



## POLÍTICA DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS: REFLEXÕES A PARTIR DE UM HOSPITAL DE TRAUMA

Liziane Giacomelli Henriques da Cunha<sup>1</sup>  
Maristela Costa de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO:** No Brasil, apesar de todos os avanços na área da saúde, o direito à saúde de adolescentes ainda apresenta lacunas assistenciais. A aprovação da Constituição Federal do Brasil, no ano 1988, inaugurou um período favorável para a concretização dos direitos humanos. A partir desse processo, a dignidade humana e os direitos fundamentais começam a servir de critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico nacional. Para crianças e adolescentes o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei nº 8069/90, incorporou a Declaração Universal dos Direitos da Criança segundo os princípios nela presentes. A literatura enfatiza que adolescentes são sujeitos hígidos, que pouco adoecem. Historicamente a política pública de saúde preconiza que esse segmento populacional tem sua inserção transversal às demais políticas. Em que pese os esforços de profissionais e de gestores em incorporar nas suas ações programáticas os princípios da Doutrina da Proteção Integral na perspectiva da prioridade absoluta, adolescentes são vitimizados pela violência doméstica e urbana, acarretando danos psicológicos e sequelas físicas, por vezes permanentes, interferindo na qualidade de vida dessa população. O presente estudo objetivou identificar as principais causas de internação de adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, na unidade de traumatologia do Hospitalar Cristo Redentor, no período de outubro a dezembro de 2015. Foram consultadas fontes secundárias a partir do Banco de Informações do Grupo Hospitalar Conceição - Sistema de Informações Médicas. Foram analisadas as variáveis “faixa etária”, “raça/cor”, “causas e circunstâncias da internação”

<sup>1</sup> Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa) – 2010. Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – 2013. Assistente Social. e-mail: lcunha@ghc.com.br

<sup>2</sup> Graduação em Serviço Social pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) – 1990. Especialista em Saúde Comunitária pela Escola de Saúde Pública/RS – 1992. Especialista em Investigação Científica pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA-RS) – 1997. Especialista em Violência Doméstica (LACRI/USP) – 2005. Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – 1998. Doutora pelo Programa de Direitos Humanos e Desenvolvimento da Universidade Pablo de Olavide/Sevilha/Espanha – 2007. Assistente Social. e-mail: omaristela@ghc.com.br

e “município de origem”. Os resultados indicam que a principal causa de internação no período foi acidente de moto. Evidencia-se a necessidade de articulação e integração das políticas sociais públicas no intuito de incluir adolescentes em ações de promoção e de prevenção, o que requer a busca permanente da consolidação de ações intersetoriais, envolvendo adolescentes e suas famílias.

**Palavras-chaves:** Adolescentes; Direitos Humanos; Política de Saúde; Serviço Social.

**ABSTRACT:** In Brazil, despite all the advances in health care, the right to health of adolescents still has gaps in assistance. The approval of the Federal Constitution of Brazil, in 1988, ushered in a favorable period for the realization of human rights. From this process, human dignity and fundamental rights begin to serve as interpretative criteria of all the rules of national law. For children and adolescents the Statute of Children and Adolescents (ECA), Law No. 8069/90, entered the Universal Declaration of Children's Rights under the principles present in it. The literature emphasizes that adolescents are healthy subjects, that little get sick. Historically, public health policy calls for this population segment has its cross to the other insertion policies. Despite professionals and managers of efforts to incorporate in its programmatic actions the principles of the Doctrine of Integral Protection in view of the priority adolescents are victimized by domestic and urban violence causing psychological damage and physical sequelae, sometimes permanent, affecting the quality of life of this population. This study aimed to identify the main causes of hospitalization of adolescents in the age between 10-19 years, of both sexes, in the trauma unit of the Hospital Cristo Redentor in the period of October to December 2015. Secondary sources were consulted from the Information Database of the Grupo Hospitalar Conceição - Medical Information System. The variables took into account are age, race/color, causes and circumstances of hospitalization and county. The results indicate that the main cause of hospitalization in the period was motorcycle accident. This shows the need for coordination and integration of public social policies in order to include adolescents in actions of promotion and prevention, which requires the constant search for consolidation of intersectorial actions involving adolescents and their families.

**Keywords:** Adolescents; Human Rights; Health Policy; Social Work.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É inegável que pensar em políticas sociais públicas na contemporaneidade remete à necessidade de que as reflexões sejam realizadas dentro do marco dos direitos humanos, como espaço de lutas e de criação de possibilidades para a vida de sujeitos concretos e coletivos.

As políticas públicas brasileiras, voltadas à garantia e defesa dos direitos da criança e do adolescente, vistos como sujeitos de direitos, têm como gênese a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que veio com o objetivo de firmar o compromisso político já elencado na Constituição Federal de 1988 com a efetivação da cidadania a todos os sujeitos por meio das políticas públicas e do exercício da democracia plena, estabelecendo, assim, a afirmação legislativa de toda e qualquer criança e adolescente brasileiros como prioridade absoluta das políticas sociais.

