

Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ

When does a proposition not become a policy?
The case of the Brazilian Comprehensive Health Care Policy
for Adolescents and Youths – PNAISAJ – in Brazil

Silvia Brãna Lopez¹
Martha Cristina Nunes Moreira¹

Abstract *The last three decades have been fertile for the establishment of public policies geared to comprehensive health care for various population groups in Brazil. The scope of this article is to present the partial results of the analysis of the narratives of actors who participated in the creation of the Comprehensive Health Care Policy for Adolescents and Youths – PNAISAJ in Brazil, in order to explore the lack of consensus in this process. The analysis was based on the narratives of eight actors who participated in the process and sought to identify the thematic units that express the lack of consensus by a comprehensive analysis based on Bourdieu's sociological perspective. We conclude that the non-legitimation of a national policy for this population group manifests the non-recognition of adolescents and youths as autonomous subjects and protagonists on policy decisions that affect them. Although youth participation in political texts is stated as a new paradigm for comprehensive health care promotion for adolescents and young people, we conclude that what prevails culturally is the legitimation of other significances. These are significances according to the broader interests and understanding of adolescence and youth at social levels, interpreted as cultural policies.*

Key words *Public health policies, adolescents and youths, youth protagonism, cultural policies*

Resumo *As três últimas décadas foram fecundas à instituição de políticas públicas voltadas para a saúde integral de vários extratos populacionais no Brasil. Pretendemos apresentar os resultados parciais da análise das narrativas de atores participantes da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), com o objetivo de explorar os dissensos observados neste processo. A análise se baseou nas narrativas de 8 atores partícipes do processo e buscou identificar as unidades temáticas que expressam tais dissensos numa leitura compreensivista segundo a perspectiva sociológica de Bourdieu. Concluímos que a não legitimação de uma Política Nacional para este extrato populacional expressa o não reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeitos autônomos e protagonistas de decisões políticas a estes afetas. Apesar do protagonismo juvenil ser enunciado nos textos políticos como um novo paradigma para a promoção da saúde integral dos adolescente e dos jovens, concluímos que, culturalmente, o que prevalece é a legitimação de outros sentidos. Sentidos estes deliberados segundo os interesses e a compreensão da adolescência e da juventude pelas instâncias sociais mais ampliadas, se constituindo como políticas culturais.*

Palavras-chave *Políticas públicas de saúde, Adolescentes e jovens, Protagonismo juvenil, Políticas culturais*

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ. silvia.lopez@iff.fiocruz.br

Introdução

As últimas décadas do século XX e primeira década do século XXI se revelaram férteis à instituição de políticas voltadas para a saúde integral de vários extratos populacionais com um fortalecimento da questão da saúde como um direito universal e integral, mas não homogêneo; um direito universal e integral que reconhece a diversidade que deve acolher e cuidar. Destacamos um dos aspectos da integralidade que se refere às especificidades de cada um dos segmentos populacionais para os quais tais políticas se voltam, notadamente quanto à promoção da saúde. É o caso das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)¹ e da do Homem (PNAISH)^{2,3}, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁴ e de todo um escopo legislativo, através de leis, portarias e resoluções, que expressam uma estratégia de governo ampliada para o acolhimento e proteção à criança, que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵ representa de maneira mais emblemática.

Considerado um período de transição, um ciclo de vida com características específicas e com ritos culturais próprios, uma parcela significativa da população brasileira, segundo fontes do IBGE⁶, os adolescentes e jovens se constituem num extrato populacional excluído de uma política nacional que considere as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção. Esse cenário simbólico corrobora com os dados relacionados à saúde dos adolescentes e dos jovens.

