteúdo manifesto e latente.

Assim, a análise de conteúdo compreendeu os seguintes momentos: pré-análise, que consistiu no período de organização do material propriamente dito, cujo objetivo foi tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, obtidas por meio do estabelecimento do contato com os documentos e da leitura flutuante. Na sequência, houve a exploração do material, que permitiu a aplicação sistemática das decisões tomadas, além de operações de codificação. O terceiro momento compreendeu o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Este último conjunto de procedimentos ocorridos permitiu que os dados brutos fossem tratados e se tornassem significativos e válidos. Para o tratamento dos dados, utilizou-se da estatística simples, como a percentagem. Além disso, estabeleceram-se quadros de resultados e as informações oferecidas pela análise foram colocadas em relevo (BARDIN, 2011).

A *posteriori*, construíram-se as categorias empíricas, que passaram por modificações ao longo da pesquisa, numa série de confrontos entre empiria e teoria, permitindo novas percepções sobre o objeto do estudo (MINAYO, 2011). Desse modo, puderam-se extrair quatro categorias temáticas, sendo elas: “A Saúde do Adolescente no contexto dos Planos Estaduais de Saúde: informações fundamentais para o planejamento de políticas e ações”; “A Saúde do Adolescente no contexto das Programações Anuais de Saúde: políticas e ações programadas”; “A Saúde do Adolescente no contexto dos Relatórios Anuais de Gestão” e “A expressão da singularidade da adolescência no contexto documental”.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), acompanhado de dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando que o estudo utilizou documentos disponíveis eletronicamente e materiais de domínio público.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aplicando-se os critérios de inclusão, foi possível encontrar vinte e três documentos oficiais de gestão relacionados à esfera Estadual. Desses, cinco (20%) correspondem aos Planos Estaduais de Saúde, cinco (20%) são Programações Anuais de Saúde e treze (60%) são Relatórios Anuais de Gestão. Todos os documentos foram submetidos à análise documental.

Quanto à proveniência dos documentos analisados no estudo, três Planos Estaduais de Saúde e dois Relatórios Anuais de Gestão foram adquiridos diretamente na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), cuja sede encontra-se em Salvador, Bahia, Brasil. Além disso, sete Relatórios Anuais de Gestão foram provenientes do sítio eletrônico da SESAB e, por fim, cinco Programações Anuais de saúde, quatro Relatórios Anuais de Gestão e dois Planos Estaduais de Saúde foram obtidos através do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS). Assim, 47,83% dos documentos foram oriundos do SARGSUS, 30,43% foram provenientes do sítio eletrônico da SESAB e 21,74%, da sede da SESAB.

Abaixo, encontra-se quadro com apresentação dos tipos de documentos selecionados, bem como descrição física e quantidade, período de vigência e proveniência desses documentos (Quadro 1).

QUADRO 1 – Documentos selecionados e submetidos à coleta de dados e análise.

TIPO	DESCRIÇÃO FÍSICA E QUANTIDADE	PERÍODO DE VIGÊNCIA	PROVENIÊNCIA
Plano Estadual de Saúde	Impresso (3)	2000-2003 2004-2007 2008-2011	SESAB
	Digital (2)	2012-2015 2016-2019	SARGSUS*
Programação Anual de Saúde	Digital (5)	2013 2014 2016 2017 2018	SARGSUS*
Relatório Anual de Gestão	Impresso (2)	2001 2002	SESAB
	Digital (11)	2007 2008 2009 2010 2011	Sítio eletrônico da SESAB (http://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/)
		2016 2017	
		2012 2013 2014 2015	SARGSUS*

Fonte: Banco de dados da autora.

*Apesar de o SARGSUS ser uma ferramenta utilizada para elaboração de Relatórios Anuais de Gestão, no sistema também é possível encontrar anexos Planos Estaduais de Saúde e Programações Anuais de Saúde.

Por meio da classificação das unidades de significação, os resultados da análise documental contribuíram para a gênese de quatro categorias temáticas: “A Saúde do Adolescente no contexto dos Planos Estaduais de Saúde: informações fundamentais para o planejamento de políticas e ações”; “A Saúde do Adolescente no contexto das Programações Anuais de Saúde: políticas e ações programadas”; “A Saúde do Adolescente no contexto dos Relatórios Anuais de Gestão” e “A expressão da singularidade da adolescência no contexto documental”.

4.1A saúde do adolescente no contexto dos Planos Estaduais de Saúde: informações fundamentais para o planejamento de políticas e ações

Através da exploração dos Planos Estaduais de Saúde, correspondentes às gestões dos anos compreendidos entre 2000 e 2019, observou-se que todos os PES (n=5, 100%) traziam em sua composição dados a respeito da situação de saúde do público adolescente no Estado da Bahia (Quadro 2), estando, portanto, em conformidade com o arcabouço legal, nesse quesito.

Dentre os problemas de saúde do segmento adolescente mais citados nos PES, estão: elevado índice de gravidez na adolescência (n=4, 80%) e morbimortalidade por causas externas (n=4, 80%). Foram citados, também, porém numa frequência menor, o incremento no índice de infecção por HIV/AIDS (n=1, 20%), internações por doenças infecciosas e parasitárias (n=1, 20%), incremento nas internações por dengue (n=1, 20%) e neoplasias (n=1, 20%) (Quadro 2).

A maternidade adolescente, abordada na maioria dos PES (n=4, 80%), apresenta índices elevados no Estado da Bahia e pode ser considerada por muitos como problema de saúde pública. Segundo Pantoja² (2003 apud REIS; MALTA; FURTADO, 2018), por ser um tema amplo, a gravidez na adolescência pode ganhar destaque sob diversas perspectivas. Uma dessas visões é a concepção da gestação na adolescência como possibilidade de interrupção de estudos, riscos de saúde e sociais, sendo essa a visão mais difundida. Porém, para muitas adolescentes, essa condição pode ser compreendida como possibilitadora de reconstrução de lugar social, de mobilidade e ascensão social, permitindo, inclusive, potencializar o interesse pela vida escolar. Todavia, longe de glamourizar a gestação na adolescência, torna-se premente não naturalizar esse fenômeno, mas sim, reconhecer a importância de políticas, programas e ações de saúde que assistam esse adolescente na sua integralidade e que possibilitem a ampliação dos horizontes para compreensão de diferentes contextos e mundos, para além da normalização da vida.