Essa nova proposta da construção de uma nova sociedade, baseada na perspectiva dos direitos dessa população, tornou-se o grande desafio do Estado, da sociedade e da atuação de profissionais estreitamente vinculados a essa luta, dentre eles o assistente social, profissional comprometido ética e politicamente com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Nesse prisma insere-se a atenção integral à saúde de adolescentes, no âmbito da saúde pública. Constata-se que houve um significativo avanço no que se refere ao ordenamento sócio-jurídico que orienta as políticas e práticas profissionais a partir do novo Paradigma da Proteção Integral. Entretanto, a realidade social aponta para alguns nós críticos, os quais cotidianamente estão presentes nos serviços de saúde e na assistência à saúde de adolescentes. Com o intuito de contribuir para a consolidação de estratégias que deem visibilidade, não somente aos agravos (causas externas) que acometem a saúde e a qualidade de vida desse segmento social, é que esse estudo exploratório propõe-se a desvelar vulnerabilidades, mas também potencialidades para a produção de saúde, a partir da intervenção do Serviço Social com adolescentes e suas famílias em um hospital de trauma.

## 1 POLÍTICAS PÚBLICAS COMO AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Em alguns países da sociedade contemporânea, os direitos humanos são propagados, embora não sejam concretizados, com base em códigos internacionais que reconhecem que todos os seres humanos têm os mesmos direitos. Esses direitos mundialmente reconhecidos são cotidianamente banalizados e desrespeitados, fato que aumenta a distância entre as práticas sociais e o referencial normativo (BICUDO 2002).

Isso implica, ademais, a convicção de que o conceito de direitos humanos só adquire sentido em circunstâncias culturais específicas e nas relações sociais concretas de mobilização e ação de classes sociais. Não se pode seguir mantendo um conceito de direitos humanos que abstrai das condições materiais dos sujeitos.

Na visão de Rubio (2007), historicamente os direitos fundamentais têm sido instrumento tanto de exclusão como de inclusão, tanto de desigualdades como de igualdades. Os critérios de reconhecimento são constitucionais, formais e normativamente universais; no entanto, os contextos e as tramas sociais sobre as quais se colocam as normas reproduzem lógicas de exclusão e discriminação, inclusive reduzindo os âmbitos formais de manifestação popular.

O mesmo autor compreende os direitos humanos como processos de abertura e consolidação de espaços de luta pela dignidade humana e, para isso, se fazem necessárias diversas reivindicações políticas, sociais, econômicas, culturais, sexuais e ambientais para que os sujeitos sejam reconhecidos como sujeitos diferenciados. Sujeitos com capacidade de expressar múltiplas formas individuais e coletivas de humanidade, considerando o entorno e o contexto no qual cada indivíduo ou coletivo se situam (RUBIO, 2012).

Abordar as políticas públicas como concretização de direitos humanos dirigida a categorias específicas da população que são marginalizadas por suas características singulares (aqui se incluem adolescentes, dentre outros) implica o reconhecimento de uma história de discriminação e desigualdade social, na qual se estruturam as relações humanas.

De acordo com a legislação brasileira, no Art. 227 da Constituição Federal, a criança e o adolescente gozam de direitos fundamentais inerentes à pessoa humana,

sendo dever da família, da comunidade e da sociedade em geral e do poder público assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

No Brasil, apesar de todos os êxitos e avanços na área da legislação resultante das ações internacionais e nacionais dos movimentos sociais, as iniciativas de atendimento a adolescentes ainda podem ser considerados incipientes.

No Art. 227, está explicitado o seguinte:

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

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, que assegura legalmente os direitos da infância e da adolescência, crianças são pessoas de até doze anos incompletos e adolescentes aquelas entre doze e dezoito anos de idade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade. Considerando todos os aspectos que foram abordados neste trabalho, será adotada a classificação orientada pela OMS, bem como pelo Ministério da Saúde e pela Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes/RS (PEAISA). Contudo, reitera-se que a concepção engloba a prerrogativa de que o ser-criança e o ser-adolescente não se restringem meramente a uma referência cronológica, mas respeitam os sujeitos sociais vistos na perspectiva de gênero, raça/etnia, orientação sexual, cultura e classe social (AZEVEDO, GUERRA, 2005). Essa concepção de adolescência possibilita a ampliação do olhar sobre o sentido de ser adolescente com as múltiplas e complexas tramas que envolvem a vida social. Discorrer sobre esses sujeitos exige que se pense em diversidade, pluralismo, identidades e contextos sócio-históricos que perpassam as várias adolescências.