Segundo fontes do Datasus⁷, em 2006, as mortes por causas externas, na faixa etária entre 10 a 14 anos, representava 44% das mortes e, na faixa etária de 14 a 19 anos, 71% das mortes. Além disso, se observa uma maior vulnerabilidade dos homens jovens à morbidade por incapacitação, lesões, dentre outros agravos derivados das agressões não fatais que pode estar associada a maior exposição e enfrentamento a situações de risco e de violência por estes adolescentes e jovens. O incremento das taxas de fecundidade entre adolescentes da ordem de 26% ao longo da década de 90 de acordo com fontes do IBGE⁸ – num movimento inverso ao observado entre as mulheres no mesmo período – sinaliza o surgimento de novas demandas aos serviços de saúde materno-infantis, tais como, a assistência pré e perinatal às adolescentes e jovens e o aumento de atendimentos por agravos decorrentes de aborto entre esta população.

Apesar de um intenso movimento de institucionalização de políticas nacionais voltadas para

diversos segmentos populacionais específicos e dos índices da área da saúde de adolescentes e jovens, que apontam para alguns importantes quadros de morbimortalidade desta população, ainda nos confrontamos com a ausência de uma política de governo que assegure a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens.

Diversos autores⁹⁻¹¹, dedicaram-se a explorar a discussão sobre adolescência e juventude pela perspectiva da mobilização social e das interlocuções políticas. Vale afirmar que o objetivo deste artigo não é propor uma análise dos processos de implantação e de avaliação de políticas públicas, mesmo considerando a importância desses estudos para o campo da saúde coletiva. O objetivo deste artigo se assenta na análise aqui empreendida na formação do processo político, tal como proposto na perspectiva da Teoria do Discurso de Laclau¹².

Para o autor, a política é um objeto sobre o qual se lança um olhar que permite refletir sobre a construção de maiores ou menores interfaces, diálogos, articulações que permitam avanços, negociações, circulação, ascensão e legitimação de ideais defendidos por grupos sociais – particularismos – em políticas de escopo mais ampliado – universalismo, valorizando a dimensão da cultura dos atores e categorias sobre os quais esse processo se constrói. Ou seja, analisar o processo político para entender sobre interesses, cultura, poder, disputas.

Para tanto, este artigo busca explorar os sentidos identificados a partir das narrativas de atores participantes do processo de construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ)¹³, não promulgada nas instâncias de governo.

Metodologia

Foram feitas análises de oito narrativas de atores incluídos no estudo por sua participação nas etapas de discussão e/ou de elaboração promovidas pelo Ministério da Saúde, especificamente voltadas para a construção da proposta do texto político da PNAISAJ, que foi submetido à consulta pública, e que façam, ou tenham feito, parte de grupos de pesquisadores, profissionais da saúde ou de outros campos de atuação e/ou representantes de organizações da sociedade civil ou governamentais relacionadas ao cuidado e à atenção à saúde integral de adolescentes e jovens.

Cumpramos ressaltar que se trata de uma amostra parcial de sujeitos de uma pesquisa principal,

aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Desta amostra foram identificados elementos que sinalizam tensões e dissensos que permearam o processo de construção da proposta política e outros aspectos relacionados ao desfecho do projeto político. Principalmente, a sua não promulgação, passados pelo menos cinco anos da realização das oficinas e seminários promovidos pelo Ministério da Saúde para a construção da proposição política.

A seleção dos protagonistas partícipes da construção dos textos políticos tomou por base a pesquisa sobre os universos familiares proposta por Velho¹⁴, na qual o pesquisador partiu de um informante-chave, que indicou outros informantes e assim sucessivamente. Pela caracterização do engajamento dos atores entrevistados, foram identificadas três categorias de sujeitos na amostra parcial obtida: 1) Membro de Governo, 2) Comunidades de especialistas e 3) Sociedade Civil. Os atores políticos da amostra parcial obtida apresentam a seguinte caracterização: Sujeito 1 (S1) - membro de Governo; Sujeitos 2 e 3 (S2,S3) - representantes de Comunidade de Especialistas e Sujeitos 4 a 8 (S4, S5, S6, S7 e S8) - representantes da Sociedade Civil. Cumpre ressaltar, por fim, que alguns dos atores que participaram do processo de construção da proposta política com a insígnia de representantes das categorias acima destacadas, transitavam em mais de um dos grandes grupos identificados quando observadas suas inserções no cotidiano do trabalho relacionado à saúde de adolescentes e jovens.