Não obstante, a falta de políticas públicas que se voltam para a orientação e apoio ao adolescente masculino no exercício da paternidade demonstra que, na sociedade brasileira, a gravidez ainda é predominantemente interpretada e

² PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 19, supl. 2, 2003.

relacionada às mulheres, o que permite que o adolescente seja compreendido, tão somente, como corresponsável da gestação e a adolescente seja sobre-responsabilizada (PANTOJA, 2003³ apud REIS; MALTA; FURTADO, 2018).

Também citada na maioria dos PES analisados (n=4, 80%), a morbimortalidade por causas externas, no contexto brasileiro, apresenta índices significativos, principalmente entre a população adolescente (BARBIANI, 2016; ANDRADE, 2017). Segundo o Mapa da Violência de 2016, os homicídios constituem-se no mais grave problema para a juventude brasileira, sendo a principal causa de óbito entre indivíduos de 16 e 17 anos. A elevação dos homicídios nessa faixa etária, no período de 1980 a 2013, foi de 640,9%, passando de 506 para 3.749 mortes. As pessoas do sexo masculino permanecem sendo as que mais morrem por arma de fogo (94,4%) e 58% dos óbitos acometem a população de 15 a 29 anos (WAISELFISZ, 2016).

De acordo com Andrade (2017), essa vulnerabilidade engloba todas as Regiões de Saúde do Estado da Bahia, que demonstram exposição aos riscos referentes ao seu território, porém, as Regiões Leste, Sul e Extremo Sul possuem maior relevância estatística para essa condição.

Todavia, esse extermínio de jovens permanece invisível aos olhos da sociedade e autoridades públicas (REIS; MALTA; FURTADO, 2018). Nessa perspectiva, emergem críticas ao Estado no modo de desenvolver e gerir políticas públicas, bem como na ausência de análise dessas políticas e de planos públicos, com o intuito de monitorar a efetividade de seus métodos e resultados, com vistas à redução desse índice e prevenção desses agravos (BARBIANI, 2016).

Além disso, como mostram os problemas oriundos das análises de situação de saúde do adolescente baiano trazidas pelos PES, esse segmento também está vulnerável a outras formas de adoecimento, como doenças infecciosas e parasitárias, e neoplasias. Essa realidade reforça, ainda mais, a importância da quebra de paradigma na assistência a esse público, que frequentemente, é exposto a ações limitadas, incipientes e estereotipadas, tendo enfoque, especificamente, na atenção sexual e reprodutiva e na prevenção de riscos e agravos.

Os transtornos emocionais e comportamentais são abordados, frequentemente, pela literatura que versa sobre a saúde do adolescente, evidenciando o aumento da prevalência das doenças mentais nesse grupo etário (ABREU, et al. 2018; GOLDANI, 2012; SANTOS, et al., 2011). No entanto, apesar

de ser temática recorrente, o problema não foi identificado em nenhum dos PES analisados. Assim, observa-se que, apesar do conceito de saúde ter passado por modificações ao longo da história, verificam-se, ainda, obstáculos em considerar as distintas e diversas dimensões da saúde, para além da dimensão biológica. Desse modo, percebe-se que a visão biologicista ainda impera no contexto da gestão, bem como nos seus instrumentos, o que pode influir, diretamente, na oferta de respostas às reais necessidades de saúde do adolescente, bem como na priorização dessas necessidades.

No que se refere à quantidade de PES que citavam a utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para analisar aspectos relacionados à saúde-doença dos adolescentes da Bahia, observou-se que 80% (n=4) dos documentos informavam ter feito uso dos mesmos. Apenas o PES com vigência no período de 2000 a 2004 não traz essa informação (Quadro 2).

Quanto aos SIS utilizados para abordar sobre a saúde do adolescente nos PES, estão: Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS, n=4, 80%), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, n=2, 40%), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, n=2, 40%), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, n=1, 20%) e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS, n=1, 20%) (Quadro 2).

Os Sistemas de Informação em Saúde são importantes ferramentas que possibilitam analisar a situação de saúde na delimitação geográfica em questão e, além disso, auxiliar a tomada de decisão pela gestão (PINHEIRO, 2014; JORGE et al., 2010; LIMA et al., 2009). Todavia, existem pontos críticos relacionados a determinados SIS no Brasil que necessitam ser debelados para que esses atinjam sua finalidade. Um desses entraves é a limitação no oferecimento de informações a respeito da saúde de maneira ampliada e que abranja suas diversas faces (LIMA et al., 2009; JORGE et al., 2010). Por conseguinte, esse obstáculo pode interferir negativamente na identificação dos reais problemas de saúde do adolescente e na orientação de ações para assistir esse segmento.

Considerando os SIS escolhidos para auxiliar na elaboração dos PES analisados, a única ferramenta que aborda a dimensão da saúde mental é o SINAN. No entanto, o mesmo limita-se à notificação de transtornos mentais e comportamentais de cunho ocupacional, e violência autoprovocada. Assim, torna-se patente a dificuldade no reconhecimento de problemas que acometem a saúde

mental dos adolescentes no contexto baiano para que, dessa forma, ações e políticas sejam direcionadas.

Desse modo, Machado, Souza e Noro (2018) afirmam que, para que haja a superação dos limites dos Sistemas de Informação em Saúde é necessário, inicialmente, ressignificação da concepção de saúde, para que assim, seja possível tornar manifesto o ser multidimensional nos indicadores, emergindo dessa forma, a real condição acerca do binômio saúde-doença no território estudado.

Além disso, Pinheiro (2014) afirma que, no Brasil, em que pese alguns avanços, ainda é perceptível a histórica desintegração existente entre os SIS. Desse modo, se as informações são fragmentadas, há grandes chances de as ações de saúde sobre a população também serem fragmentadas, impedindo, dessa maneira, melhores condições na situação de saúde da população.

Quanto à distribuição geográfica dos problemas de saúde do público adolescente, três (60%) dos cinco PES explicitavam os problemas de maneira regionalizada, organizando-os de acordo com a macrorregião atingida (Quadro 2).

Além de possuir grande extensão geográfica, o território baiano apresenta, também, distintas dimensões técnica, política, econômica e ideológica, e essas dimensões necessitam da costura processual ofertada pela regionalização. Assim, como resultado da regionalização, é possível qualificar a cobertura dos serviços de saúde, além de contribuir para a garantia da integralidade e da equidade aos distintos públicos, distribuídos ao longo das Macrorregiões de Saúde.

