

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do

Adolescente Fernandes Figueira - IFF

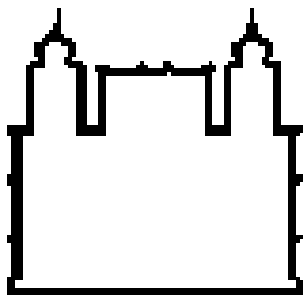
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Sentidos atribuídos à adolescência e à juventude em seu
entrelaçamento com a masculinidade: uma leitura da PNAISAJ.**

Silvia Braña López

Rio de Janeiro

março de 2012



Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do

Adolescente Fernandes Figueira - IFF

Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Sentidos atribuídos à adolescência e à juventude em seu
entrelaçamento com a masculinidade: uma leitura da PNAISAJ.**

Silvia Braña López

Tese apresentada ao
Programa de Pós-
graduação em Saúde
da Criança e da
Mulher como parte
dos requisitos para a
obtenção do título de
Doutor.

Orientadora: Martha Cristina Nunes Moreira

Rio de Janeiro

março de 2012

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

L864s López, Silvia Braña
Sentidos atribuídos à adolescência e à juventude em seu
entrelaçamento com a masculinidade: uma leitura da PNAISAJ./ Silvia
Braña López, 2012.
170 f. : il.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto
Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, R J, 2012.

Orientador: Martha Cristina Nunes Moreira

Bibliografia: f. 142-149.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Adolescente. 3. Masculinidade. 4.
Estágios de ciclo de vida. 5. Políticas culturais. I.Título.

CDD – 22. ed. 616.614

A meu filho, porque desde que você chegou a minha vida, ela se tornou poesia;
a minha mãe, porque desde que você me concedeu a vida, ela teve seu amor como fonte;
a minha família, porque desde que nos irmanamos, a vida se transformou em um porto seguro;
aos meus amigos, porque desde que nos encontramos, a vida se tornou uma grande celebração; e

à minha querida orientadora Martha,
sem sua generosidade, apoio e inspiração, este sonho não teria se realizado.

A você dedico este trabalho,
porque sem sua especial presença este sonho não teria sido possível.
A você, toda minha imensa admiração, sincera amizade e profunda gratidão.

Agradecimentos

Acredito que toda trajetória de pesquisa nos possibilita encontros... Desde aqueles nos quais buscamos avidamente teorias e métodos para melhor compreender e responder nossas perguntas de pesquisa até aqueles que, mesmo sem querer, muito nos transformam.

Agradeço aos colegas discentes. Preciosas amizades foram construídas a partir dessa convivência e momentos de memoráveis debates e deliciosas gargalhadas ainda provocam inesperados sorrisos e boas histórias para se lembrar.

Agradeço aos docentes do PPGSCM e professores convidados. Debates calorosos e entusiasmadas orientações teórico-metodológicas compartilhadas nas aulas, nos seminários e nas conferências nos impulsionavam a seguir, aprofundar reflexões, provocar outras tantas, reinventar trajetórias de pesquisa.

Agradeço ao corpo técnico-administrativo da secretaria acadêmica. O acompanhamento sempre atento ao longo do nosso percurso acadêmico, nos dando o suporte necessário para que, mesmo tão envolvidos em nossas demandas de pesquisa, não deixássemos de atender às demandas administrativas implicadas nesse processo.

Agradeço a todo corpo técnico e gestor do IFF. Mesmo participando mais indiretamente de nossa formação, o sorriso largo, os inúmeros bons dias e boas tardes, a gentileza em nos atender em nossas buscas por livros, pontos de encontro, cafezinhos, produção de material e toda sorte de pedidos tornaram os espaços de estudo e pesquisa mais familiares e aconchegantes.

Agradeço aos profissionais que participaram do campo de pesquisa. A generosidade e profundo conhecimento do campo da adolescência e juventude no Brasil que pude encontrar foi uma experiência de surpreendente enriquecimento. Não só pelo material de pesquisa construído e compartilhado, mas por ter a oportunidade de conhecer uma tenaz

práxis desenvolvida cotidianamente por esses profissionais nas lutas por uma adolescência e juventude no Brasil, reconhecidas em suas diferenças, cultura e extraordinário potencial. Eles, na relação com os adolescentes e jovens, transformam vidas e permitem que suas vidas sejam transformadas, mútua e reciprocamente, com respeito às diferenças que existem em todos nós.

Agradeço aos membros da banca de qualificação, pró-forma e da banca final. A disponibilidade em partilhar conhecimentos, experiências e impasses de pesquisa nos deram um solo firme para responder aos seus desafios e dar densidade aos nossos argumentos. Com a participação e contribuições de todos vocês, nosso estudo ganhou outros tons, outras nuances, novas perspectivas, novos diálogos.

Por fim, agradeço aos amigos de meu cotidiano de trabalho, cuja torcida para tudo dar certo eu percebia mesmo que distante e, quando em sua presença, seu apoio encorajador me fazia retornar para a tarefa de pesquisa, renovada em meu ânimo.

Resumo

A presente pesquisa tem como objeto de estudo os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude em seu entrelaçamento com a masculinidade, a partir de textos oficiais e das narrativas de atores que participaram da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. Partimos da ideia de que as políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e do cuidado de adolescentes e jovens carregam certos sentidos sobre a adolescência e a juventude masculinas no campo da atenção básica em saúde e expressam relações socialmente construídas que atribuem significações próprias relacionadas a essa população. Os resultados foram dispostos em três artigos. A metodologia geral adotada foi a hermenêutica-dialética, sendo no primeiro artigo adotada a técnica de análise documental de Severino; no segundo, a análise de narrativas de Gomes e Mendonça; e, no terceiro, a análise de conteúdo temática adaptada de Bardin. Os marcos conceituais teóricos em que se pautaram as análises foram adolescência e juventude, masculinidade e políticas públicas. O primeiro artigo analisa que sentidos as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH - e dos Adolescentes e Jovens – PNAISAJ - conferem à masculinidade, instituindo uma lógica para as ações relacionadas à atenção integral dessas populações. O segundo artigo analisou os sentidos acerca da adolescência e juventude masculinas constantes na PNAISAJ e o desfecho dos processos de negociação do texto político. O terceiro artigo pretendeu aprofundar a compreensão dos processos de socialização e de busca pelo reconhecimento dos adolescentes e homens jovens e suas imbricações com os sentidos atribuídos à masculinidade. Partimos da compreensão da adolescência e da juventude como um ciclo de vida com experiências e significados próprios, da masculinidade numa perspectiva relacional de gênero e das políticas públicas de saúde como políticas culturais. Concluímos que os serviços de atenção básica em saúde ainda não conseguem acolher a adolescência e a juventude em suas ações, exclusão mais profundamente identificada quando este ciclo de vida está associado ao gênero masculino. A exclusão aos serviços de atenção básica desse segmento populacional expressa como a adolescência e a juventude masculinas são marcadas culturalmente pelo seu reconhecimento negativo. A proposição da PNAISAJ expressa a luta pelo reconhecimento positivo da adolescência e da juventude como um ciclo de vida e da masculinidade como uma dimensão importante e indissociável a esse ciclo.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; adolescente; masculinidade; fases do ciclo de vida; políticas culturais.

Abstract

This research has as object of study the meanings attributed to adolescence and youth in its relationship with masculinity from official texts and narratives of actors who taken part in the building of the preliminary proposal of the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescent and Youth – PNAISAJ in Brasil. We started from the idea that public policies for health promotion and care of young people contains certain meanings about adolescence and young men in the field of primary health care and express relationships socially built that attribute meanings concerned to this population. The results were arranged in three articles. The general methodology adopted was the qualitative analysis by hermeneutic-dialectic approach, being adopted in the first article the technique of documentary analysis proposed by Severino, in the second, the analysis of narratives proposed by Gomes and Mendonça and in the third, the thematic content analysis adapted from Bardin. The conceptual frameworks that were based on theoretical analyzes were adolescence and youth, masculinity and public policy. The first article analyzes the meanings that National Policies for Integral Attention to Men's Health - PNAISH and for Comprehensive Health Care for Adolescent and Youth - PNAISAJ in Brasil which both confer the masculinity, establishing a logic for the actions related to the comprehensive care of these populations. The second article examined the meanings of male adolescence and youth in the PNAISAJ and the outcome of the negotiation processes of the political text. The third article intended to a deeper understanding of socialization processes and the quest for recognition of adolescents and young men and their imbrications with the meanings attributed to masculinity. We started from the understanding of adolescence and youth as a life cycle with their own experiences and meanings of masculinity in a relational perspective of gender and public health policies and cultural policies. We conclude that the services of primary health care still can not accept the adolescence and the youth in their actions, producing exclusion that is more deeply identified when this life cycle is associated with male gender. The exclusion to basic health care in this segment of the population expressed as the adolescence and the youth male are marked by their culturally negative acknowledgment. The proposition of PNAISAJ expresses the struggle for positive recognition of adolescence and youth as a life cycle and masculinity as an important dimension and indissociable to this cycle.