A instituição disparadora da construção dessa amostra intencional foi o Instituto Fernandes Figueira (IFF), por se constituir em uma instituição de referência no atendimento a adolescentes, cuja equipe inclui atores que participaram da formulação da PNAISAJ, estando localizada na mesma cidade de atuação do pesquisador, Rio de Janeiro.

Como técnica de coleta das fontes, a narrativa dos protagonistas partícipes da construção da PNAISAJ foi compreendida como uma entrevista não estruturada, de profundidade, na qual o informante utiliza a própria linguagem e, espontaneamente, inicia a narração dos acontecimentos, diante do que o entrevistador evita a imposição de qualquer outra forma de linguagem não utilizada pelo informante ao longo da entrevista, mantendo essa narrativa em andamento e em aprofundamento, através da mobilização do esquema autogerador, tal como descrito por Jovchelovitch e Bauer¹⁵.

A construção do material de análise foi realizada a partir de duas questões-chave desencadeadoras das narrativas, abaixo informadas.

1ª) Conte-me ao que você relaciona e como se deu seu envolvimento com o campo do direito à saúde de adolescentes e jovens, e como participou da consulta pública da PNAISAJ?

2ª) Como essa política dialoga com a política de atenção integral à saúde do homem e aos ideais de masculinidade e de sexualidade do homem?

Ao fim das respostas às questões-chaves, o entrevistador, para esclarecer e/ou aprofundar alguns dados e/ou aspectos apresentados nas narrativas, interpôs questões acessórias que variaram segundo a linguagem e o material informado nas próprias narrativas dos atores.

Por tratar-se de uma amostra parcial de uma pesquisa principal que considerou a possibilidade da coleta de narrativas através de outros meios que não a da entrevista presencial (a amostra prevê informantes residentes em áreas distanciadas daquelas em que reside o pesquisador), informamos que as oito narrativas analisadas foram realizadas de forma direta junto ao sujeito de pesquisa.

As etapas que orientaram a análise e a interpretação das narrativas seguiram os princípios propostos por Gomes e Mendonça¹⁶, conforme a sequência abaixo:

(a) Compreensão do contexto das narrativas: reflexão sobre o cenário composto por acontecimentos sociais que influenciaram o movimento de construção da proposição do texto político da PNAISAJ.

(b) Desvendamento dos aspectos estruturais da narrativa: análise das unidades temáticas que expressaram os dissensos identificados no processo de construção da proposta da PNAISAJ.

(c) Síntese interpretativa das narrativas: problematização dos dissensos apontados pelos atores participantes da pesquisa como influenciadores do processo de não promulgação da proposta do texto político da PNAISAJ, articulando os dados gerados pelas narrativas com os referenciais teórico-conceituais.

A análise das narrativas obtidas, que tomou por base a identificação de unidades temáticas que expressem os dissensos identificados no processo de construção da proposta da PNAISAJ, foi centrada numa leitura sociológica baseada numa discussão compreensivista de Bourdieu^{17,18} sobre o campo simbólico. Para esta perspectiva, em toda análise importa a posição dos atores envolvidos no campo analisado, suas relações com o poder, seja em seus aspectos simbólicos, seja em seus aspectos decisórios.

Resultados e discussão

A proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens resultou de processos históricos de lutas e reivindicações no âmbito da saúde pública e coletiva e do reconhecimento de uma parcela significativa da população brasileira – adolescentes e jovens – que emerge no esteio do debate sobre os direitos humanos num contexto global e local.