Um dos principais instrumentos de planificação do processo de Regionalização é o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Na Bahia, o PDR delimita o espaço geográfico do Estado em 28 Regiões de Saúde, que se agrupam em 09 Macrorregiões de Saúde. Por conseguinte, essa divisão torna possível a identificação dos problemas e necessidades dos diversos segmentos de acordo com a organização geográfica a qual os mesmos pertencem (SANTOS; ASSIS, 2017).

Assim, considerando as delimitações geográficas do PDR, o PES com vigência entre os anos de 2004 e 2007 trouxe o elevado índice de gravidez na adolescência como problema que afetava as macrorregiões Sul e Extremo-Sul. Já o PES com vigência no período de 2008 a 2011 indicou que, além das macrorregiões Sul e Extremo-Sul, a Centro-Norte e a Sudoeste também estavam sendo atingidas pelo elevado índice de gestantes adolescentes. Ademais, demonstrou, ainda, que todas as macrorregiões detinham a morbimortalidade por causas externas como um

problema que afetava a saúde do adolescente. Quanto ao PES com vigência entre os anos de 2016 e 2019, foram as macrorregiões Centro-Norte, Sul e Extremo-Sul que obtiveram destaque no elevado índice de gravidez na adolescência (Quadro2).

Desse modo, observa-se que, mesmo com o passar dos anos, os índices de adolescentes gestantes permanecem elevados nas macrorregiões Centro-Norte, Sul e Extremo-Sul, como mostram os resultados da análise dos PES. A literatura aponta, ainda, estabilidade nos níveis de gravidez na adolescência e, em determinados grupos vulneráveis, elevação da taxa de fertilidade na população, com destaque para os menores de 15 anos, desafiando, portanto, as políticas públicas e ações de saúde implementadas a esse público (MENDES, et al. 2018).

No que se refere à quantidade de PES que abordam sobre planejamento para implantar e/ou implementar políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, 60% (n=3) dos PES ofertam essa informação.

Dentre as políticas públicas voltadas para o segmento adolescente citadas nos Planos Estaduais de Saúde, estão: Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (n=2, 40%), Programa Saúde do Adolescente (PROSAD, n=1, 20%) e Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (n=1, 20%) (Quadro 2). Assim, observa-se que, num intervalo de 20 anos, somente três políticas públicas de atenção à saúde do adolescente foram citadas nos PES.

Essa constatação torna-se motivo de inquietação, uma vez que o Brasil possui um arsenal de políticas públicas que visam o cuidado à saúde do segmento adolescente. Entretanto, verifica-se que o planejamento prévio para implantação e implementação das mesmas ainda ocorre de maneira incipiente e parcial.

Além disso, o Plano Estadual de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde, servindo de base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2009). Assim, é de fundamental importância considerar o planejamento em política pública como um processo político-decisório, em que não se deve existir dissociação entre o seu planejamento e sua implementação para que, desse modo, seja possível alcançar resultados satisfatórios.

Quanto às ações de saúde planejadas para assistir ao grupo adolescente na perspectiva quadrienal dos PES, estão: Implantação e/ou implementação de política ou programa de saúde (n=4, 80%); Atenção à saúde sexual e reprodutiva (n=3, 60%); Prevenção de morbimortalidade por causas externas (n=2, 40%); Atenção à

saúde mental (n=2, 40%); Qualificação profissional (n=2, 40%); Atenção ao adolescente em conflito com a lei (n=2, 40%); Apoio aos Centros de Referência (n=2, 40%); Apoio aos municípios (n=2, 40%); Atenção aos adolescentes em situação de violência (n=1, 20%); Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente (n=1, 20%); Atenção à saúde nutricional (n=1, 20%) e Controle de doenças transmissíveis (n=1, 20%) (Quadro 2).

A Caderneta de Atenção à Saúde do Adolescente visa ofertar informações aos adolescentes do sexo masculino, e feminino, acerca de cuidados básicos em saúde, como vacinação, transformações corpóreas, métodos de prevenção à gravidez na adolescência e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Porém, essa ferramenta de autopercepção e autocuidado pode ter sua veiculação interrompida, visto que o atual Governo Federal acredita que a mesma possui conteúdo impróprio e deve ser substituída por um material "com menos páginas, mais barato e sem essas figuras" ditas impróprias (CANCIAN, 2019). Assim, essa situação pode contribuir para o desencadeio de retrocessos na educação em saúde voltada para o público adolescente, uma vez que a retirada de informações fundamentais pode interferir na adoção de hábitos saudáveis, de prevenção e promoção da saúde. Além disso, ao considerar que determinados pais e/ou responsáveis podem não tratar de assuntos relacionados à prevenção de gravidez e ISTs, a ação de cessar a divulgação da caderneta pelo Ministério da Saúde interrompe o ato de formar e informar esse segmento.

O monitoramento do PES compõe o processo avaliativo e envolve coleta, processamento e análise sistemática e frequente de informações e indicadores de saúde (BAHIA, 2016). Desse modo, no que tange à análise dos PES, 60% (n=3) dos mesmos utilizaram indicadores de saúde do adolescente para monitorar e avaliar os resultados esperados. Os indicadores para monitoramento e avaliação são apresentados a seguir: Taxa de morbimortalidade por causas externas (n=2, 40%); Ocorrência de gravidez na adolescência (n=1, 20%); Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (n=1, 20%); Percentual de municípios com PROSAD implantado (n=1, 20%); Proporção de mulheres em idade fértil (MIF, 15 a 49 anos) vacinadas nos municípios com menos de 1.000 nascidos vivos por ano (n=1, 20%); e Casos de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos (n=1, 20%) (Quadro 2).

Geralmente, no cotidiano da gestão, prevalecem os indicadores adjetivados como “duros”, ou seja, aqueles que visam objetividade, quantificação. Na realidade, eles refletem a pretensão de se produzir um conhecimento objetivo e inquestionável da realidade, e são assim denominados, pois são oriundos da área da matemática (CECÍLIO, 2011³ apud PINHEIRO, 2014).

No entanto, torna-se inconcebível que a utilização isolada de indicadores mensuráveis estatisticamente possa apreender e elucidar a complexidade que é o campo da saúde (PINHEIRO, 2014). Assim, utilizar-se somente de indicadores de cunho quantitativo não abrangeria o público adolescente de maneira real e fidedigna.