Keywords: Health public policies, adolescent; masculinity, life cycle stages, cultural policy.

Sumário

Capítulo 1 – Caminhos teórico-metodológicos da Tese	11
1.1 – Introdução	12
1.2 - Objeto de estudo e justificativa	17
1.3 - Pressuposto	25
1.4 - Objetivo Geral	25
1.4.1 - Objetivos Específicos	25
1.5 - Marcos conceituais Teóricos	26
1.5.1 – Masculinidade e leituras sobre adolescência e juventude	26
1.5.2 - Políticas Públicas	33
1.5.3 – Outras mediações teóricas: conversações com Pierre Bourdieu, Georg Simmel e Axel Honneth	42
1.6 – Metodologia	49
1.6.1 - Princípios epistemológicos	49
1.6.2 - Definição do campo e dos sujeitos do estudo	51
1.6.3 - Técnicas de produção do acervo	53
1.6.4 - Corpos de análise	54
1.6.5 - Análise dos discursos oficiais e das narrativas	55
Capítulo 2 – Coletânea de Artigos	64
Artigo 1 - Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade	67
Anexo 1 - Quadro1: Quadro associativo entre as Políticas Nacionais de Atenção Integral orientadas por Ciclo de Vida / Gênero	88
Artigo 2 - Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ	92

Artigo 3 - Adolescentes e homens jovens: do debate sobre a dupla invisibilidade à luta pelo reconhecimento	113
Capítulo 3 - Considerações finais	135
3.1 – Referências	142
Apêndices	
Apêndice A – Cadastro SISNEP	150
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	152
Apêndice C – Termo de Autorização	155
Apêndice D – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva	158
Apêndice E – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública	163

Capítulo 1

Caminhos teórico-metodológicos da tese

1.1 - Introdução.

Não raro, dados epidemiológicos são apresentados como elementos para a formulação de planos de ações no campo da saúde pública e se fazem presentes nos textos das políticas públicas de saúde nacionais, dentre as quais figura a proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ¹.

Consideramos que dados epidemiológicos da população de adolescentes e jovens no Brasil expressam um cenário acerca dos cuidados com a saúde dessa população, desde a atenção básica até as demandas de média e alta complexidade. Consideramos, ainda, que tais dados podem expressar não somente o caráter estrutural, a organização, o acesso e a qualidade da assistência de uma dada população pelo sistema de saúde, mas a maneira como socialmente certos extratos populacionais são considerados em sua relação com o adoecer e como são acolhidos (ou não) por esse sistema.

A partir disso, chamam nossa atenção os índices de morbimortalidade relacionados à população de adolescentes e jovens no Brasil, obtidos ao longo da última década. Em 2006, por exemplo, o principal motivo relacionado à mortalidade entre adolescentes e jovens no Brasil eram as causas externas, representando cerca de 44% das mortes relativas à faixa etária de 10 a 14 anos e cerca de 71%, entre 15 e 19 anos (SIM/DATASUS). No período de 2000 a 2005, os homicídios já apareciam como uma das principais causas de morte de pessoas com idade entre 10 e 24 anos, representando 36,29% e ocorrendo, em sua maioria, entre os indivíduos do sexo masculino (SIM/DATASUS).

Defendemos que tais índices requerem movimentos de aproximação e aprofundamento da compreensão dos determinantes sociais e culturais que podem estar relacionados às causas da mortalidade e aos agravos a essa população relacionados.

O foco de nossa pesquisa se ocupa do estudo dos sentidos atribuídos à adolescência e à juventude, em seu entrelaçamento com a masculinidade, a partir de textos oficiais e das narrativas de atores que participaram da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, em um esforço pela compreensão dos agravos e da mortalidade derivados e, direta ou indiretamente, associados ao exercício da sexualidade humana, nos quais a adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado nessa população surgem como fatores que favorecem a elevação desses índices.

Em 2005, com relação às formas de transmissão do HIV na população de 13 a 24 anos, 59,27% ocorreram por via sexual; 26,85% por via sanguínea, sendo 95,61% desses devido ao uso de droga injetável e 8,03% de forma ignorada.

Como resultado de uma pesquisa² realizada pela Coordenação do Programa Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, entre 2004 e 2007, em seis capitais brasileiras (Manaus, Fortaleza, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), os jovens aparecem como o grupo que menos se relaciona com parceiros fixos, o que contribui para uma maior vulnerabilidade em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Outros fatores favorecedores do aumento do risco e da vulnerabilidade desse grupo seriam certo grau de negligência em relação ao uso de preservativo, a prática do coito anal e o uso de drogas injetáveis. Dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos – PCAP³, realizada em 2008, reiteram os dados acima ao constatar que o grupo na faixa etária de

15 a 24 anos é o que apresentou uma menor frequência de parceiros fixos dentre todos os participantes da pesquisa.

Destacamos, assim, a relevância para a saúde pública de estudos sobre o exercício da sexualidade e sobre a compreensão daquilo que socialmente se atribui ao que é ser masculino e o que é ser feminino. Tais estudos buscam compreender como os sentidos mais fortemente conferidos à masculinidade nas relações de gênero influenciam a maneira dos parceiros se relacionarem e atuarem preventivamente frente ao adoecimento e ao cuidado de si e do outro nas relações sexuais.

Unbehaum et al (2005) sinalizam que *“é preciso ouvir e conhecer o mundo dos/das adolescentes: as pressões e os constrangimentos vividos por eles podem oferecer pistas das dificuldades enfrentadas na hora de optar por uma atitude ou outra em relação ao seu corpo, à sua vida sexual e reprodutiva.”*⁴ Da mesma forma, defendemos que o lugar socialmente construído aos adolescentes e jovens também pode contribuir para o agravamento dos indicadores de saúde (e seu contraponto doença) relacionados a essa população.

Em outras palavras, para além das questões constitucionais de cada indivíduo, condicionantes sociais estão diretamente relacionados à vulnerabilidade⁵ dos adolescentes e jovens frente ao adoecimento, se considerarmos tanto os arranjos coletivos construídos entre seus pares como os aspectos contextuais em que são inseridos socialmente.

Retomando a questão, apesar da distinção entre esses dois conceitos – sexualidade e masculinidade –, defendemos que tais dimensões se expressam indissociadamente em indivíduos encarnados e imprimem efeitos no campo da saúde pública, tal como demonstrado nos índices anteriormente apresentados. A sexualidade,

modo como o sujeito elege seus parceiros e se relaciona sexualmente, é permeada pela sua identidade de gênero que se refere a como socialmente este sujeito se posiciona como masculino ou feminino. Assim, modelos de masculinidades, instituídos culturalmente como ideais, perpassam não só o agir sexual, mas o agir social daquele que ocupa e a quem é atribuída a identidade de ser homem, interferindo nos cuidados à saúde de maneira ampliada e não apenas no exercício da sexualidade nas relações homens-mulheres, mulheres-mulheres e homens-homens.