No âmbito global, este movimento foi disparado com a adoção das prerrogativas defendidas pela Convenção sobre os Direitos da Criança, adotadas a partir dos consensos das discussões promovidas na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, na qual a adolescência é oficializada como programa a ser adotado pelas nações signatárias.

Assim, neste mesmo ano, no âmbito local, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), voltado para a população na faixa etária de 10 a 19 anos, ainda sob a responsabilidade de coordenação, divulgação e avaliação das bases programáticas associadas à área materno-infantil.

[...] implantar um programa de adolescentes dentro da chamada então DISAMI, Divisão da Saúde da Mulher e da Criança, para que houvesse, vamos dizer, um privilegiamento dessa faixa etária, coisa que, até então, não se dava dentro do Ministério. (S2)

Isto posto, nos permitimos uma análise sobre as relações no campo materno-infantil que, neste momento, refletem uma certa inespecificidade, até então, inexistente sobre a construção de ações voltadas para a adolescência. Tomando por base a perspectiva compreensivista de Bourdieu^{17,18}, a organização de um campo, seja ele profissional, de especialidades, expressam valores, lutas por poder e hegemonia, que vão influenciar na emergência do reconhecimento das diferenças dos adolescentes com relação à criança e às mulheres. A saúde dos adolescentes, em seu começo, emerge de maneira indiferenciada, com estreita vinculação à área materno-infantil, com a ausência de órgão específico de coordenação política e de ações programáticas de instância governamental próprios.

Ainda no âmbito local, ressaltamos o contexto fortemente favorecedor das transformações políticas voltadas para este grupo populacional: a Constituição Brasileira de 1988¹⁹, a Constituição Cidadã, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²⁰, em 1990 e, setorialmente, no campo da Saúde Pública, as Leis Orgânicas

da Saúde de 1990^{21,22}. Tais instrumentos reinserem e legitimam um novo paradigma e compreensão do lugar conferido ao adolescente e ao jovem na sociedade, em que passam a ser considerados como sujeitos sociais para além da subordinação ao pátrio poder, à família e ao Estado, o reconhecendo como sujeito autônomo, inserido no mundo produtivo, na participação das decisões de Estado, nos movimentos em defesa da cidadania, dentre outras.

No Brasil, esta perspectiva foi localmente apropriada, reconstruída e expressa numa proposição de uma política nacional de atenção integral, com vistas à universalização das ações relacionadas a esta política, para além de uma perspectiva programática definida pelos limites do PROSAD.

A década de 90 se constituiu palco, no campo do movimento de adolescentes e jovens, do expressivo surgimento de Organizações Não Governamentais (ONG) comprometidas em debater questões relacionadas a estas populações junto com os próprios adolescentes e jovens. Estes debates se referiam às temáticas consideradas sensíveis a este ciclo de vida, tais como, relações de gênero, sexualidade e direito reprodutivo, violência em suas distintas modalidades, mundo produtivo, dentre outras. Uma rede de ONG emerge e movimenta o cenário nacional, favorecendo a circulação de um novo olhar sobre a adolescência e a juventude. Nesta década, se consolida o Movimento de Adolescentes do Brasil (MAB), com o engajamento voluntário de múltiplos grupos de adolescentes e jovens, promovendo encontros regionais e nacionais, os quais favoreceram a formação de uma adolescência e juventude engajada e crítica:

[...] Primeiro, eu reconheço hoje que o MAB teve um papel político muito interessante porque muitos meninos e meninas que foram convocados para esses lugares de discussão vieram do MAB. [...] O MAB e o ENA; Encontro Nacional de Adolescentes; eram lugar de formação política, de representação juvenil. (S6)

No início do século XXI, a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde convida para uma participação ampliada entidades, profissionais e estudiosos do campo da adolescência e da juventude, grupos organizados de adolescentes e jovens, num determinado incentivo ao protagonismo juvenil^{23,24}. Esta área apóia e se alinha a este novo olhar em torno da adolescência e da juventude, capaz de identificar suas necessidades específicas e definir suas prioridades dentro das competências da esfera da

saúde pública. Tal mudança de paradigma foi confirmada nos achados narrativos dos atores participantes da construção da política, nos quais se afirma a participação dos adolescentes e jovens na sua construção em decisões deliberativas e no estabelecimento das prioridades quanto à promoção, atenção e ao cuidado em saúde relacionado a si:

[...] *Porque lá trás, eu não me lembro o ano, [...] nós fizemos um primeiro fórum juvenil nacional de discussão de adolescentes e juventude e SUS. [...] Era um seminário nacional e foi um privilégio e um... Foi impactante porque [...], a área da saúde, conseguiu trazer referências juvenis do Brasil todo. Então a gente tinha MST, a gente tinha os meninos das rádios comunitárias do Pará.* (S6)

Nesse ponto, é possível assinalar a relação instituída entre a área da saúde e, mais especificamente, a emergente temática da adolescência e da juventude, com referências da sociedade civil vinculadas a outras identidades. A saúde como um campo, na perspectiva bourdieiana, se organiza no território brasileiro num contexto histórico de abertura democrática, a partir de lutas comuns, cujo núcleo central é o direito ao reconhecimento das diferenças e à saúde. Percebe-se uma relação entre campos que favoreceu, naquele momento, o formato ampliado para a discussão da proposição de uma Política Nacional para estas populações.

A proposta de uma PNAISAJ inaugurou, com isso, um esforço por um espaço mais ampliado de participação e debate sobre a saúde da população de adolescentes e jovens a partir deles mesmos. Esta estratégia se apresenta como o aspecto mais inovador desta proposição política, marcada em seu projeto por uma ampliação da concepção da adolescência e juventude atravessada por traços de múltiplas compreensões sobre o que é ser adolescente e jovem:

Que eu não queria só os agentes onde a gente tivesse representação, mas que a elaboração da política também tivesse momentos de oficinas e que fossem oficinas descentralizadas e que a gente pudesse sistematizar conteúdos e contribuir de um modo mais organizado à política, não fosse só simplesmente um processo de consulta. (S5)

No trecho anterior, o ator valoriza a ideia de que existe um processo em jogo, onde alguns atores participam e representam grupos em fóruns qualificados, influenciando uma política, enquanto outros são excluídos. Surpreende a possibilidade de mudança de modelo e a inovação, no sentido de que uma consulta pública só faz sentido caso aqueles, que dela participarem, compreendam o

significado do processo. Reside aí a ideia de qualificação por meio das oficinas descentralizadas e a perspectiva de uma construção política que não repetisse o formato de uso do recurso consultivo aos especialistas ou àqueles representantes que sempre tomavam parte do processo. Por hipótese, este tipo de pensamento, liga-se a uma prática em curso nos movimentos de luta pela democratização do país, onde havia a preocupação de formação de novas lideranças e a construção da autonomia e da emancipação. O trecho seguinte é emblemático em favor a esta argumentação.

Nós resolvemos pensar um projeto que pudesse reunir esses grupos do MAB para realmente vir para um momento de capacitação, trazer um espaço educativo, onde a gente pudesse mais do que trocar experiência, a gente pudesse ter a mesma linguagem, o mesmo desenvolvimento de trabalho e, incorporando dentro disso, uma metodologia de fato participativa. Porque o que a gente observava também é que alguns grupos faziam, às vezes, uma dinâmica, alguma coisa, mas sem o sentido do que aquilo ali realmente tem como objetivo de ser feito. (S8)

Segundo observado nas narrativas dos atores, a população de adolescentes e jovens, de que trata esta proposta política, permanece negligenciada, posto que não tiveram suas necessidades específicas reconhecidas no campo da saúde pública pela promulgação da proposta da PNAISAJ como uma política de Estado. Mesmo considerando o reconhecimento do adolescente e do jovem como um sujeito de direito pelo campo da saúde em sua área técnica junto ao Ministério da Saúde, isto não foi suficiente para assegurar seu reconhecimento como sujeito nas esferas sociais e políticas mais ampliadas.