Nessa perspectiva, através dos pensamentos de Cecílio (2011 apud PINHEIRO, 2014), é possível refletir acerca dos desafios e limites no uso exclusivo de indicadores quantitativos:

Como romper com um modo de pensar que supõe que a existência de indicadores "duros" bem formulados – "tradução" perfeita, porque "objetiva", de uma política – é suficiente para induzir o bom cuidado, o "cuidado que deve ser feito e que os trabalhadores não sabem fazer e que alguém precisa dizer como se faz e avaliar se está sendo feito como se espera que faça?", a ponto de ser capaz de ter uma atitude antropofágica com os próprios indicadores "duros": conhecê-los, digeri-los, recriá-los, mas nunca se saciar apenas com eles (CECÍLIO, 2011³ apud PINHEIRO, 2014).

Por fim, segundo as concepções de Mehry (2005), a epidemiologia poderia tornar ainda mais potente a abrangência da missão organizacional dos serviços de saúde, o cuidado à saúde. Para tal, as informações produzidas devem concentrar-se nas 'Ciências da Saúde', transpondo a gênese da informação submersa no referencial das 'Ciências da Doença', de tal forma a contemplar a complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado (ALMEIDA FILHO, 2000).

Quanto aos recursos financeiros destinados para assistir ao público adolescente, apenas um (n=1, 20%) Plano Estadual de Saúde explicitou o orçamento quadrienal proposto, a saber, R\$ 3.443.624,00, no PES com vigência entre os anos 2000 a 2003. Desse modo, os instrumentos oficiais de gestão necessitam estar compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca deste instrumento. No entanto, a

³ CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu. v.15, n.37, p. 589-599, jun. 2011.

avaliação e monitoramento desses recursos para o público adolescente tornam-se inviabilizadas devido à explicitação insuficiente dos orçamentos, prejudicando, portanto, a transparência do processo de gestão do SUS.

A seguir, encontra-se quadro-síntese que condensa as informações contidas nos Planos Estaduais de Saúde analisados (Quadro 2). Devido à extensão do quadro, o mesmo foi subdividido em dois, para melhor compreensão didática.

QUADRO 2.1 – Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas, resultados/ações esperados e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Planos Estaduais de Saúde, do Estado da Bahia, analisados.

(continua)

ITENS	PES 2000-2003	PES 2004-2007	PES 2008-2011	PES 2012-2015	PES 2016-2019
Problemas de saúde do adolescente identificados	Morbimortalidade por causas externas.	Elevado índice de gravidez na adolescência.	Morbimortalidade por causas externas. Elevado índice de gravidez na adolescência.	Aumento de casos de dengue, internações por morbimortalidade por causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças respiratórias, no sexo masculino, elevado índice de gravidez na adolescência.	Morbimortalidade por causas externas. Elevado índice de gravidez na adolescência. HIV/AIDS. Incremento nas internações por neoplasia.
Problemas de saúde organizados por macrorregião	Não houve	Sul e Extremo-Sul: Elevado índice de gravidez na adolescência.	Todas as regiões: Elevada morbimortalidade por causas externas. Centro-Norte, Sudoeste, Sul e Extremo-Sul: Elevado índice de gravidez na adolescência.	Não houve	Centro-Norte, Sul e Extremo Sul: Elevado índice de gravidez na adolescência.
SIS	SIA-SUS, SIH-SUS e SINASC	SIH-SUS	Nenhum	SINAN, SIH-SUS, SIM e IDSUS	SIH-SUS, SIM e SINASC
Indicadores de saúde do adolescente	Ocorrência de Gravidez na Adolescência. Taxa de morbimortalidade por Causas Externas. Procedimento	Taxa de morbimortalidade por causas externas. Percentual de municípios com PROSAD implantado.	Nenhum	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva.	Nenhum

	s Odontológico - 0 a 14 anos.	Casos de Paralisia Flácida Aguda <15 anos.			
--	-------------------------------------	---	--	--	--

QUADRO 2.2 – Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas, resultados/ações esperados e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Planos Estaduais de Saúde, do Estado da Bahia, analisados.

(conclusão)

ITENS	PES 2000-2003	PES 2004-2007	PES 2008-2011	PES 2012-2015	PES 2016-2019
Indicadores de saúde do adolescente		Proporção de MIF –de 15 a 49 anos-vacinadas nos municípios com menos 1.000 nascidos vivos/ano.			
Políticas Públicas de Saúde do Adolescente	Nenhuma	Programa Saúde do Adolescente (PROSAD).	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.	Nenhuma
Resultados/ações esperadas	Desenvolvimento do PROSAD. Prevenção de Morbimortalidade por Causas Externas. Atenção à saúde sexual e reprodutiva. Apoio ao CRADIS.	Implantação do PROSAD nos 417 municípios. Atenção ao adolescente em conflito com a lei. Implantação de CAPS-IA.	Implantação do PSE. Atenção à saúde sexual e reprodutiva. Implantação da Caderneta do Adolescente. Atenção ao adolescente em conflito com a lei. Qualificação profissional. Controle da Hanseníase <15 anos. Atenção a adolescentes em situação de violência. Apoio ao CRADIS. Saúde nutricional.	Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Prevenção da 2ª gestação não planejada na adolescência. Implantação de CAPS-IA Estadual.	Apoio técnico a 417 municípios. Qualificação profissional.

Orçamento quadrienal	R\$ 3.443.624,00	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.
----------------------	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Fonte: Banco de dados da autora.

4.2A Saúde do Adolescente no contexto das Programações Anuais de Saúde: políticas e ações programadas

Quanto à análise das Programações Anuais de Saúde, do Estado da Bahia, observou-se que todas as PAS analisadas (n=5, 100%) traziam ações programadas para atender ao segmento adolescente. Dentre as ações mais citadas, estão: apoio a 250 municípios para o desenvolvimento de ações por ciclo de vida e gênero, incluindo a adolescência, com assistência institucional, qualificação profissional e monitoramento de Unidades de Saúde na atenção às pessoas em situação de violência sexual (n=3, 60%) (Quadro 3).

As demais ações programadas foram: atenção à saúde reprodutiva, por meio da implantação de atendimento à gestante adolescente, com foco na prevenção da segunda gestação não planejada, na capital baiana (n=2, 40%); implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (n=1, 20%); e atenção à saúde mental com implantação de 09 CAPS-IA (n=1, 20%) (Quadro 3).