## 1.1 Adolescências no contexto da saúde

Vários são os enfoques e distintas as perspectivas de compreensão do que seja a adolescência. Pode-se dizer que se trata de uma fase socialmente estabelecida que poderá ter diferentes peculiaridades e modificar-se conforme o ambiente social, econômico e cultural, no qual adolescentes vivem e se desenvolvem.

Os estudos e as publicações sobre o tema apontam que a adolescência é uma construção recente que tem origem nas sociedades ocidentais, cujo conteúdo foi objeto de contínuas mudanças (OZELLA, 2003).

Não obstante, esse período pode ser abreviado ou prolongado, dependendo do meio sociocultural ao qual faz-se referência. Para isso, há justificativas de caráter sociológico, psicológico, antropológico e socioeconômico. Em geral, as discussões sobre conceitos de adolescência sempre reivindicam a necessidade e urgência de ações sociais para essa população (SILVA; LOPES, 2009).

Não é raro, principalmente nos países de capitalismo dependente, que os jovens ingressem no mercado de trabalho (formal ou informal) com o objetivo de colaborar com a renda familiar, assumindo, em alguns casos, o papel de provedores em vista de pais omissos ou sem condições de fazê-lo naquele momento. É crescente o número de adolescentes que, por essas razões, abandonam a escola, que é o espaço onde, por direito, deveriam encontrar-se nesse período de suas vidas (TRIPOLI, 1998).

Por essa razão, é preciso atender à heterogeneidade que está envolvida no referido processo da adolescência. É visível que os critérios não podem ser os mesmos em todas as sociedades, embora em alguns pontos possam existir algumas convergências. A cronologia dessa etapa da vida está definida para alguns grupos em diferentes estratos socioeconômicos com expressões culturais distintas; são, ademais, grupos oriundos do meio urbano ou rural em função de demandas muito peculiares (BERQUÓ, E. et al. 1997). Também o sexo é um critério fundamental na hora de estabelecer definições ou categorizações. Alguns profissionais levam em conta as transformações relacionadas com o corpo, considerando que o início da adolescência se dá na puberdade, já que nessa fase ocorre a maturidade sexual que capacita os

jovens biologicamente para procriar (COSTA, 2002). Entretanto sabe-se que diversos são os fatores que contribuem para o desenvolvimento e aquisição de habilidades e competências para o exercício de papéis sociais que são construídos socioculturalmente.

## **1.2 Saúde como política pública no contexto das adolescências**

Desde que a saúde foi promulgada pela Constituição de 1988 como direito de todos e dever do Estado, sua trajetória histórica na vida dos brasileiros continua sendo permeada por avanços e retrocessos (ABREU FILHO, 2004). Ela, no entanto, é o único direito universal que faz parte da Seguridade Social (junto com a Previdência e Assistência Social) “que tem por finalidade a garantia de certos patamares mínimos de vida da população, em face de reduções provocadas por contingências sociais e econômicas” (SIMÕES, 2007, p. 89).

O próprio conceito de saúde passou por diversas transformações até ser definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Buscando conceituar essa ampliação para além do individual, ou seja, como parte do coletivo da organização da sociedade, a Conferência Nacional de Saúde declara que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

Como afirma Bobbio (2004, p. 5), “são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”. Por esta razão entende-se que a história dos direitos humanos, e, conseqüentemente dos direitos da criança e do adolescente, encontram-se em permanente necessidade de reafirmação e luta por conquistas de espaços de reconhecimento em um compasso de avanços e recuos no tempo presente.

A saúde como direito social e dever do Estado deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004).

Em relação à saúde de adolescentes o que se constata é que, em geral, eles chegam aos serviços especializados de saúde via encaminhamentos de outros serviços e/ou instituições, mediante as escolas e outros profissionais que atuam na área da infância e da adolescência. No caso das meninas, já se dispõe do registro de que sua motivação para buscar os serviços de saúde é a condição de gravidez e a demanda pelo pré-natal, que tem se revelado como um dos elementos facilitadores para o ingresso da adolescente no serviço de saúde, seja na rede básica seja no nível especializado.

Entretanto, no momento mesmo em que o e a adolescente buscam algum dos serviços de saúde para receber atendimento, o fato que os motiva é quase sempre uma necessidade imediata e orgânica. Portanto, eles não exercitam seu direito à saúde mediante a utilização dos serviços, na perspectiva do direito que define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de enfermidades. O adolescente pertence a um segmento populacional com características próprias, geralmente são e não sujeito a enfermidades.

Com a evolução da luta pelos direitos humanos e a conquista desses direitos, hoje estão incluídas nas discussões e na agenda política ações centradas no planejamento que proporcionem o acesso a informações e a serviços de prevenção e promoção à saúde.