Sem desconsiderarmos a questão da sexualidade, mas nos apoiando nessa categoria como ferramenta para a compreensão de questões sensíveis ao campo da saúde pública, focalizamos em nosso estudo o modelo de masculinidade que permeia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. Diante disso, consideramos que a masculinidade se constitui numa categoria explicativa mais abrangente e favorece a reflexão sobre outros desdobramentos para o campo da saúde pública, especificamente frente a demandas diferenciadas, agravos e mortes que podem estar influenciados por um modelo de masculinidade mais hegemonicamente compartilhado na sociedade, tais como, gravidezes precoces, aumento da epidemia de AIDS nessa faixa etária da população, alto índice de mortalidade por causas externas entre homens jovens, só para citar alguns deles.

A centralidade dessas questões pode ser constatada quando examinamos os eixos prioritários de ação constantes na proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, submetida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2009, numa ampliação das ações já institucionalizadas desde o final da década de 80, pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD.

O PROSAD, à sua época, se apresentava como um esforço pela implementação de ações no âmbito da atenção primária em saúde, que considerassem os adolescentes como população a ser atendida pelos serviços básicos de saúde. Nele conseguimos vislumbrar ensaios para o alcance de uma abordagem multidisciplinar no campo da atenção básica em saúde em que se considerassem as especificidades da adolescência.

Já a proposta do texto político da PNAISAJ emerge como expressão de um ideário que amplia a compreensão dos processos saúde-doença como algo relacionado não só ao curso “natural” de cada etiologia, mas a um contexto do qual emerge a doença e a um lugar de sujeito, no qual o adolescente e o jovem estão inseridos tanto na sociedade brasileira como no sistema de saúde.

Destacamos, por outro lado, o também recente reconhecimento do homem como um sujeito que emerge no campo da saúde pública e é colocado na agenda de governo, reconhecimento este que se constitui num fato político inédito no Brasil. Isso porque, culturalmente, o homem não demandava um cuidado diferenciado no Sistema de Saúde; como norma, o homem não fora identificado como uma alteridade, um sujeito da saúde. Assim, somente em 27 de agosto de 2009, através da Portaria Ministerial nº 1.944, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH. Até aquele momento, o foco das ações no campo da saúde voltadas para a população masculina tomava por base uma perspectiva de doença e de acolhimento do homem na doença, mas não numa perspectiva de prevenção ou de promoção da saúde.

Devemos mencionar, ainda, outros debates percussores das discussões acerca da vulnerabilidade e dos determinantes sociais nos processos saúde-doença dos adolescentes e jovens, que ocorreram tanto interna quanto externamente no Brasil, ao

longo da década de 90 e nos primeiros anos da década seguinte, dentre os quais destacamos: a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA -, em 1990; a participação do Brasil na Reunião Mundial de Ministros da Juventude em Portugal, em 1998; uma série de publicações patrocinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionadas à adolescência, no início dos anos 2000^{6,7}.

Ainda numa perspectiva de ampliação da compreensão dos processos saúde-doença no campo da saúde pública, defendemos que o aprofundamento das relações entre esses processos e os modelos de masculinidade que são construídos entre adolescentes e homens jovens podem contribuir para a (re)formulação de ações estratégicas para a promoção da saúde nessa população.

Isso posto, este estudo pretendeu analisar as falas dos atores que participaram do processo de construção do texto político referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ, a partir da identificação de seus partícipes, a fim de compreendermos os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude masculinas no campo da política de saúde pública brasileira.

1. 2 - Objeto de estudo e justificativa.

A pesquisa, que origina esta tese em formato de artigo, tem como objeto de estudo os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude em seu entrelaçamento com a masculinidade, a partir de textos oficiais e das narrativas de atores que participaram da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ.

Para isso, analisamos falas de atores-chaves que participaram ou atuam no campo dos direitos à saúde dos adolescentes e dos jovens, com atenção aos sentidos

relacionados à masculinidade e à perspectiva relacional de gênero que demarcam o lugar do adolescente e do homem jovem na esfera da política pública de saúde no Brasil. A partir da identificação dos protagonistas, das vozes que participaram da construção dessa proposta política, analisamos ainda a introdução de novos conceitos que conferem uma ampliação da compreensão da adolescência e da juventude masculinas nas políticas de atenção à saúde até então estabelecidas para esse segmento da população.

A escolha pela apresentação da tese em formato de artigos, por ser uma possibilidade prevista no regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher – PPGSCM - do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF, foi tomada pela maior capilaridade e possibilidade de divulgação que esta modalidade de apresentação oferece, por atender a uma certa urgência de contribuir para a agenda política frente ao tema proposto. Tal possibilidade está expressa inclusive na fala de alguns dos entrevistados.

Os textos políticos em interlocução analisados foram aqueles pertinentes à instituição das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem e outros referenciados e expressos publicamente e de forma direta no corpo ou na metodologia de produção dos textos das políticas acima mencionados. Vale ressaltar que, na PNAISAJ, a adolescência e a juventude abrangem a faixa etária de 10 a 24 anos e, na PNAISH, o foco da atenção à saúde masculina se volta ao grupo de homens na faixa de 25 a 59 anos.

O texto⁸ foi compreendido de forma bastante ampliada, a saber, como expressões das produções sociais de sentidos acerca da saúde do homem, produções essas engendradas pelos múltiplos atores da tessitura social. São, portanto, o próprio

acervo obtido em campo, consolidados nos documentos oficiais, artigos científicos nestes referenciados e narrativas obtidas.

Cumprе ressaltar que a compreensão aqui adotada sobre as produções políticas são indissociáveis à cultura numa perspectiva pós-estruturalista. Esta perspectiva tem apontado para outras compreensões a respeito da sociedade, suas produções e as relações entre os sujeitos, tomados como invenções históricas.

Por isso, o destaque conferido à globalização como um fenômeno com profundo impacto nas transformações dos modos de produção da contemporaneidade, por vários autores^{9,10,11} que a reconhecem como um complexo processo, e que traz consigo transformações no mundo social, desde a forma de estruturação do trabalho, da circulação de informações mundialmente, nos fluxos de migração humanos inter e intraterritoriais, nos fluxos de capitais entre os mercados, na reconfiguração de papéis dos Estado-nação e na pluralização de identidades, dentre outros.

Neste ponto, ressaltamos a perspectiva de Stuart Hall¹² que propõe a centralidade da cultura na contemporaneidade para a compreensão das configurações sociais atuais, onde identidades sociais e subjetividades se derivam de processos discursivos e dialógicos, os quais possibilitam que nos situemos e movimentemos na interioridade das definições fornecidas pelos discursos culturais.

“A cultura é agora um dos elementos mais dinâmicos – e mais imprevisíveis – da mudança histórica no novo milênio. Não deve nos surpreender, então, que as lutas pelo poder sejam, crescentemente, simbólicas e discursivas, ao invés de tomar, simplesmente, numa forma física e compulsiva, e que as próprias políticas assumam progressivamente a feição de uma “política cultural”.”

Tal perspectiva guarda aproximação com algumas das análises desenvolvidas por Foucault¹³ ao afirmar que cada sociedade possui seu regime de verdade, a partir do qual produz efeitos coercitivos e regulamentados de poder. Em outras palavras, cada sociedade estabelece uma “economia política” de verdade/poder, pela qual certos tipos de discurso são acolhidos como verdadeiros e outros não. Para isso, são produzidos mecanismos e instâncias que legitimam os enunciados verdadeiros dos falsos, sancionando uns e outros, constituindo certas técnicas e procedimentos que são valorizados, definindo o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro e válido.

Apesar de não desconsiderar a influência do papel do Estado em suas proposições, nossa leitura sobre os processos de produção de políticas públicas se pautam num outro viés que considera tais processos como expressões da cultura. Em outras palavras, tomamos a cultura como processos de significação que acontecem na trama social e a política, como esforços pela homogeneização de determinadas significações, a partir de múltiplos núcleos de poder em disputa nessa trama.

Dáí acreditarmos na relevância das análises em torno das políticas públicas, em especial aquelas voltadas para as políticas de promoção da saúde, que tomam parte das políticas culturais, como uma forma de compreender as trajetórias hegemônicas das lutas e disputas por certas formações discursivas. Trata-se de um meio de identificar e criticar a homogeneização de significações e fabricação de sujeitos no escopo dessas políticas, de forma contextualizada e relacional.