O período de abrangência das Programações Anuais de Saúde analisadas é relativamente pequeno se comparado à abrangência dos Planos Estaduais de Saúde selecionados para compor o corpus da pesquisa, visto que a análise dos PES abrangeu um período de 20 anos e das PAS, 5 anos. No entanto, pôde-se constatar congruência entre os resultados esperados descritos nos Planos Estaduais de Saúde e as ações programadas nas Programações Anuais de Saúde disponíveis e analisadas.

Porém, o que mais uma vez ganha destaque é a pequena quantidade de políticas públicas para assistência ao público adolescente citada nos documentos. Num período de cinco anos analisados, apenas uma política pública é explicitada, sendo essa a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Portanto, observa-se, novamente, que, apesar do conjunto robusto de políticas públicas que abrangem o segmento adolescente no Brasil, essas são pouco evidenciadas no contexto documental.

No que concerne ao monitoramento das ações programadas para assistir os adolescentes baianos, apenas a PAS vigente no ano de 2014 (n=1, 20%) citou

indicador, sendo esse a “Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva” (Quadro 3).

Considerando as ações que foram programadas no ano em questão, utilizar-se somente do indicador supracitado torna-se insuficiente para o monitoramento e avaliação das ações programadas, uma vez que, nesse ano, as programações se referiam à saúde reprodutiva e à implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.

Quanto à utilização de SIS, novamente, apenas a PAS de 2014 fez uso do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que é composto por indicadores que realizam avaliação do SUS, em suas distintas esferas (Quadro 3).

No que tange ao orçamento para assistir ao público adolescente, 60% (n=3) das PAS abordam o recurso financeiro programado. No entanto, os valores, além de serem destinados ao segmento adolescente, também foram programados para assistir a todos os ciclos de vida e gênero, não trazendo especificamente o valor proposto para cada público-alvo.

A seguir, encontra-se quadro-síntese que condensa as informações contidas nas Programações Anuais de Saúde (Quadro 3):

QUADRO 3 – Síntese dos SIS, políticas públicas, ações programadas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nas Programações Anuais de Saúde, do Estado da Bahia, analisadas.

ITENS	PAS 2013	PAS 2014	PAS 2016	PAS 2017	PAS 2018
SIS	Nenhum	IDSUS	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Indicadores de saúde do adolescente	Nenhum	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva.	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Políticas Públicas de Saúde do Adolescente	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem.	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Ações programadas	Prevenção da 2ª gestação não planejada na adolescência. Implantação de 09 CAPS-IA.	Implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Prevenção da 2ª gestação não planejada na adolescência.	Apoio técnico a 250 municípios. Qualificação profissional Monitoramento de US. Atenção a adolescentes em situação de violência.	Apoio técnico a 250 municípios. Qualificação profissional Monitoramento de US. Atenção a adolescentes em situação de violência.	Apoio técnico a 250 municípios. Qualificação profissional Monitoramento de US. Atenção a adolescentes em situação de violência.
Orçamento	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	R\$96.000,00 (para todos os ciclos de vida e gênero)	R\$96.000,00 (para todos os ciclos de vida e gênero)	R\$96.000,00 (para todos os ciclos de vida e gênero)

Fonte: Banco de dados da autora.

4.3A Saúde do Adolescente no contexto dos Relatórios Anuais de Gestão no Estado da Bahia

Quanto aos Relatórios Anuais de Gestão, seis (40%) dos treze RAGs analisados realizaram apuração de indicadores que se referiam à saúde do adolescente. Dentre os problemas de saúde emergidos através da apuração dos indicadores, estão: morbimortalidade por causas externas (n=4, 30,77%); elevado

índice de gravidez na adolescência (n=2, 15,38%); hanseníase em menores de 15 anos (n=2, 15,38%); incremento na infecção por HIV/AIDS (n=1, 7,69%); elevado índice de morbimortalidade por dengue (n=1, 7,69%); casos de Tracoma (n=1, 7,69%).

Os problemas de saúde do adolescente abordados nos RAGs mostram-se congruentes com os trazidos pelos Planos Estaduais de Saúde e, novamente, a morbimortalidade por causas externas e gravidez na adolescência ganham destaque. No entanto, diferente dos PES, os RAGs trouxeram a Hanseníase em menores de 15 anos e o Tracoma como problemas que também assolavam o público adolescente.

Quanto à organização dos problemas de saúde do adolescente de acordo com a macrorregião atingida, nenhum dos treze RAGs analisados apresenta essa subdivisão. Entretanto, o RAG de 2009 chega a citar as cidades que apresentam elevado índice de gravidez na adolescência, sendo elas: Itabuna, Ilhéus, Porto Seguro, Itapetinga, Valença, Irecê, Jequié e Jacobina.

No que tange à utilização de SIS para abordar sobre a saúde do adolescente, sete RAGs (46,67%) fazem menção aos mesmos. Dentre os SIS citados, estão: SINAN (n=2, 15,38%); SINASC (n=2, 15,38%); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, n=2, 15,38%); Sistema de Informação de Saúde do Adolescente (SISA, n=1, 7,69%), SIH-SUS (n=1, 7,69%); e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB, n=1, 7,69%). Destaca-se, entretanto, as menções do SISA e do SISAB (e-SUS).

Quanto ao Sistema de Informação de Saúde do Adolescente (SISA), o Relatório Anual de Gestão, do período de 2001, aborda o investimento na produção e utilização de instrumentos de atendimento aos adolescentes, bem como a elaboração do software supracitado para monitoramento das atividades desenvolvidas, contribuindo, assim, para a oferta de indicadores epidemiológicos e sociais. No entanto, nos RAGs subsequentes, assim como nos demais documentos analisados e literatura consultada, não foi possível encontrar mais informações a respeito desse SIS.

Também citado em um dos documentos (n=1, 7,69%), o e-SUS é compreendido como uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) que visa reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional. Assim, desde o ano de 2013, o Ministério da Saúde do Brasil passou a implementar

o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), através do e-SUS (BRASIL, 2018). A sua utilização permite a qualificação da gestão da informação, o que é fundamental para que se amplie a qualidade do atendimento à população, incluindo ao grupo adolescente.

No que tange à implantação e/ou implementação de políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, onze (n=11, 73,33%) dos treze Relatórios analisados abordavam essa informação. Quanto à política pública mais citada, está o Programa Saúde na Escola (PSE, n=6, 46,15%).