Entretanto, existem inúmeras barreiras ou vazios que dificultam a promoção dos direitos humanos e de políticas coerentes de saúde de adolescentes com programas eficientes e inclusivos. As desigualdades sociais presentes nas dinâmicas da sociedade brasileira evidenciam o caráter constante de violação dos direitos humanos da maioria da população. Essa prática é reforçada pela hierarquização dos direitos humanos que confere mais importância aos direitos civis e políticos do que aos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais.

De acordo com Silva (2001), esse quadro pode ser superado e para isso se requer tomar algumas medidas: adoção efetiva de políticas públicas, desconcentração de renda, agilização dos processos penais, civis e trabalhistas, ações afirmativas inclusivas e não protetoras (de negros, mulheres, homossexuais, crianças e adolescentes), com o objetivo de reduzir também a pobreza da qual são vítimas as mulheres, as crianças e os adolescentes.

Com relação ao direito à saúde de adolescentes, cotidianamente observa-se que a presença de adolescentes nos serviços de saúde fica restrita aos atendimentos emergenciais, oriundos das questões de violência/acidentes, gestação, uso de substâncias psicoativas ou doenças sexualmente transmissíveis. Como mostram Silva e Lopes (2009):

[...] a partir dos problemas que ameaçam a ordem social – as questões que emergem são aquelas relativas aos comportamentos de risco e de transgressão. Tal abordagem gera políticas de caráter compensatório e com foco naqueles setores que apresentam as características de vulnerabilidade, risco ou transgressão (normalmente os grupos visados se encontram na juventude urbana popular). Os setores que mais desenvolveram ações sob tal paradigma são os de saúde e justiça – ou segurança social (a partir de questões, tais como: drogadição, violência, criminalidade e narcotráfico). Uma problemática relevante dessa abordagem é que se constrói uma percepção generalizadora da juventude que a estigmatiza (SILVA; LOPES, 2009, p. 102).

A saúde como direito social e dever do Estado deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, ao mesmo tempo que oportunizem o acesso de adolescentes às ações e aos serviços para a promoção da saúde, proteção e recuperação (BRASIL, 2010, p. 83).

O Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem publicou, em 2005, a Norma Técnica Marco Legal da Saúde de Adolescentes, sobre os fundamentos dos princípios legais que garantem o pleno exercício do direito à saúde de adolescentes, e o documento Saúde Integral de Adolescentes e Jovens com orientações para a organização e implantação/implementação de ações e de serviços para o atendimento de adolescentes.

A Secretaria Estadual da Saúde/RS, em 2009, através da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente elaborou a Política Estadual de Atenção Integral À Saúde de Adolescentes (PEAISA), com o objetivo de organizar os serviços para a

atenção integral à saúde de adolescentes<sup>3</sup>. A PEISA está estruturada em três eixos: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade por causas externas (RIO GRANDE DO SUL, 2010.).

Essa forma de estruturação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes visa ao atendimento de adolescentes de 10 a 19 anos, com ações de promoção à saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade e trabalho (PES, 2013). Tal política preconiza que os serviços disponibilizem espaço físico com privacidade em que adolescentes sintam-se acolhidos e com o direito de serem atendidos sozinhos. A principal causa de morte na população adolescente é decorrente de causas externas, como acidentes, homicídios e suicídios<sup>4</sup>. No intento de uma maior aproximação do Serviço Social à realidade de adolescentes que internam no hospital de trauma, cujas causas são reconhecidamente por situações de agressão, violência, acidentes, dentre outros, buscou-se conhecer as principais causas de internação e as circunstâncias nas quais elas ocorrem.

Segundo Cunha (2014, p. 14) “As especificidades do Serviço Social em um hospital de trauma estão sintonizadas com os desafios da categoria profissional na consolidação do projeto ético-político”, cuja inserção ocorre a partir das diferentes expressões da questão social que se transversalizam e se agudizam no processo de saúde doença dos usuários, pautada pela concepção de saúde como direito, cuja manifestação é influenciada pelos determinantes sociais.

Na análise de Vasconcelos (2007), o assistente social, no exercício profissional, ainda que necessite produzir conhecimento, não encontra condições para priorizar esta produção em razão das exigências próprias do exercício profissional. Não significa que a prática profissional não exija uma investigação dos fenômenos com os quais se defronta no cotidiano. O estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de ruptura de processos de trabalho instituídos que primam pela dicotomia entre teoria e prática.

---

<sup>3</sup> As ações para implantação e implementação da Política Estadual têm possibilitado maior interlocução com as Coordenadorias Regionais de Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde.

<sup>4</sup> Em 2014 ocorreram 1.078 óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos, dos quais 243 (22,54%) na faixa etária de 10-14 anos e 835 (77,45%) na faixa etária de 15 a 19 anos. Adolescentes do sexo masculino são as maiores vítimas (814), representado 75,5% dos óbitos (PES, 2016).