Defendemos a relevância de tal estudo pautado na análise de textos relacionados às políticas, segundo uma perspectiva relacional de gênero e sob uma perspectiva da masculinidade, tendo em vista os resultados de pesquisas anteriormente realizadas que

apontam a associação entre certos agravos e dados de morbimortalidade da população de homens aos sentidos atribuídos mais hegemonicamente à masculinidade, dentre as quais, a pesquisa desenvolvida sobre “A Construção da Masculinidade como Fator Impeditivo do Cuidar de Si”¹⁴, no período 2002-2004, que sinalizou uma forte influência entre marcas identitárias associadas à construção da masculinidade e à procura pelos serviços de saúde, numa perspectiva preventiva.

Sentidos atribuídos pelo senso comum ao que deve ser vivenciado como algo da ordem do masculino - status de invulnerabilidade, atividade, tendência à autoexposição ao risco, descontrole sexual, dentre outros - corroboram para uma certa negligência do cuidado de si pelos homens. Ainda segundo esse mesmo estudo¹⁴, na medida em que cuidar da saúde guarda uma forte associação ao universo feminino, a busca por serviços de saúde em caráter preventivo pelos homens pode ser associada a uma fragilidade em torno de sua masculinidade. São ideias que se contrapõem ao pensamento de invulnerabilidade e forças associadas à masculinidade e que concorrem para uma menor busca pelos homens aos serviços de saúde, como: 1) a invulnerabilidade e a força relacionadas à masculinidade impedem que o homem demonstre sinais de fraqueza e medo; 2) uma maior exposição do corpo a um profissional da área médica, seja ele homem ou mulher; 3) o medo de encontrar algo que possa deflagrar um diagnóstico de doença.

O não reconhecimento dos serviços de saúde como voltados para o homem também foi relatado¹³ como um dos fatores que reduzem a busca por esses serviços, na medida em que eram não só frequentados majoritariamente por mulheres, mas também por prevalecer, em suas equipes de atendimento, profissionais do sexo feminino.

Outra ideia central apontada pelo estudo¹⁴ é a forte associação do homem ao trabalho e ao papel de provedor; sentidos priorizados em detrimento de uma prática de autocuidado e busca dos serviços de saúde numa perspectiva de prevenção. As transformações no mundo social engendradas pelas complexas imbricações do processo da globalização afetam intimamente a forma de estruturação do trabalho. É nesse contexto que surgem as novas exigências do mercado em relação à qualificação requerida do trabalhador, no qual as políticas de Estado também participam. O mundo do trabalho é permeado pelas relações sociais de sexo. A separação do trabalho entre os sexos - trabalho das mulheres e trabalho dos homens - e a hierarquização - valorização do trabalho masculino - se expressam, nas respostas apresentadas pelos homens, como explicações para a pouca procura por serviços públicos de saúde. Isso porque ou se perde tempo de trabalho na espera do atendimento, trazendo risco à perda do emprego, ou o cuidado de si não é priorizado, em função da dedicação ao trabalho necessária para a ascensão e o sucesso em relação a suas carreiras.

Outros estudos^{15,16,17} também apontam que alguns dos sentidos atribuídos mais hegemonicamente à masculinidade fortalecem a apropriação de representações que associam o masculino à força, à assertividade, à não-vulnerabilidade associada a uma crença de imunidade, à naturalização do descontrole sexual, à associação da sexualidade à penetração, dentre outras. A ideia de invulnerabilidade pode ser tomada, assim, como um dos aspectos explicativos para a pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde, de forma preventiva.

Outros aspectos também podem concorrer para uma menor procura pelos homens aos serviços de saúde. Se, por um lado, a invulnerabilidade e a força relacionadas à masculinidade impedem que o homem demonstre sinais de fraqueza e

medo, por outro, uma maior exposição do corpo a um profissional da área médica, seja ele homem ou mulher, ou o medo de encontrar algo que possa deflagrar um diagnóstico de doença são ideias relacionadas à possibilidade de ser evidenciada uma fragilidade no homem. Nesse caso, em se tratando de construções históricas de normatividades que “naturalizam” certos olhares e regimes de verdade, a exposição da mulher ao olhar médico parece ter contribuído para uma assimetria entre os gêneros nos serviços públicos de saúde, com o passar do tempo.

Tal lógica permeia a associação do homem e seu lugar no campo da saúde. Tomado como um componente infectante¹⁸ no processo de adoecimento, o lugar do homem nos estudos no campo da saúde se apresenta mais voltado para a questão da doença do que da saúde sexual.

Diante disso, quanto à relação entre os sentidos da masculinidade e adolescência, estudos^{19,20,21} apontam que não há necessariamente correlação entre o domínio das informações pertinentes aos mecanismos de adoecimento e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, com a adoção de comportamentos em que tais conhecimentos sejam efetivamente aplicados.

Essa aparente incongruência pode ser explicada na medida em que, em suas interações afetivo-sexuais, os adolescentes e homens jovens interpretam e se apropriam dessas informações, mesclando-as, amalgamando-as às representações culturais, familiares, grupais e individuais já internalizadas ao longo de sua história de vida, não sendo, portanto, por si só, suficientes para se converterem em comportamentos coadunados à lógica da prevenção e preservação da saúde sexual, reprodutiva e da vida, pelos adolescentes, jovens e homens.

Defendemos que as políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e do cuidado dos adolescentes e homens jovens carregam determinados sentidos não só acerca do que é saúde e seu contraponto – doença -, mas também acerca da masculinidade, do papel do homem nas interações afetivo-sexuais, da adolescência e da juventude, valorizando alguns sentidos e não outros por se constituírem como expressões de produções sociais. Quanto mais atores participem dos consensos, dissensos e negociações no complexo curso da constituição de políticas, mais as políticas públicas expressarão as relações estabelecidas entre esses diferentes atores sociais.

Defendemos tal posição para ampliar o debate sobre a masculinidade, a adolescência e a juventude no campo da saúde pública, ao refletirmos criticamente sobre toda uma agenda de ações e intervenções nesse campo, que reconheça as diferenças com potência para se tornar cada vez mais inclusiva, e que impactam na saúde não só dos jovens e adolescentes homens, mas também das mulheres.

Com isso, não só contribuímos para a compreensão da lógica que atravessa tais políticas, para a ampliação e para a diversificação de ações no campo da saúde pública que favoreçam uma maior participação e adesão dos adolescentes e homens jovens aos serviços de saúde numa perspectiva de prevenção, mas também para o aprofundamento dos estudos sobre as ações políticas relacionadas à saúde e ao cuidado do adolescente e homem jovem, a partir da defesa de uma masculinidade plural e de ações políticas mais inclusivas.

1.3 - Pressuposto

Analisar os sentidos sobre a adolescência e a juventude masculinas a partir das narrativas de atores que operam no campo das políticas de saúde integral do adolescente e do homem jovem, pela perspectiva da masculinidade e da abordagem relacional de gênero, pode contribuir para desvelar possíveis lacunas na construção e efetivação de uma política que reconheça o adolescente e o homem jovem como sujeitos.

1.4 – Objetivo Geral

Analisar os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude masculinas, a partir de textos oficiais e das narrativas de atores sociais que participaram da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ.

1.4.1 – Objetivos Específicos

- Identificar os contextos e analisar os sentidos atribuídos à adolescência e juventude, a partir dos textos políticos relacionados à PNAISAJ.
- Identificar os contextos e analisar os sentidos atribuídos à adolescência e juventude produzidos a partir das narrativas de atores sociais participantes da PNAISAJ.
- Identificar os contextos e analisar os sentidos atribuídos à masculinidade, a partir dos textos políticos relacionados à PNAISAJ.
- Identificar os contextos e analisar os sentidos atribuídos à masculinidade, a partir das narrativas de atores sociais participantes da PNAISAJ.

- Identificar as diferenças, tensões e negociações presentes nos discursos de atores sociais que constroem o campo político e as ações com adolescentes e jovens, valorizando a dimensão da masculinidade e as relações de gênero.