A instituição de ensino como ambiente de saúde pública apresenta potencialidades que se justificam quer seja pela expressividade social e demográfica atrelada à infância e adolescência, quer seja pelo enfretamento estratégico de vulnerabilidades que assolam o público presente no cenário escolar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016⁴ apud VIEIRA; SAPORETTI; BELISÁRIO, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a abertura da escola aos propósitos de saúde como prioridade pública se baseia no entendimento de que um programa de saúde escolar eficaz seja um investimento auspicioso para alcançar melhorias, tanto na educação, quanto na saúde (2016 apud VIEIRA; SAPORETTI; BELISÁRIO, 2016). Nesse horizonte, a articulação entre a saúde e a escola tem como alicerce a intersetorialidade delineada por meio da ação convocatória a diferentes setores para a realização conjunta de ações que promovam a melhoria à saúde.

Em seguida, são citadas a Política Estadual de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem (n=3, 23,08%), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI, n=3, 23,08%), o Projeto Semiárido (n=3, 23,08%), o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD, n=2, 15,38%), as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (n=1, 7,69%), a Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias, em Situação de Violências (n=1, 7,69%), e o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM, n=1, 7,69%).

Observa-se, portanto que, apesar de serem citadas poucas políticas nos Planos Estaduais de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde, no contexto dos

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global School Health Initiative. In: Programmes School and youth health, 2016.

Relatórios Anuais de Gestão essas políticas são apresentadas como implantadas e/ou implementadas. Todavia, questiona-se as condições de implantação e implementação dessas políticas, visto que as informações trazidas são generalistas e difusas.

No que tange à análise dos RAGs, 23,08% (n=3) dos mesmos utilizaram indicadores de saúde do adolescente para monitorar e avaliar os resultados esperados. Os indicadores para monitoramento e avaliação são apresentados a seguir: Taxa de morbimortalidade por causas externas (n=2, 15,38%), Ocorrência de gravidez na adolescência (n=1, 7,69%), Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (n=1, 7,69%), Percentual de municípios com PROSAD implantado (n=1, 7,69%), Proporção de mulheres em idade fértil (MIF, 15 a 49 anos) vacinadas nos municípios com menos de 1.000 nascidos vivos por ano (n=1, 7,69%), e Casos de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos (n=1, 7,69%).

Quanto ao investimento financeiro designado para assistência aos adolescentes baianos, somente três (23,08%) Relatórios Anuais de Gestão explicitaram essa informação. Assim, observa-se que a maioria dos RAGs não está de acordo com o arcabouço legal do SUS, uma vez que deveria apresentar a análise da execução da programação, tanto física, quanto orçamentária/financeira.

A seguir, encontra-se quadro-síntese que condensa as informações contidas nos Relatórios Anuais de Gestão (Quadro 4). Devido à extensão do quadro, o mesmo foi subdividido em dois, para melhor compreensão didática.

QUADRO 4.1 – Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Relatórios Anuais de Gestão, do Estado da Bahia, analisados.

(continua)

ITENS	RAG 2001	RAG 2002	RAG 2007	RAG 2008	RAG 2009	RAG 2010	RAG 2011
Problemas de saúde do adolescente identificados	Morbimortalidade por causas externas.	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Elevado índice de gravidez na adolescência. Elevado índice de morbimortalidade por dengue. Novos casos de Hanseníase em menores de 15 anos.	Morbimortalidade por causas externas.	Nenhum
SIS	SISA	Nenhum	Nenhum	SISVAN	SINAN, SINASC e SISVAN.	SINAN	Nenhum
Indicadores de saúde do adolescente	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nascidos vivos de gestantes adolescentes. Cobertura do SISVANweb. Notificação de casos de dengue e tétano acidental.	Morbimortalidade por causas externas.	Nenhum
Políticas Públicas de Saúde do Adolescente	PROSAD	PROSAD	Nenhuma	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem. PSE e Projeto Semiárido.	PSE Projeto Semiárido	PSE Projeto Semiárido	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem.
Investimento	R\$198.000,00	R\$187.072,00	Não traz especificamente.	R\$308.000,00	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.

Fonte: Banco de dados da autora.

QUADRO 4.2 – Síntese dos problemas de saúde, políticas públicas e demais itens que discorrem sobre o segmento adolescente, nos Relatórios Anuais de Gestão, do Estado da Bahia, analisados.

(conclusão)

ITENS	RAG 2012	RAG 2013	RAG 2014	RAG 2015	RAG 2016	RAG 2017
Problemas de saúde do adolescente identificados	Nenhum	Taxa de internação de 2008 a 2013 continua de 12%.	Elevado índice de morbimortalidade por causas externas.	Endemicidade alta de hanseníase na população de 0 a 14 anos. Incremento importante de AIDS na faixa etária de 15 a 19 anos. Casos de Tracoma ativo: 37,3% na faixa de 10 a 14 anos e 15,6 ≥ 15 anos.	Nenhum	Nenhum
SIS	Nenhum	Nenhum	SIH-SUS	e-SUS e SIMEC	SINAN	Nenhum
Indicadores de saúde do adolescente	Nenhum	Nenhum	Taxa de Internação Hospitalar	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Políticas Públicas de Saúde do Adolescente	Nenhuma	PSE.	PSE. PNAISARI. Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.	Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, PSE, PNAISARI e Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias, em Situação de Violências.	PNAISARI.	PNAISARI, PPCAAM e PSE.
Investimento	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.	Não traz especificamente.

Fonte: Banco de dados da autora.

4.4 A expressão da singularidade da adolescência no contexto documental

De todos os documentos analisados, nenhum organizava os problemas e ações de saúde conforme classificação do período de adolescência, a saber, a pré-adolescência e a adolescência propriamente dita. Nessa perspectiva, faz-se necessário compreender que a condição prévia para qualquer proposta de atenção é definir as particularidades e singularidades da população-alvo. Como os adolescentes são um grupo heterogêneo, faz-se necessário considerar as diferenças inerentes ao mesmo. Estas podem ser abordadas em relação à faixa etária (pré-adolescência e adolescência propriamente dita), diferença de gênero, inserção no ambiente familiar, âmbito educacional, condição social, condição física, moradia (zona rural ou urbana), entre outras. Todas as singularidades supracitadas demonstram que as necessidades de saúde do adolescente não podem ser encaradas de modo isolado, uma vez que estão intrinsecamente relacionadas com o contexto em que o mesmo está inserido e as particularidades que este possui (RUZANY, 2008).