### 1.3 O percurso da pesquisa

A pesquisa está intrinsecamente ligada à natureza do Serviço Social, como um meio de construção de conhecimentos, compreensão da realidade e um elemento fundamental para o profissional que deseja desenvolver uma prática crítica e propositiva tão necessária no campo das políticas públicas, requisitos estes que também abrangem o campo da saúde do adolescente, foco deste trabalho.

Bourguignon (2005) destaca que a pesquisa deve ter como objetivo compreender as questões estruturais em sua totalidade e traz como um de seus pilares a questão do retorno e alcance social das pesquisas desenvolvidas pelo Serviço Social. Essas pesquisas devem estar alinhadas com o compromisso ético-profissional na construção do conhecimento e também contribuir na elaboração e execução de políticas públicas em favor dos sujeitos de direitos.

O presente trabalho apresenta como temática a atenção à saúde de adolescentes internados/as em uma unidade de Traumatologia, tendo como objetivo geral identificar as principais causas de internação de adolescentes em um hospital de trauma no Rio Grande do Sul. Como desmembramento desse questionamento principal, teve-se como questões norteadoras: qual o perfil dos(as) adolescentes hospitalizados(as)?; quais as circunstâncias que levaram estes(as) adolescentes a necessitar internação?

Esse estudo foi orientado pela teoria do materialismo histórico e dialético que tem o método dialético crítico como forma de compreender a realidade, por meio de seu contexto histórico, onde “tudo é visto em constante mudança: sempre há algo que nasce e se desenvolve e algo que se desagrega e se transforma” (GIL, 2007, p. 32).

O estudo é de natureza exploratória e de abordagem quanti-qualitativa, a qual proporciona uma aproximação que permite conhecer melhor a essência de seu estudo. Como afirma Diniz, a pesquisa exploratória “propõe uma busca e não uma verificação de informações. Seu objetivo é a descoberta de ideias que sejam úteis, críticas e norteadoras de novas atitudes em relação ao mundo” (DINIZ, 1999, p. 500).

Realizou-se estudo descritivo com base na abordagem quantitativa do número de internações de adolescentes na unidade de Traumatologia, no período de outubro a

dezembro de 2015, cujas informações foram coletadas no Sistema de Informações Médicas por meio da Classificação de Risco da Emergência baseada no Protocolo de Manchester<sup>5</sup>, o Relatório de Hospitalizações por período gerado pelo sistema e o Prontuário do Paciente, onde se acessa os dados cadastrais, Nota de Alta e evoluções eletrônicas das categorias profissionais que prestam atendimento ao adolescente no período de sua internação.

A análise documental foi organizada em planilha Excel, por meio do levantamento de dados de adolescentes referenciados para unidade de Traumatologia, segundo origem, cor/etnia, faixa etária, gênero, circunstâncias e diagnóstico. A distribuição de frequência simples foi aplicada após a elaboração das planilhas, obtendo-se assim a análise dos dados.

No período entre outubro a dezembro de 2015, houve o ingresso de 1.794 usuários internados no Hospital Cristo Redentor, sendo distribuídos pelas seguintes especialidades: 813 (45%) pela Traumatologia, 428 (24%) pela Neurocirurgia, 206 (11%) pela Cirurgia Plástica, 178 (10%) pela Cirurgia Geral, 76 (4%) pela Bucomaxilofacial, 75 (4%) pela Cirurgia de Queimados, 11 (1%) pela Cirurgia Vascular e 10 (1%) pela Microcirurgia. Entre as especialidades destaca-se a Unidade de Traumatologia<sup>6</sup> (813 internações), responsável por quase a metade (45%) das internações hospitalares no período analisado, demonstrando grande rotatividade de usuários, situação oposta à da Unidade de Neurocirurgia, onde os usuários geralmente permanecem mais tempo devido as sequelas e dependência.

De acordo com o período analisado, 166 adolescentes ingressaram e foram distribuídos pelas especialidades da seguinte forma: 67 (41%) pela Traumatologia, 29 (17%) pela Cirurgia Geral, 28 (17%) pela Neurocirurgia, 22 (13%) pela Cirurgia Plástica, 12 (7%) pela Bucomaxilofacial, 7 (4%) pela Cirurgia de Queimados e 1 (0%) pela Cirurgia Vascular. Observa-se novamente o destaque da especialidade de

---

<sup>5</sup> Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS) – “Trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente” (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2014, p. 3).

<sup>6</sup> A Unidade da Traumatologia conta com 50 leitos masculinos e 35 leitos femininos e caracteriza-se pela alta rotatividade de pacientes que, na maioria as vezes, permanecem internados por períodos curtos, se comparados com as demais especialidades.

Traumatologia pelo maior número de hospitalizações de adolescentes, responsável por 67 (41%) das internações destes.