Só que tudo isso foi abortado porque teve descontinuidade, mudança de governo. Uma das fraquezas – estou sendo muito franco – acho que tem uma fragilidade muito grande a área de saúde do adolescente e do jovem no Ministério. Então foi lançado: oficinas, formulou documento... Mas não virou política. [...] De sorte que a rigor nós não temos uma política aprovada. Não está aprovada no Congresso Nacional, não tem recurso, não tem... Temos as Diretrizes de uma política, não tem uma política. Então, isso tudo frustra muito. Então você faz toda uma mobilização, toda uma articulação e não anda. (S5)

Ao ressaltar o limite da proposta política na ampliação de alianças que permitissem torná-la uma política de Estado, cabe perguntar sobre quais as possíveis dificuldades, impasses, que não permitiram o avanço necessário para a sua promulgação pelo âmbito legislativo, permanecen-

do, no entanto, na agenda política do Estado Brasileiro. Por hipótese, supomos que a proposta política dependia de certas lideranças da área na esfera de governo que, ao mudarem de posição no campo da saúde, levam consigo a força necessária para alavancar a proposta, esvaziando a área específica da adolescência e obliterando o alcance de uma ruptura paradigmática no processo de construção de uma proposição política. Isto porque, distintamente do PROSAD, a proposta da PNAISAJ implicou o adolescente e o jovem em sua construção.

Então se você pega... Se você pega entre 2000 e 2003, 2004 houve um interesse muito grande, depois você tem um esvaziamento. Um esvaziamento inclusive de pessoas. As pessoas passam. Nesse momento existia uma equipe da área do Ministério da Saúde, de adolescentes e jovens, extremamente dinâmica, extremamente comprometida... Essas pessoas se vão, todas [...] E aí você começa a ter um rodízio tão grande. (S4)

Outra hipótese diz respeito ao fato de que a temática da adolescência e juventude, por ser compreendida por outras áreas, tais como, mulher, homem, gênero, a necessidade de sua especificidade se esvazia. Tal posição contraria a consideração acerca das diferenças dos ciclos de vida, as particularidades da adolescência e da juventude em suas especificidades, o que contrasta com a importância de questões centrais da adolescência e da juventude, no que se refere a sua vulnerabilidade nos campos da saúde e da segurança.

O Departamento de Atenção à Saúde, que é onde o programa está subordinado, disse: Não é possível, a juventude é transversal... Aí começa uma série de argumentações para justificar tecnicamente o fato de que não temos força política. [...] Assim, para mim, não temos força política. (S5)

No cenário atual do campo da saúde, permanecem legitimadas, portanto, como políticas de governo, institucionalizadas a Portaria Ministerial nº 647, de 11 de novembro de 2008²⁵, que estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas e, em 2010, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde²⁶, voltadas para os profissionais e gestores relacionados ao campo da saúde de adolescentes e jovens.

As áreas técnicas dentro do Ministério, elas se dividem por grupos populacionais, não é? [...] Então, você tem criança, adolescente e jovem, idoso.

Então, você tem algumas políticas que elas vão ser formuladas para populações tuteladas. É o caso da criança, é o caso do adolescente, é o caso do idoso, é o caso do indígena, em que essas populações, por serem tuteladas, o Ministério vai e formula essas políticas. Em outros casos, se a gente pega a saúde das mulheres, por exemplo, você tem aí um grande investimento do movimento de mulheres com o movimento feminista. AIDS é um exemplo fantástico para isso. Se você pega, hoje tem uma política de saúde da população LGBT, ou da população negra, enfim, você tem uma articulação de movimentos sociais que vão incidir diretamente na construção, reformulação, ampliação dessas políticas. (S4)

Na exposição, a fala do sujeito favoreceu uma análise, onde a tutela associada à elaboração de políticas pode ser interpretada como uma reatualização da ideia de proteção. Essa ideia, no caso especial da criança e do adolescente, esteve representada nos antecedentes do ECA, no antigo Código de Menores, em vigor no período de 1927 a 1990.