1.5 - Marcos Conceituais Teóricos

Tomamos alguns conceitos centrais nas análises da pesquisa aqui proposta, a saber: (a) as adolescências/juventudes masculinas, onde adolescência, juventude e masculinidade são aqui consideradas num caráter indissociável, por acreditarmos que a vivência da masculinidade no ciclo de vida da adolescência e juventude assume significações próprias frente a determinadas expectativas sociais atribuídas culturalmente aos adolescentes e homens jovens; e (b) políticas públicas.

1.5.1 – Masculinidade e leituras sobre adolescência e juventude

Retomando alguns aspectos abordados na seção intitulada “Introdução”, alguns índices relacionados a quadros de morbimortalidade relacionados à adolescência e à juventude estão associados ao exercício da sexualidade pelos adolescentes e jovens, ciclo de vida notadamente marcado pelas vivências de iniciação sexual. Alguns estudos^{19,20,21} investigam a influência dos modelos socialmente construídos sobre a masculinidade/feminilidade no exercício da sexualidade. Os sentidos atribuídos ao que é ser masculino nas relações de gênero definem e orientam um certo agir sexual dos indivíduos; agir este que influencia o desenvolvimento de quadros mais ou menos graves nos índices de morbimortalidade e agravos nas populações masculinas.

Com isso, reiteramos a defesa de que tais modelos permeiam nosso agir sexual, participando dos processos de construção de identidades de ser homem/ser mulher

desses adolescentes e jovens. Justificamos, ainda, nossa ênfase em discorrer e demarcar como os conceitos sexualidade e masculinidade estão sendo aqui considerados, em função do grau de imbricação entre eles, ressaltando, no entanto, que nosso foco reside no conceito de masculinidade e seus modelos.

A sexualidade se distingue do sexo como algo de origem biológica, fisiomorfológica e hormonal, que estabelece a diferenciação sexual entre os indivíduos, e está sendo tomada, também, como exercício da atividade sexual em seu sentido estrito. O conceito de sexualidade está sendo compreendido numa perspectiva sociocultural e, segundo Heilborn²² (p.198), se apresenta como:

“Produto de diferentes cenários culturais e não apenas como derivado de um funcionamento biopsíquico dos sujeitos. A ênfase sobre cenários socioculturais alude à premissa de que, se há características distintas entre homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas se devem a uma combinação de fenômenos que se processam nos corpos como efeitos de processos complexos de socialização dos gêneros”.

Gagnon²³, autor que corrobora com a definição acima, não nega os aspectos anatomofisiológicos que subjazem à compreensão da sexualidade, no entanto, afirma que não são esses aspectos que determinam a modelagem de nossa sexualidade. A perspectiva analítica acerca da sexualidade, baseada na teoria sociológica de Gagnon²³, propõe uma diferenciação daquilo que chamamos comportamento sexual, de conduta sexual, na medida em que aquele guarda correspondência a práticas corporais desempenhadas pelos humanos e não humanos, enquanto este corresponde aos

significados atribuídos às práticas sexuais não só pelos indivíduos que as praticam, mas a partir dos contextos históricos culturais e sociais nos quais estão inseridos.

A sexualidade é, portanto, permeada de significados individuais e sociais, ou seja, é histórica e contextualizada e se distingue, dentre outros aspectos, segundo a idade, a etnicidade, a classe, o local e a época em que está inserida. Por estar ancorada em cenários culturais contextualizados, não pode ser indissociada de uma perspectiva relacional de gênero.

O gênero, por sua vez, se refere aos atributos que em cada cultura são associados aos sexos masculino e feminino, operando num espaço simbólico para além dos aspectos biológicos subjacentes aos homens e mulheres. Esse espaço simbólico envolve valores, funções e condutas esperadas para que, numa determinada cultura, um homem ou uma mulher sejam considerados como tal. Por isso, é estruturante e prescritivo das atitudes, comportamentos e emoções de homens e de mulheres, sem, no entanto, ser fixo. Assim, na expressão desse rol estruturante que deve ser seguido, é que ao homem e à mulher são atribuídos o atestado de masculino e de feminino e o de como são exercidas suas sexualidades.

Ancorada numa perspectiva relacional de gênero, que toma por base a construção social do que é ser masculino e do que é ser feminino, num complexo de determinações e características culturais, familiares, grupais e individuais internalizadas ao longo da história de vida do sujeito, a masculinidade²⁴, aqui considerada, se constitui como um espaço simbólico. Nesse espaço, ocorre a circulação de certos valores, condutas e funções culturalmente partilhados e sobre os quais há a expectativa social de que sejam internalizados pelos homens para que estes sejam reconhecidos como tal e, por isso, estruturante e prescritivo quanto às atitudes, comportamentos e emoções desse

homem. Na expressão desse rol estruturante que deve ser seguido, é que ao homem é atribuído o atestado de masculino. É através das vivências interacionais masculinas que um consenso do que seja o masculino é continuamente reproduzido, modelando a conduta e os comportamentos dos agentes que reafirmam a estrutura da configuração social que o sustenta. Portanto, a compreensão do que é ser masculino e do que é ser feminino aparece como norma, como valores, percepções e representações que acompanham a vida dos sujeitos.

Welzer-Lang²⁵, em seus estudos sobre a construção do masculino, afirma que, como um produto de um duplo paradigma naturalista (e historicamente naturalizado), costuma emergir nas relações homens-mulheres, mulheres-mulheres e homens-homens ancorado em dois eixos: a dominação dos homens e a perspectiva heterossexuada do mundo. Ainda numa perspectiva relacional de gênero, Connel²⁶ – numa apropriação do conceito de hegemonia de Gramsci - define este modelo como “*a masculinidade que ocupa a posição hegemônica de um modelo dado de relações de gênero*” (p.11). E tece uma séria de dimensões que a caracterizam, tais como: a) ser definida com base na configuração de práticas genéricas que encarnam a resposta correntemente aceita ao problema da legitimidade do patriarcado, a qual garante (ou se toma para garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres; b) não está diretamente associada a ocupação de posições de destaque ou poder na hierarquia social, mas sim a uma masculinidade que encarna uma estratégia correntemente aceita; c) refere-se à dominação cultural na sociedade como um todo, que inclui uma relação de dominação não dos homens em relação às mulheres, mas também em relação a outros modelos de masculinidade que não a heterossexual; d) se coloca como um modelo imaginado, idealizado e desejado pelos homens, que interagem numa relação de cumplicidade com

o projeto hegemônico, a qual fortalece os padrões de relação com as mulheres e a hierarquia entre os gêneros, mesmo que nem sempre os homens consigam segui-lo plenamente o tempo todo; d) se apresenta como práticas generalizadas vividas em situações particulares, como expressão de um modelo estruturante das relações entre os gêneros; e e) não é um modelo fixo, não se expressa da mesma maneira sempre, nem em todas as partes.

Tais modelos, por serem produções culturais, podem se transformar segundo os movimentos culturais das sociedades das quais emergem. Por exemplo, alguns movimentos sociais que ocorreram nas últimas décadas do século passado, tais como o movimento feminista, deflagrado a partir da década de 70, e o movimento LGBT em defesa da diversidade sexual, dos anos 80, passaram a questionar as bases naturalistas em que se ancoram a perspectiva da dominação dos homens²⁷. Decorre disso, a relativização do que é ser homem atualmente, problematizando o modelo de masculinidade hegemônica num movimento que sinaliza a maior pertinência de um conceito mais plural, qual seja, o de masculinidades.

Dessa forma, outros sentidos atribuídos à masculinidade hegemônica que a associam à força e à imunidade podem estar relacionados a uma maior vulnerabilidade dos homens jovens à mortalidade por causas externas e à morbidade por incapacitação e lesões, dentre outros agravos derivados das agressões não-fatais, já que tais sentidos corroboram para uma maior exposição e enfrentamento a situações de risco e de violência vivenciadas por esses adolescentes e jovens.

Defendemos que um aprofundamento da compreensão dos modelos de masculinidade e feminilidade, que prevalecem na sociedade nas relações gênero, e a influência desses modelos no exercício da sexualidade por homens e mulheres

potencializam as instâncias de governo em sua capacidade de produzir e implementar ações e programas no campo da saúde pública, mais coadunados às formas do agir social produzido a partir das relações de gênero.