Dos 67 adolescentes que estiveram hospitalizados pela especialidade de Traumatologia, 40 adolescentes permaneceram na unidade de Traumatologia, sendo que os demais foram distribuídos entre as unidades de Pediatria, Emergência, Cirurgia Geral, dentre outras unidades. Optou-se por escolher a amostra correspondente aos/as adolescentes que permaneceram na unidade de Traumatologia por este ser o campo de atuação da assistente social responsável pela unidade no turno da tarde, facilitando assim a aproximação e conhecimento do público já atendido pela profissional.

Os dados referentes à faixa etária dos/as adolescentes apresentam-se distribuídos quase uniformemente, recebendo certo destaque quantitativo com 23% a idade de 18 anos. Os demais foram: 13 anos (8%), 14 anos (15%), 15 anos (13%), 16 anos (15%), 17 (17%), 17 anos (15%) e 19 anos (13%). De acordo com o sexo, 87% são do sexo masculino e 13% do sexo feminino, não havendo nenhuma representação LGBT, conforme a análise dos dados cadastrais.

Conforme as informações analisadas referentes à raça/cor, 75% adolescentes foram classificados/as como brancos/as e 25% como negros/as, no entanto, leva-se em consideração que as circunstâncias do preenchimento desses dados podem ter comprometido seus resultados já que, na maioria das vezes, sabidamente, estes dados não são autodeclaráveis (dependendo da gravidade do caso, o adolescente não possui condições de responder as perguntas do cadastro, ficando sob a responsabilidade do funcionário administrativo ou de pessoa da família (ou não) envolvida no socorro à vítima. Além destas limitações, também se observa que a ficha cadastral dos usuários possui opções de raça/cor enquadradas em branco, pardo e negro, demonstrando ainda um retrocesso histórico em relação às intensas discussões e aos esclarecimentos sobre a temática. No que diz respeito ao município de origem, constata-se que 70% dos/as adolescentes são oriundos de Porto Alegre e os demais 30%, em sua maioria, correspondem aos municípios constituídos pela região metropolitana.

Segundo os dados coletados nas Notas de Alta dos/as adolescentes, de acordo com o CID correspondente<sup>7</sup>, demonstrou-se que as seis primeiras classificações correspondem a fraturas de membros inferiores (pernas e pés), correspondendo a 25% dos casos, e membros superiores (braços e ombro), correspondendo a 20% dos/as adolescentes hospitalizados/as. As demais classificações receberam somente uma representação.

A busca pela coleta dos dados referentes às circunstâncias que envolveram o acidente e, posteriormente, à hospitalização destes/as adolescentes tornou-se um grande desafio já que esta informação não possui registro ou documento específico, sendo colocada em segundo plano como uma informação sem significado, ou até mesmo confundida com as conseqüências dos acidentes. Por exemplo, na Classificação de Risco, preenchida pela Enfermagem quando o usuário ingressa na Emergência, a queixa referida é preenchida, em sua maioria, pelas conseqüências do acidente ou violência e não por sua causa, dificultando assim a identificação do contexto em que o/a adolescente está inserido/a. O foco das informações voltadas às conseqüências, sem mencionar as causas, segue o mesmo padrão nas Notas de Alta. As informações referentes às circunstâncias puderam ser encontradas por meio das evoluções eletrônicas gravadas no prontuário do adolescente.

As circunstâncias que envolviam o acidente ou violência sofridos pelos/as adolescentes que levaram a sua hospitalização foram: - 24% por acidente de moto; - 22% por jogo de futebol; - 19% por arma de fogo; - 13% sem informação; - 11% por deformidades nos pés; - 5% por queda de cavalo; - 3% por queimadura; - 3% por acidente de trabalho.

Garantir o acesso à saúde integral aos/às adolescentes tem sido um desafio para um hospital de trauma, já que o público predominante é de pessoas vítimas da violência e do trânsito. Como diz Agudelo (1990, p. 1) “a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a

---

<sup>7</sup> De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, os principais CID citados nas notas de Alta dos adolescentes foram: S626 – Fratura de outros dedos; S523 – Fratura de diáfise do rádio; S723 – Fratura de diáfise do fêmur; S822 – Fratura da diáfise da tíbia; S826 – Fratura de maléolo lateral e S422 – Fratura da extremidade superior do úmero.

vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

Os dados analisados preliminarmente rompem o paradigma de que a adolescência está primeiramente envolvida com a violência urbana, demonstrando que os acidentes de trânsito lideram os motivos de internação de adolescentes na unidade de traumatologia, seguindo o caminho dos dados referentes aos outros segmentos da população. Vale destacar que acidentes de trânsito com adolescentes expõem o viés da busca por aventura e a quebra de regras e inexperiência, pois alguns desses adolescentes envolvidos em acidentes ainda não tinham idade suficiente para dirigir. O uso de substâncias psicoativas acompanha o contexto de um percentual significativo dos adolescentes internados; no entanto, estes dados não receberam aprofundamento neste trabalho, porém, não podem ser esquecidos ou negligenciados.