Tais posicionamentos nos favorecem a aproximação com o conceito de cultura desenvolvido por Hall²⁷, como um conjunto de sistemas ou códigos de significados que dão sentido às nossas ações. Identificamos, com isso, as práticas sociais como de significação, por sua vez, definidoras não só dos significados dos objetos, das coisas, mas também de certo sistema regulação de modos de agir em sociedade, capazes de instituir papéis sociais e constituir sujeitos²⁸. Assim, a construção do conhecimento sobre algo produz efeitos de regulação, de definição da posição dos sujeitos no agir social que, no caso da adolescência e juventude no Brasil, ainda é de subordinação e dependência ao mundo adulto.

Neste ponto de nossas análises, retomamos a perspectiva de Laclau²⁹ para a compreensão dos processos políticos relacionados à proposta da PNAISAJ. Sociologicamente, a invisibilidade, culturalmente hegemônica, dos adolescentes e jovens aponta para demandas sensíveis ao campo da saúde, no entanto, os ideais relacionados aos adolescentes e jovens pelo segmento de atores que participaram da construção da proposição da PNAISAJ não obtiveram o alcance suficiente nos campos da atenção, gestão, intersetorialidade, dentre outros. Esta invisibilidade no campo político acaba por reforçar o invisível em outros campos. O limitado enraizamento político dos atores envolvidos com a formulação da PNAISAJ para esse setor, sejam eles, especialistas, os gestores da área, os militantes, os próprios adolescentes e jovens, etc., não conseguiu uma po-

tente articulação com outros atores sociais específicos, a partir de parcerias, da aproximação com lideranças, da influência em instâncias deliberativas mais ampliadas, de forma a converter os “particularismos” – os ideais e as demandas relacionadas aos adolescentes e jovens – em “universalismo”, garantias do direito a este segmento da população ao acesso e ao cuidado no campo da atenção básica em saúde de forma diferenciada e integral.

Conclusões

Em nossa análise sobre as narrativas, nas quais se enuncia não só uma metodologia, mas, sobretudo, a dinâmica das relações de poder que participam da fabricação de uma política pública, identificamos a disputa de uma multiplicidade de discursos na construção da proposição política. Tais proposições expressam interesses e conhecimentos de diversos grupos que se apresentam socialmente legitimados à produção e à circulação de conhecimento sobre questões associadas à saúde dos adolescentes e jovens, o que caracteriza as políticas públicas de saúde como políticas culturais.

Também pudemos observar que, no dinamismo dessa fabricação, a relação de forças entre os diversos atores delas participantes é flutuante, ora se apresenta mais potente e polarizada em certos núcleos de poder, ora em outros, num processo de produção e legitimação de sentidos hegemônicos, mesmo que transitoriamente. Neste caso, por exemplo, para a construção da proposta da PNAI-SAJ houve um estímulo por parte do governo para a organização participativa e democrática de segmentos sociais não pertencentes ao campo das especialidades relacionadas à adolescência e à juventude, mas dispostos ao diálogo.

Entretanto, este processo se restringiu ao momento político, a determinados atores que ocupavam, estrategicamente, a área da adolescência e estimularam o processo, sem, no entanto, ter uma contiguidade nas etapas posteriores necessárias para que a publicização de uma Política Nacional acontecesse com a abertura do grupo em redes de alianças, formação de lobbies, articulações no cenário legislativo e na sociedade civil ampliada.