Com isso, as influências dos sentidos mais fortemente associados aos modelos de masculinidade e feminilidade impõem desafios para o campo das políticas públicas de saúde. Daí, ao longo de todo o seu percurso, o estudo operará sobre os conceitos de masculinidade e políticas públicas, ambos em articulação com a adolescência e a juventude, consideradas como um ciclo de vida.

Por sua vez, a adolescência e a juventude são aqui compreendidas como construções culturais e polissêmicas, social e historicamente diferenciadas. Rompe-se aqui com as ideias de uma etapa de vida “natural”, um processo universal pelo qual todos passam, alguns num curso considerado “normal”, outros, desviantes, sendo o desvio atribuído a algo da essência individual. Mesmo num curso considerado normal, as alterações fisiológicas experimentadas nesse momento da vida confeririam a qualidade de “fase difícil”, característica da transição entre a infância e a vida adulta^{28,29}.

Defendemos o entendimento dessas categorias – masculinidade/adolescência/juventude – como sobredeterminadas, como produções sociais permeadas por processos de significação culturais e por outras dimensões e aspectos, tais como, gênero, raça, classe social, etc, caracterizadas, portanto, por uma pluralidade de sentidos que inserem o adolescente e o jovem numa teia de relações, exercendo, assim, constrangimentos e digressões, movimentos e demandas, trajetórias e possibilidades que definem sua posição de sujeito no tecido social.

O recorte etário notadamente utilizado pelas ciências biológicas, jurídicas, políticas, bem como frequentemente adotado pelas políticas de proteção e cuidado desse segmento populacional se apresenta como uma estratégia de “linha de corte”, de sedimentação de critérios de inclusão/exclusão para a aplicação de normas, de controle social, de construção de conhecimento de certas especialidades, de destinação orçamentária, de orientação das ações políticas e práticas sociais.

A polissemia associada a esses termos expressa a arbitrariedade/flexibilidade da dinâmica das construções histórico-culturais que favorecem a emergência de um modelo atribuído à adolescência e à juventude, que produz efeitos e influência nos indivíduos encarnados, na legitimação do lugar social desses adolescentes e jovens em suas constelações relacionais e na configuração das trajetórias de vida possíveis a eles.

Concordamos ainda com outros autores que afirmam que os adolescentes e jovens, para o alcance do pleno exercício de seus direitos e deveres, devem ser reconhecidos como sujeitos produtores de cultura^{29,30} e de intervenções sociais de primeira ordem. Em outras palavras, reconhecidos em suas diferenças e capacidades singulares e não subordinados a uma visão e a valores adultocêntricos. Um outro olhar sobre a adolescência e a juventude que considere as ações por ela produzidas³¹ como transformadoras da dinâmica social. Um novo olhar que legitime, por um lado, a alteridade e diferença³² dos adolescentes e jovens e, por outro, os inclua nas tomadas de decisão a respeito de suas próprias trajetórias de vida e na participação política social pela valorização de seus posicionamentos e capacidades de afetar a sociedade³³.

1.5.2 – Políticas públicas

Os estudos de Ernesto Laclau e Chantal Mouffe têm contribuído com uma nova abordagem para a compreensão do social e para o pensamento político, posto que elaboram uma crítica a certas tradições teóricas que se pautam nas ideias de sociedade como uma totalidade, da política centralizada em um poder central, da identidade como essência e do sujeito como unitário.

Para Mouffe³⁴, a modernidade se define por sua dimensão política, “*porque é aí que as relações sociais se formam e são simbolicamente ordenadas*”(p.24), inaugurando uma nova linhagem de pensamento acerca das sociedades contemporâneas, a partir do advento da revolução democrática. Segundo esses autores, as sociedades contemporâneas democráticas se caracterizam por novos movimentos sociais engendrados por uma multiplicidade de posições de sujeitos que convergem a um só agente ou que, na trama de relações sociais, podem se transformar num foco de antagonismo, de lutas entre diferenças.

“Para conseguir pensar hoje politicamente e compreender a natureza destas novas lutas e diversidade das relações sociais com as quais a revolução democrática ainda tem de contar é indispensável desenvolver uma teoria do sujeito como um agente descentrado e não total, um sujeito construído no ponto de intersecção de uma multiplicidade de posições subjetivas, entre as quais não existe uma prioridade ou relação necessária e cuja articulação é o resultado de práticas hegemônicas. Consequentemente, nenhuma identidade é alguma vez definitivamente estabelecida, havendo sempre um certo grau

*de abertura e de ambigüidade na forma como as diferentes posições de sujeito são articuladas” (p. 26)*³⁴.

Laclau e Mouffe defendem a ideia do social como uma articulação discursiva, dado que a sociedade pensada como um processo que conduziria a instituições que promoveriam o fim das diferenças e a extinção dos antagonismos é uma impossibilidade. O esforço pela construção da sociedade como um objeto impossível é o que Laclau e Mouffe denominam política³⁵.

Partilhamos esse pensamento por defendermos que a política é a própria base de análise do social, compreendida como articulação de diferenças expressas por uma discursividade que tenta estabelecer uma relação contingente entre o particularismo e o universalismo, num esforço pela diluição das diferenças. Partilhamos, ainda, da ideia de que as identidades na contemporaneidade são multifacetadas, fragmentadas, abertas, influenciadas por outras e sobredeterminadas, sendo, portanto, fluidas e impermanentes.

Em nosso estudo, os sentidos da masculinidade no texto da PNAISAJ estão sendo compreendidos e operados a partir da perspectiva da Teoria do Discurso de Ernesto Laclau, por considerarmos a masculinidade como uma dimensão identitária sobredeterminada, ou seja, perpassada por processos identificatórios inconscientes e interseccionados. A compreensão de sentido nesta teoria se pauta em duas referências basilares³⁶: a primeira, a do uso social da linguagem, e a segunda, o campo disciplinar da sociedade. Para Laclau, não se pode acessar a realidade senão pela mediação do sentido, aqui compreendido como constitutivo da realidade. Não se trata aqui do sentido tomado como a vontade do sujeito, mas, sim, uma produção social regulada por regras socialmente construídas, uma normatividade que deve ser cumprida, uma invenção de demandas de sujeitos.

Para Laclau, em sua Teoria do Discurso, sentido é pensado como um sistema de regras acatadas socialmente, a partir de formações discursivas. Tais formações, por sua vez, emergem de um conjunto heterogêneo de discursos, de regras de produção de sentidos hegemonizados por um discurso dentro dessa heterogeneidade. Aqui, deve-se compreender discursos não como palavras, frases, mas sim como a articulação física e significativa de um fenômeno, constituindo-se numa unidade complexa de sentido e de ações, expressão material e indissociável dos sentidos dessa unidade complexa. São, portanto, práticas de significação³⁷.

Com isso, podemos pensar que o social se constitui pela sobredeterminação de acontecimentos, por múltiplas formas de ações expressas em múltiplas “verdades”. A noção do social em Laclau perpassa pela ideia de ações significativas engendradas por sujeitos, organizados de maneira ora mais ora menos articuladas, num espectro de possibilidades contingentes e precárias, posto que provisórias.

As formações discursivas resultam de práticas de articulação nas quais elementos diferentes – particularismos - estabelecem entre si uma relação de sentido que os converge em torno de um ponto nodal, de um traço comum. Em nosso estudo, identificamos esse ponto nodal, que seria a proposta da PNAISAJ, como o reconhecimento da adolescência e da juventude em sua diferença e direitos no campo da atenção básica em saúde. Daí, nossa escolha em acessar os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude masculinas por meio desse texto e pelo acervo de narrativas dos atores participantes da elaboração dessa proposta política.

Outro conceito central à teoria do Discurso de Laclau é a concepção de hegemonia. Laclau³⁸ denomina como hegemonia a operação em que um particularismo é inserido numa constelação de relações heterogêneas, por práticas de articulação e pelo

compartilhamento de traços associados ao ponto nodal, ao qual os demais particularismos também se remetem, se reconhecem. Essa operação produz um discurso para, mesmo que temporariamente, manter a unidade da heterogeneidade, ao que Laclau define como momento – uma dispersão que, provisoriamente, por cadeias significativas, se configuram como uma unidade, uma “totalidade”. A lógica de articulação de elementos diferentes emerge pela identificação de algum sentido entre esses diferentes elementos, em torno de um ponto nodal para o qual convergem as demandas imanentes de cada particularidade.