No que se refere à participação social na elaboração dos documentos, dos vinte e três instrumentos analisados, somente quatro (PES, n=4, 16%) citam a atuação da população na confecção dos mesmos, por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde. Porém, a participação do segmento adolescente e de representantes desse público não é citada.

Nessa perspectiva, ascende-se um ponto fundamental que, em geral, é subtraído dos processos decisórios e de gestão, a saber, a participação dos sujeitos envolvidos. O fato de parcela dos adolescentes não possuir maioridade civil não a desqualifica para participação social. Ao contrário, deve ser fator condicionante ao planejamento exitoso das ações, funcionando, além disso, como exercício e aprendizagem da cidadania. Desse modo, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, no ano de 2017, emitiu resolução a ser executada em toda a extensão do território nacional, no âmbito dos Conselhos Estaduais e Municipais, a respeito da atuação ativa de adolescentes e jovens em seus conselhos e plenárias (SCHAEFER, et al., 2018).

Apesar de a resolução tratar do protagonismo jovem e adolescente no cenário dos Conselhos Municipais e Estaduais, necessita-se considerar a opinião

adolescente não só no âmbito da macropolítica, mas também no trabalho vivo em ato executado por profissionais de saúde, quais sejam enfermeiros, médicos, psicólogos, entre outros, tornando o adolescente visível e dando voz aos sujeitos há muito silenciados. Ao impedir que estes assumam o protagonismo sobre a sua vivência, bem como a sua saúde, torna-se irreal intervir nos problemas e desafios identificados.

O potencial de crítica, criatividade, inovação e participação juvenil, quando canalizado de maneira adequada, permite resultar mudanças positivas. Assim, a articulação entre promoção da saúde e protagonismo deve ter como alicerce o processo de educação e saúde para a cidadania e, no que lhe concerne, o paradigma que direciona esse protagonismo juvenil apoia-se num modelo de relação pedagógica baseada na solidariedade entre os adultos e mais jovens (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

Portanto, faz-se necessário romper a práxis do cuidado que expropria os seres humanos dos seus saberes e considerar seu protagonismo na construção das suas políticas, ações e condutas terapêuticas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos fatos expostos, pôde-se constatar que o público adolescente, ao contrário do que se presume, também está vulnerável a adoecimentos de distintas naturezas, necessitando, deste modo, de investimentos públicos que abranjam a sua multidimensionalidade, para além da área sexual e reprodutiva.

Reconheceu-se, além disso, que, apesar de as pesquisas abordarem o aumento da prevalência de problemas de cunho mental no segmento adolescente e na população como um todo, nenhum dos documentos trouxe o mesmo como problema que necessita de prioridade, o que evidencia, desta forma, a negligência em não considerar a saúde nas suas diversas faces e de maneira ampliada, de tal forma que se englobe, também, a saúde mental.

Os Sistemas de Informação em Saúde são ferramentas fundamentais para a tomada de decisão na gestão, porém, as visões biologicista e flexneriana que ainda imperam nesses instrumentos podem obstaculizar uma análise da situação de saúde mais fidedigna do público adolescente e o direcionamento na elaboração e/ou implementação de políticas e ações.

No que concerne à citação de políticas públicas de saúde nos Planos Estaduais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, verificou-se a utilização escassa das mesmas para compor esses instrumentos, o que impulsiona o sentimento de inquietação, considerando o conjunto vasto de políticas públicas existentes para assistir ao grupo adolescente.

Apesar disso, as mesmas emergem nos Relatórios Anuais de Saúde como políticas públicas implantadas e/ou implementadas. Todavia, não é possível inferir a respeito das condições de implantação e implementação dessas políticas, considerando que as informações trazidas nos documentos sobre esse assunto são difusas e generalistas.

No que tange ao reconhecimento das singularidades do público adolescente para direcionamento das ações em saúde, de tal forma que se considere a heterogeneidade do mesmo, nenhum dos documentos apresentou as ações organizadas de acordo com a classificação do período de adolescência, o que contraria a ideia de que para se propor ações em saúde, é necessário tomar conhecimento das particularidades do público-alvo, de maneira prévia.

Nessa conjuntura, reforça-se a relevância do papel do profissional da Enfermagem em reconhecer a inhomogeneidade da população adolescente e as particularidades inerentes à mesma, para que seja possível assistir a esse segmento em sua integralidade e, assim, favorecer o fortalecimento de vínculos entre esse público e o serviço de saúde. Além disso, o conhecimento teórico do profissional de Enfermagem e sua articulação com a prática é fundamental no âmbito das políticas públicas de saúde do adolescente, uma vez que os avanços legais necessitam tomar espaço no plano real, para que dessa forma, melhores condições de saúde sejam alcançadas.

Referente ao protagonismo adolescente na elaboração dos documentos oficiais de gestão, nenhum dos instrumentos explicitou participação social deste grupo. Assim, evidencia-se a necessidade de rompimento no paradigma da práxis que expropria os seres humanos dos seus saberes e que os subtrai dos processos político-decisórios. Deste modo, será possível escutar a voz dos que há muito foram silenciados e torná-los, de fato, sujeitos de seus próprios direitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. A ciência da saúde. In: MACHADO, F. C. A; SOUZA, G. C. A; NORO, R. L. A. **Proposição de indicadores para a saúde bucal de adolescentes**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, 2018.
- ANDRADE, K. T. S; PINHEIRO, A. L. S.; BITENCOURT, A. O. M.; CAZORLA, I. M.. **Atenção à saúde do adolescente no Estado da Bahia: indicadores de mortalidade**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharel em Enfermagem) - Universidade Estadual de Santa Cruz.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde 2008-2012**. Salvador: Revista Baiana de Saúde Pública, v. 33, supl. 1, nov. 2009.
- BARBIANI, R. **Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde**. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRAGA, C.P. D'OLIVEIRA, A. F. P. **Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.401-410, Fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200401. Acesso em: 11 out. 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 out. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada** – cds Versão 3.0. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS Manual do Usuário para o Relatório de Gestão Versão 5.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CANCIAN, N. **Bolsonaro diz que vai recolher caderneta de saúde do adolescente.** Jornal Folha de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/03/caderneta-para-saude-da-adolescente-sera-revista-diz-ministro-apos-criticas-de-bolsonaro.shtml>. Acesso em: 20 de mar. de 2019.