O dissenso pela não promulgação da política reforça o dilema entre autonomia e independência, ou seja, a autonomia é para além da independência; se refere à capacidade de construir

redes de relações que permitam, dentre outros aspectos, a avaliação e a tomada de decisão. Ou seja, tal como o sentido hegemônico compartilhado socialmente sobre a adolescência e a juventude aponta para os limites da sua autonomia, percebemos uma posição semelhante no âmbito político, no qual, para além de ser adolescente ou ator que participa da elaboração da proposta, eles não conseguem construir redes de relações ampliadas o suficiente para uma ruptura estrutural, paradigmática.

Com isso, os sentidos declarados como norteadores de determinadas estratégias para a busca de caminhos que incentivem a entrada do adolescente e do jovem no sistema pela atenção básica em saúde não foram por si só suficientes para a legitimação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens como uma política de Estado com um escopo social mais ampliado. Convertida em Diretrizes Nacionais, orientadas aos gestores e profissionais de saúde do campo da saúde dos adolescentes e jovens, essa população se apresenta no âmbito das decisões políticas, num primeiro momento, reconhecida e convidada pelo campo da saúde como agente e participante de seus cuidados em saúde. No entanto, posteriormente, não se consolida num reconhecimento de massa sua autonomia juvenil, em suas múltiplas dimensões. O que significa que, como categoria, a adolescência e a juventude ainda se encontram confrontados pelas disputas por um protagonismo social mais ampliado e responsável, para além de um “pseudo-protagonismo juvenil” ou “protagonismo tutelado” submetido a um olhar adultocêntrico, que se coloca como porta-voz das vozes adolescentes e jovens, paradoxalmente, silenciando-os.

Colaboradores

SB Lopez e MCN Moreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
3. Brasil. Portaria MS/GM nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União* 2009; 28 ago.
4. Brasil. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
5. Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos 2000 e 2010. [acessado 2013 abr 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Datasus: Informações de Saúde. [acessado 2013 abr 8]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000: Fecundidade e mortalidade infantil. Resultados Preliminares*. Rio de Janeiro; IBGE: 2002.
9. Lima P. Adolescentes e a construção de políticas públicas: em busca do seu espaço. In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, organizadores. *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. 2ª Edição. Recife: Instituto Papai, MAB, Canto Jovem; 2010. p. 37-48.
10. Moraes M, Castro R, Medrado B, Moura H. Formação de homens jovens promotores de saúde: Ação política-comunitária pelo fim das violências de gênero. In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, organizadores. *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. 2ª Edição. Recife: Instituto Papai, MAB, Canto Jovem; 2010. p. 93-108.
11. Lyra J. Homem, jovem, negro e pobre: um novo sujeito para as políticas públicas? In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, Sobrinho A, organizadores. *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. 2ª Edição. Recife: Instituto Papai, MAB, Canto Jovem; 2010. p. 109-130.
12. Laclau E. *La Razón Populista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (proposta preliminar)*. Brasília: MS; 2007.
14. Velho G. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1981.
15. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 90-113.
16. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 109-132.
17. Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 2004.
18. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; out 5.
20. Brasil. Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
21. Brasil. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
22. Brasil. Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
23. Pires SFS. Cultura, self e autonomia: bases para o protagonismo infantil. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2008; 24(4):415-421.
24. Pires SFS, Branco AU. Protagonismo infantil: co-construindo significados em meios às práticas sociais. *Paidéia* 2007; 17(38):311-320.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 647, de 11 de novembro de 2008. *Diário Oficial da União* 2008; 12 nov.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde*. Brasília: MS; 2010.
27. Hall S. *A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo*. [acessado 2005 ago 22]: Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=117:a-centralidade-da-cultura-notas-sobre-as-revolucoes-culturais-do-nosso-tempo&catid=8:multiculturalismo&Itemid=19.
28. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus HL, Rabinow P, organizadores. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
29. Laclau E. Universalismo, particularismo e a questão da identidade. In: Laclau E. *Emancipação e diferença*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj; 2011. p. 47-66.

Artigo apresentado em 01/09/2011

Aprovado em 06/10/2011

Versão final apresentada em 11/11/2011