A configuração das sociedades contemporâneas demarca fronteiras sensivelmente instáveis entre sujeitos, grupos e identidades, uma vez que as demandas dos particularismos são dinâmicas e provisórias. Isto porque os processos identificatórios na contemporaneidade são estabelecidos a partir de um exterior constitutivo em relação a uma interioridade que produz marcas de reconhecimento. Essa exterioridade pode ser nomeada como o outro do qual se difere, o adversário do qual nos distinguimos, o inimigo que nos ameaça, constituindo campos de conflito, de antagonismos/agonismos. Pelos conflitos – antagonismos/agonismos - é que se conformam os deslocamentos e condensações de sentidos das disputas de significação na arena social.

A noção de hegemonia defendida por Laclau³⁹ ocorre quando um discurso consegue aglutinar demandas diferenciadas emanadas por particularismos excludentes, dispersos e em disputa no social, num esforço de ordenação e suspensão dos antagonismos; a hegemonia ocorre quando um particularismo consegue suportar em si a significação de um universalismo para o qual se remetem todas as demandas das diferenças.

A noção de significante vazio, desenvolvida por Laclau, é condição para a compreensão do seu conceito de hegemonia, que diz respeito a “*um esvaziamento de um significante particular de seu significado diferencial*”(p. 75)³⁹. Com isso, toda disputa por hegemonia presume um caráter ambíguo e contraditório, visto que toda luta concreta é cindida: (a) num primeiro sentido, todo particularismo demarca no campo dos conflitos seu caráter de oposição e sua diferença na reivindicação de sua demanda específica frente às disputas com as demais demandas e reivindicações, estabelecendo seu posicionamento no contexto de luta em que se insere; e (b) num segundo sentido, para ganhar força e alçar a uma posição de hegemonia, um particularismo participa de uma cadeia de equivalências na qual toda uma série de reivindicações de particularismos diversos também participa, se aglutina, amalgama em antagonismo ao sistema que é reconhecido como uma exterioridade, como um outro, uma negação do “nós”.

Assim, todo particularismo, ao se submeter a uma cadeia de equivalências, ao mesmo tempo que afirma sua singularidade, a anula, mesmo que provisoriamente. E a anulação que expressa uma renúncia necessária de seus antagonismos para alçar a posições mais ampliadas de poder e representação.

“É importante observar que, como temos assinalado, se a função dos significantes diferenciais é renunciar à sua identidade diferencial de forma a representar a identidade puramente equivalencial de um espaço comunitário, eles não podem construir essa identidade equivalencial como algo pertencente à ordem das diferenças.” (p. 74)³⁹.

A representação de uma identidade puramente equivalencial é o que produz a emersão de significantes vazios, compreendidos como significantes de uma falta – a

“universalidade” impossível -, de uma totalidade que expresse todas as diferenças, que converta todos em iguais.

As disputas pela representação política dos universalismos expressam as transformações de conteúdos particulares em direção a um ponto nodal que tenha a possibilidade se converter em um significante vazio, ou seja, um significante parcialmente significado e não inteiramente esvaziado. Esse significante vazio, por sua vez, através de equivalências sucessivas, condensará em si conteúdos singulares e identificados como representações das múltiplas diferenças em luta por uma ordem comunitária ausente: a impossibilidade constitutiva de uma sociedade sem diferenças.

“Os novos direitos que hoje são reclamados são expressões de diferenças cuja importância só agora começa a ser afirmada e deixaram de ser direitos que possam ser universalizados. A democracia radical exige que reconheçamos a diferença – o particular, o múltiplo, o heterogêneo -, tudo o que, na realidade, tenha sido excluído pelo conceito abstrato de homem. O universalismo não é rejeitado, mas particularizado; o que é necessário é um novo tipo de articulação entre o universal e o particular.” (p. 27)⁴⁰.

Assim, os processos que permeiam a construção de uma política pública, em nosso caso no campo da saúde, emergem de forças de demanda e de articulação^{40, 41} de atores sociais que participam da produção de uma multiplicidade de discursos sobre a masculinidade, a adolescência e a juventude. Dos consensos possíveis, tais discursos, compreendidos como práticas sociais, se convertem em textos políticos como expressão dos sentidos mais fortemente associados e definidores do que socialmente é legitimado

como masculinidade, adolescência e juventude, num esforço pela contenção desses sentidos de forma mais permanente.

Cumpramos ressaltar, no entanto, que tais expressões não passam de esforços, posto que os consensos que influenciam as definições constantes nos textos políticos são de caráter provisório e de uma hegemonia transitória, já que, como expressões de práticas sociais, serão constantemente matéria da salvaguarda social, a qual se remetem. Assim, ingressarão em arenas sociais, permeadas pela cultura, num contínuo jogo de disputas de significação que, por sua vez, produzirão novas demandas e forças de articulação, de onde o que diminutamente é ansiado por certos grupos sociais – particularismos – engendram outros circuitos de influência para se tornarem ideais mais fortemente legitimados socialmente – universalismos.

“Na realidade, porém, somos sempre sujeitos múltiplos e contraditórios, habitantes de uma diversidade de comunidades (na verdade, tantas quantas as relações sociais em que participamos e as posições de sujeito que elas definem), construídos por uma variedade de discursos e precária e temporariamente cerzidos na intersecção dessas posições de sujeito.” (p. 36) ⁴².

Ainda nos apoiando na Teoria do Discurso de Laclau, propomos uma aproximação dos conceitos e das produções teóricas nela constantes a outro conceito central em nossas análises que versa sobre a questão das políticas públicas para o campo da saúde do adolescente e do jovem.

Como já afirmado anteriormente, compreendemos que uma multiplicidade de discursos participa da construção das políticas como expressões legitimadas e legitimadoras de disputas de significação na arena cultural.

Intencionamos, com isso, nos aproximar do conceito de cultura desenvolvido por Hall⁴³, que a considera como um conjunto de sistemas ou códigos que dão sentido as nossas ações, identificando as práticas sociais como práticas de significação e, como tal, não só definidoras dos significados dos objetos, das coisas, mas também de certo sistema de codificação, ordenação e regulação de modos de agir em sociedade. Tal sistema também é capaz de forjar identidades sociais e constituir sujeitos, na medida em que tais identidades e subjetividades se derivam de processos discursivos e dialógicos, os quais possibilitam nos situarmos e nos movimentarmos na interioridade das definições fornecidas pelos discursos culturais. Assim, toda prática social depende e tem relação com o significado.

Para além da questão da significação como um processo pelo qual objetos são construídos e passam a tomar parte do repertório social, a construção do conhecimento sobre algo produz, portanto, efeitos de regulação, de controle e de definição da posição dos sujeitos na arena social. Constitui-se, em última análise, em processos de subjetivação/objetivação, inclusão/exclusão.

Consideramos, em nossas análises, as práticas políticas como parte das políticas culturais, nas quais podemos analisar tanto a resistência quanto os esforços para a legitimação de certos sentidos que participam das disputas pela significação, disputas essas deflagradas nas lutas pela hegemonia dos interesses dos diversos grupos sociais envolvidos.

Ao tomarmos por base essa argumentação, a análise dos sentidos circulantes nos discursos das políticas públicas para a promoção da saúde e do cuidado de si dos adolescentes e dos homens jovens nos parece fundamental para a compreensão dos esforços para a diminuição dos níveis de morbimortalidade desse segmento

populacional, posto que tais políticas podem estar tão deslocadas dos traços identitários relacionados à adolescência e à juventude masculinas que não atingem a população a que se referem.

Pretendemos, ainda, trazer para o debate o conceito de comunidades epistêmicas⁴⁴ como um componente explicativo à emergência de certas lógicas (por vezes, distintas) nas proposições políticas aqui analisadas.