As hospitalizações envolvendo o contexto da violência atingiram o terceiro lugar com 19% dos casos, fato este que se supunha com maior incidência. No entanto, ainda deve ser considerado preocupante, considerando o contexto geral do hospital de trauma onde há um índice considerável de adolescentes que não chegam a permanecer hospitalizados pela violência (destaca-se as agressões físicas, por arma de fogo e arma branca) com atendimentos que restringem-se à unidade da Emergência, cujo desfecho muitas vezes resulta em óbito.

Contribuindo com a reflexão sobre o impacto da violência nos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em seu documento sobre o tema (1994), declara que,

[...] a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. O setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (OPAS, 1994).

Promover, proteger e defender o direito à saúde por meio de ações e serviços que garantam o acesso e atenção integral contribuirá para a diminuição da violência devendo ser um compromisso dos órgãos públicos e dos profissionais que atendem esta população, já que a rede de serviços de saúde pode ser considerado um espaço

privilegiado para identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção destes/as adolescentes.

Os dados coletados referentes às circunstâncias que envolveram a hospitalização dos/as adolescentes encontravam-se em sua grande maioria nos registros do assistente social elaborados por meio da Entrevista Inicial<sup>8</sup>, a qual foi realizada com 67% dos/as adolescentes e suas famílias no período correspondente à sua internação. Identificou-se que os/as adolescentes, dos quais não foi possível coletar os dados das circunstâncias tinham sido aqueles que não haviam sido atendidos/as pelo Serviço Social.

Fica evidente que a fase da adolescência é permeada tanto por conflitos internos, próprios da transformação física, mental e emocional, quanto por conflitos externos, que dizem respeito a sua família e seus grupos de convivência, bem como à própria organização da sociedade em que vive e aos seus distintos projetos societários.

Compreende-se que o significado do conceito de família é produzido processualmente na história e encontra-se em constante processo de construção. Conceitos conservadores impunham às famílias moldes de configurações; no entanto, hoje há a prevalência do significado dos vínculos afetivos acima dos laços sanguíneos, como explica Prado (1985):

Uma família não é só um tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos. A organização da vida familiar depende do que a sociedade através de seus usos e costumes espera de um pai, de uma mãe, dos filhos, de todos seus membros, enfim. Nem sempre, porém, a opinião geral é unânime, o que resulta em formas diversas de família, além do modelo social preconizado e valorizado (PRADO, 1985, p. 23).

A família dos/as adolescentes traduz a configuração dos novos arranjos da sociedade contemporânea, bem como o contexto “socioeconômico e cultural que imprime tensões variadas nas dinâmicas das relações entre seus membros e entre estes e o contexto social, seja no campo objetivo e/ou subjetivo” (MDS, 2001, p. 18). Como bem atesta Ramos (2002)

---

<sup>8</sup> A Entrevista Inicial consiste num instrumento que norteia a identificação de questões relevantes sobre o usuário e sua família com o objetivo de intervenções, acompanhamentos e encaminhamentos (MANUAL DE ROTINAS, 2014, p. 48).

É necessário entendermos que a adolescência é um período de transição tanto para o próprio adolescente como para família, portanto, o relacionamento familiar é importantíssimo no desenvolvimento psicológico do adolescente. Ele está em busca de uma identidade própria e, portanto, sua família, os aspectos sócio-históricos e econômicos da cultura na qual está inserido, seus amigos e pessoas que o rodeia, poderá intervir neste processo de formação. O adolescente integra-se a um grupo até que, mais tarde, possa definir-se de forma mais segura e madura, sem a grande necessidade de apoio ou identificação (RAMOS, 2002, p. 31).

Para Kaloustian (2008, p. 2), a família proporciona “os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes”. É ela que insere as primeiras lições educacionais, bem como os valores éticos e humanitários, sendo seus valores culturais perpassados entre as gerações. Fica evidente a importância da família para o adolescente no contexto de sua hospitalização, momento em que se encontra fragilizado pelas condições de saúde e necessita de maior amparo e apoio de seu grupo afetivo que muitas vezes encontra-se em um contexto de vulnerabilidade (p. 118), requerendo uma ação integrada de outras áreas do conhecimento pelas categorias profissionais no âmbito hospitalar, bem como do atravessamento das políticas sociais, trabalho desempenhado em sua maioria pelo assistente social, através de sua interlocução com a rede de atendimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As políticas públicas para adolescentes constituem-se em um desafio, se considerados(as) adolescentes como sujeitos de direitos, com o foco na cidadania, com potencialidades para as quais as políticas devem estar articuladas inter e institucionalmente.

Faz-se necessário, sobretudo, investir em serviços que promovam ações para a redução de agravos cujas causas são passíveis de serem evitadas, como os acidentes de trânsito, por exemplo. No que se refere ao ordenamento jurídico que rege direitos de crianças e adolescentes, todos os dispositivos convergem para que sejam prioridade nas políticas públicas.