CARONI, M.M; BASTOS, O.M. **Adolescência e autonomia:** conceito, definições e desafios. Revista de Pediatria da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.29-34, Fev. 2015. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=641. Acesso em: 11 out. 2018.

CARVALHO, A.L.B; JESUS, W.L.A; SENRA, I.M.V.B. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.4, pp.1155-1164.

CECILIO, L.C.O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu. v.15, n.37, p. 589-599, jun. 2011.

DIAS, A. C. G; OLIVEIRA, V. Z. **A percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento prestado ao adolescente.** In A. C. G. Dias (Org.). Psicologia e Saúde: Pesquisas e reflexões (p. 63-91). Santa Maria, RS: UFSM, 2009.

GARCIA, P. T; REIS, R. S. **Gestão Pública em Saúde:** o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2016.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HORTA, N. C; SENA, R. R. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas Políticas Públicas de saúde no Brasil:** um estudo de revisão. Physis Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], n. 20, v. 2, p. 475-495, 2010.

IBGE. **Brasil em síntese.** [s.l.], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 11 out. 2018.

JAGER, M. E; BATISTA, F.A; PERRONE, C. M; SANTOS, S. S; DIAS, A. C. G. **O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD.** Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

JORGE, M.H.P.M; LAURENTI, R; GOTIELB, S.L.D. **Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil.** Caderno de Saúde Coletiva, n. 18, v. 1, p. 7-18, 2010.

KERBAUY, M. T. M. **Políticas de Juventude: Políticas Públicas ou Políticas Governamentais?** Estudos de Sociologia, Araraquara, v.18, n.19, p.193-203, 2005.

LEÃO, L.S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia.** 2005. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeio Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

LIMA C.R.A; SCHRAMM, J.M.A; COELI C.M; SILVA, M.E.M. **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde.** Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 12, p. 2095-2109, 2009.

LUCCHESI, P. T. R. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública.** São Paulo: BIREME, OPAS, OMS, 2004. E-book. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.

LYRA, J; SOBRINHO, A. **Políticas públicas de juventude: saúde em pauta?** Conselho Nacional de Juventude, [s.l], 2011. Disponível em: http://conjuve.pj.org.br/cadernos/jp_saude.pdf?attredirects=0&d=1. Acesso em: 20 mar. 2019.

MACHADO, F. C. A; SOUZA, G. C. A; NORO, R. L. A. **Proposição de indicadores para a saúde bucal de adolescentes.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, 2018.

MEDRADO-DANTAS, B. **Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade.** 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social Pontifícia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

MEHRY, E. E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. In: MACHADO, F. C. A; SOUZA, G. C. A; NORO, R. L. A. **Proposição de indicadores para a saúde bucal de adolescentes.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, 2018.

MEIRELLES, Z. V; RUZANY, M. H. Promoção de Saúde e Protagonismo Juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

MENDES, M. S. F; PAULA, T. F; MACHADO, I. E; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MAIA, D. C. **Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015.** Revista Brasileira de Epidemiologia, supl. 1, v. 21, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 ed, São Paulo: Editora HUCITEC, 2011.

OLIVEIRA, E. M. S, et. al. **A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado às adolescentes no ciclo gravídico-puerperal**. Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, nº2, 2009.

PAIM, J. S; TEIXEIRA; C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 10, n. 40, p.73-78, 2006.

PINHEIRO, A. L. S. **O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

REIS, A. A. C; MALTA, D. C; FURTADO, L. A. C. **Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2018.

RUZANY, M. M. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. **Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários**. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, v. 13, n. 2, p. 400-422, 2017.

SANTOS, C.C; RESSEL, L.B. **O adolescente no serviço de saúde**. [s.l], Adolescência e Saúde, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano 1 – n. 1, Julho de 2009.

SCHAEFER, R. et al. **Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. Vol. 23, n.9, pg. 2849-2858, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902849&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOARES, H. F. **A criança e o adolescente como sujeitos de direito e a inobservância da doutrina da proteção integral por influência do populismo penal midiático**. VirtuaJus, Belo Horizonte, v.28, n.12, p. 140-160, 2016.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2016: Homicídios por arma de fogo no Brasil**. 2016. Disponível

em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global School Health Initiative. VIEIRA, L. S; SAPORETTI, G. M; BELISÁRIO, S. A. In: **Programa saúde na escola: marcos jurídicos e institucionais**. Revista Médica de Minas Gerais, supl. 8, v. 26, 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de análise documental adaptado de Pinheiro (2014).

Período:

a) Tipo de Documento:

Programação Anual (). Outra (s) _____

Plano Estadual de Saúde (). Outro (s) _____

Plano Plurianual de Saúde (). Outro (s) _____

Relatório Anual de Gestão (). Outro (s) _____

Outro (s) () _____

b) Síntese do Documento (O que é? Para quem serve? Em que formato é apresentado? Se obtido através de plataforma eletrônica, qual plataforma utilizada? Quando é recomendada sua aplicação?).

c) Quais os Sistemas de Informação citados no documento, para discorrer sobre a saúde da população adolescente?

() SISAB () SINAN () SIH-SUS () SIA-SUS () SISVAN

() SIM () SIOPS () SI-PNI/API () Outro (s)

d) Quais os indicadores presentes no documento, que abordam sobre a saúde do adolescente?

e) Quais as políticas públicas de saúde voltadas para a população adolescente, citadas no documento?

f) Quais as ações planejadas e/ou implementadas para a saúde do adolescente?

g) Quais os atores envolvidos no processo de planejamento e implementação das ações e das políticas públicas?

h) O planejamento e/ou implementação das ações em saúde e políticas públicas subdividem-se de acordo com os Núcleos Regionais de Saúde e/ou macrorregiões?

i) As ações subdividem-se conforme a classificação do período de adolescência (pré-adolescência e adolescência propriamente dita)?

k) Citar cargo/função do (s) responsável (is) pela elaboração do documento:

l) Relacionar tipo (s) de problemas/demandas a tipo de políticas públicas de saúde e/ou outras ações explicitadas no documento que foram implementadas à saúde do segmento adolescente ou foram planejadas para posterior implementação:

PROBLEMA / DEMANDA	POLÍTICAS PÚBLICAS	OUTRAS AÇÕES EM SAÚDE

m) O documento é uma exigência vertical de outras esferas do Sistema de Saúde? Se sim, qual ou quais? Se não, há uma explicitação sobre a partir de que surge a demanda para a elaboração do documento?