Contudo a realidade social e familiar, cada vez mais desassistida e vulnerabilizada, tem contribuído para que a efetivação de práticas inclusivas e de

promoção tornem-se cada vez menos viáveis. Espera-se que se consolidem modelos cuja essência seja a valorização da vida, o respeito aos direitos humanos com ênfase na mudança de paradigmas que excluem e violam direitos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU FILHO, Nylson Paim (Org). **Constituição Federal**. 8. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004.
- AGUDELO, S.F. **La Violência: um problema de salud Pública que se agudiza em la región**. Boletim Epidemiológico de la OPS, 1990, p. 01-07.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Encarte nº 1**. São Paulo: Lacri, 2005.
- BICUDO, Hélio. O desafio dos direitos humanos. In: KEIL, Ivete *et al.* (Orgs.). **Direitos humanos: alternativas de justiça social na América Latina**. São Leopoldo: Unisinos, 2002, p. 11-25.
- BERQUÓ, E. et al. **Os jovens no Brasil: diagnóstico nacional**. Brasília: CNPD, 1997.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Palestra proferida no 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. UNIOESTE – Campus de Cascavel. 13 a 15 de outubro de 2005.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final, 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília: MDS/SNAS, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens.** Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma abordagem a partir dos direitos humanos.** Revista Direito. Santa Cruz do Sul, n. 16, jul./dez. 2001, p. 85-96.

COSTA, Maria Conceição O. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

CUNHA, L. G. H. et al. **A intervenção do Serviço Social em um Hospital de Trauma: novas perspectivas de tecnologias leves.** In: Anuário: produções científicas do Grupo Hospitalar Conceição 2014. v.7, n.1 (2º se. 2015) Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

TORRES, B. L. B. et al. GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de risco: comparando modelos.** Abril, 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/Mateus%20Cunha/Downloads/53457bf080903.pdf >. Acesso em: 1 dez. 2016.

KALOUSTIAN, Monang Silvio (Org.). **Família brasileira: a base de tudo.** São Paulo: Cortez, Brasília: UNICEF, 2008.

MELLO, J. M. H. P. et al. **Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção.** Cadernos de Saúde Pública, v. 1, n. 1, p. 37-47, 2007.

MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, M. L. C.; SOUZA, L. A. C. **Causas externas: investigação sobre causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v. 16, n. 4, p. 245-250, out./dez, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência y Salud. Resolución nº**

XIX. Washington D.C.: Opas; 1994.

OZELLA, Sérgio (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: 2012/2015. **Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão** (Org.). Porto Alegre, 2013.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.  
PRATES, Flávio Cruz. *Adolescente. Infrator*. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2007.

RAMOS, Angélica Gironi Marins. **A família do adolescente autor de ato infracional**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à FHDSS/UNESP-Franca para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Franca: UNESP, 2002.

RUBIO, David Sanchez. **Repensar Derechos Humanos**. De la anestesia a la sinestesia. Sevilla: Editorial MAD, 2007.

\_\_\_\_\_. **Encantos y desencantos de los derechos humanos**. De emancipaciones, liberaciones y dominaciones. Barcelona: Icaria, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes**. Porto Alegre: DAS, abril de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Plano Estadual da Saúde**. Análise Situacional. Porto Alegre: DAS, abril de 2016. (impressão)

ROMAN, Luci et al. **Manual de Normas e Rotinas**. Serviço Social HCR/GHC, dez. 2014.

SILVA, Carla Regina; LOPES, Roseli Esquerdo. **Adolescência e Juventudes: entre conceitos e políticas públicas**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. São Carlos, jul-dez 2009, v. 17, n. 2, p. 87-106.

SILVA, Elaine Cristina. **O viajante esperado: a atuação do assistente social com adolescentes**. Sociedade & Saúde. Campinas, v. 12, n. 1(15), p. 83-102, jan./jun. 2013.

SILVA, Valéria Getúlio de Brito. **Direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais. Construção, ação e debate**. In: LIMA, R. B. et al. *Direitos humanos e cotidiano*. Goiânia: Bandeirantes, 2001, p. 14-34.

SIMÕES, Carlos. Curso de Direito do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2007.  
TRIPOLI, Suzana Guimarães. **A arte de viver do adolescente: a travessia entre a criança e o adulto**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VERONESE, Joseane Rose Petry. **A Proteção Integral da Criança e do Adolescente no Direito Brasileiro.** Ver. TST. Brasília, v. 79, n. 1, jan/mar 2013.

YAMAGUCHI, M. U. et al. **Principais causas de hospitalização de adolescentes em unidade de terapia intensiva na região de Maringá-PR. Adolescência e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 36-44, out/dez 2014.