Dessa forma, consideramos que o grupo de sujeitos entrevistados nesta pesquisa se configura como uma comunidade de especialistas que foram reconhecidos pela Área Técnica da Saúde dos Adolescentes e Jovens, do Departamento de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde, como detentores de um conhecimento técnico, experiencial e de manejo, acerca de múltiplos aspectos que impactam nos índices de morbimortalidade dessa população, sendo situados num lugar político de influência. Retomando Laclau, uma comunidade epistêmica se inscreveria em posições de sujeitos de influência nas formações discursivas. Assim, compreendemos tais comunidades como:

“rede de profissionais com especialistas reconhecidos e competentes num domínio particular e com uma autoridade legitimada em termos de conhecimento politicamente relevante associado àquele domínio ou área de conhecimento” (p.26)⁴⁵.

Uma comunidade epistêmica pode ser reconhecida pela característica de consenso em torno de uma *“normatividade, de crenças casuais e noções de validação”* e de um *“empreendimento político comum”*(p.24)⁴⁶. Tais comunidades guardam forte relação entre a legitimação de saberes por elas emanados e redes de poder que se constituem a partir da promoção de um regime de verdade que se institui e é instituído por esse saber⁴⁷. Cumpre destacar ainda o gradiente de influência dos sujeitos e/ou de

grupos em um maior ou menor grau, tanto na esfera de produção de políticas quanto no interior das próprias comunidades epistêmicas.

Com isso, ao compartilharem interesses no campo de conhecimento do qual participam e no qual são socialmente reconhecidos e valorizados, tais grupos tomam por base tal conhecimento para a produção de políticas⁴⁸. Os textos políticos expressam, portanto, a legitimidade e a valorização de saberes socialmente normatizados e produzidos por tais comunidades.

Relacionamos a participação das comunidades epistêmicas à metodologia utilizada para a construção dos textos políticos voltados para a população adolescente e jovem masculina, expressa na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que parte de um convite a diversos atores sociais, que, mesmo inseridos em lugares muito distintos socialmente, se reúnem em torno de um campo de conhecimento comum – o saber acerca do adolescente e homem jovem. Destacamos que os membros de tais comunidades frequentemente atuam em diferentes espaços de interlocução e legitimação sociais, potencializando a circulação de sentidos acerca do conhecimento do qual são produtores⁴⁸.

Dos debates e consensos resultantes dessa participação se consolidaram as proposições dos textos norteadores dessa política e, no escopo dessa participação, pudemos observar a atuação dessas comunidades.

1.5.3 – Outras mediações teóricas: conversações com Pierre Bourdieu, Georg Simmel e Axel Honneth.

Ao longo da análise do material empírico da pesquisa, outras temáticas emergiram para além das questões dos sentidos da masculinidade num sentido estrito.

Observamos, a partir das narrativas dos atores participantes do campo, que a masculinidade ganhava novos contornos quando encarnada, quando vivenciada pelos adolescentes e homens jovens, não podendo mais ser dissociada da questão do ciclo de vida, das experiências de pertencimento a uma geração e dos processos de socialização dos adolescentes e homens jovens.

Este amálgama masculinidade/ciclo de vida da adolescência e juventude, também pode ser observado quando na análise da masculinidade nas Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde dos Homens – PNAISH - e à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ, como apresentado no texto do primeiro artigo intitulado “Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade”. Isso porque os sentidos atribuídos à masculinidade são distintos e a compreensão desta difere quando em associação a ciclos de vida diferenciados.

Diante dos novos elementos que emergiram a partir das narrativas dos atores participantes da elaboração da proposta da PNAISAJ, acionamos outros teóricos com os quais estabelecemos os esforços necessários a uma maior compreensão e aprofundamento dos inusitados achados do campo. Todos os autores com os quais dialogamos guardam entre si uma mesma perspectiva epistemológica, qual seja, tomam parte de uma linhagem teórica pautada no compreensivismo/interacionismo simbólico⁴⁹.

O primeiro autor ao qual recorreremos foi Pierre Bourdieu^{50,51}, com sua interpretação das configurações sociais pela perspectiva relacional, permeadas pela legitimação do papel, do lugar posicional e dos saberes e práticas dos sujeitos sociais. Configurações sociais estas sempre permeadas pela questão do poder simbólico que influencia na legitimação maior ou menor do lugar ocupado por esses sujeitos sociais.

O poder simbólico inserido num mecanismo de distribuição e organização do poder nas relações sociais nos ajudou a compreender como toda a mobilização para a construção do projeto de construção do texto político relacionado à proposição de uma política de Estado de atenção básica à saúde dos adolescentes e jovens não conseguiu ser legitimada por esferas políticas e instituidoras de ações governamentais de amplo escopo nacional.

A despeito de sua abordagem, considerar o campo do simbólico como uma estrutura internamente organizada, diferindo das elaborações teóricas mais recentemente desenvolvidas por Laclau, Bourdieu nos oferece um escopo teórico que considera a função política da cultura. A cultura compreendida como um sistema simbólico que inculca, produz esquemas de interpretação da realidade, produz relações de sentido referidas e determinadas por relações de forças, fundantes de um sistema de dominação ou subordinação.

Considera, em suas análises, o papel das representações que os agentes sociais ocupam e em que condições se formam e, consecutivamente, se estabelecem, se mantêm ou transformam. Aspectos estes que participaram de nossas considerações analíticas desenvolvidas no segundo artigo proposto intitulado “Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ”.

Com relação aos dois outros autores – Georg Simmel e Axel Honneth -, buscamos estabelecer interlocuções no último artigo proposto, intitulado “Adolescentes e jovens: do debate sobre a dupla invisibilidade à luta pelo reconhecimento”, por seus estudos serem atentos às relações intersubjetivas como produtoras de construções identitárias e considerarem a questão dos afetos nelas constantes. Tal

dimensão emergiu das narrativas dos atores como associada à questão dos processos de socialização dos adolescentes e jovens na construção de suas identidades e busca pelo reconhecimento de suas diferenças e valorização de suas singularidades.

E este aspecto os aproxima de Ernesto Laclau, dado que, em sua Teoria do Discurso, o autor se baseia na ideia central de hegemonia que, como já dissemos anteriormente, é a capacidade de um discurso condensar em si demandas diferenciadas, a partir do esvaziamento de suas demandas particulares. Ao incorporar demandas de várias origens e reivindicações, os particularismos, as diferenças se reconhecem nesse discurso.

Tal operação central para a compreensão das lutas e representações políticas contemporâneas consiste na apropriação feita em Laclau de alguns conceitos da Teoria Psicanalítica de Jacques Lacan e, aqui, especificamente, do conceito de identificação.

Para esses três autores – Laclau, Simmel e Honneth –, é a partir de processos identificatórios que se constituem os sujeitos sociais. Cumpre destacar que tais processos não operam somente em instâncias materiais ou em processos racionais nas relações intersubjetivas, mas na dimensão dos afetos.

Georg Simmel^{52,53} parte da concepção de que o social é estabelecido por processos relacionais dinâmicos, constituindo um todo relacional. A socialização se dá, portanto, numa rede de interações, e as diferentes modalidades de interação são consideradas como formas de socialização, em outras palavras, de inserção, de reconhecimento de sua singularidade e autonomia na sociedade.

A noção de mundo lúdico se constitui como uma das estratégias que possibilitam o indivíduo interagir e construir seu pertencimento ao grupo. Tais estratégias podem se expressar de diferentes maneiras, afetando e transformando de forma mais ou menos

intensa o social, podendo inclusive deflagrar conflitos. Para Simmel, o conflito é um motor das relações, sendo uma das possibilidades das interações sociais.

Para esse autor^{52, 53}, qualquer modalidade de interação deve ser considerada como uma forma de socialização que se dá entre os indivíduos, como um complexo de possibilidades sem contornos, como forças, como conteúdos. Dessas interações emergem impulsos que, através da busca de certas finalidades, promovem uma gradual modelagem dos conteúdos individuais. Essas interações - ou elementos de sociação - podem ser diferenciadas em conteúdo e forma, onde cada indivíduo exerce efeitos sobre os demais e vice-versa. Os processos de socialização são dinâmicos e complexos, reconfigurando-se continuamente.

A estabilidade dessas interações está intimamente relacionada à formação de unidades a partir da conjunção desses impulsos e finalidades individuais com os outros – a esses impulsos e finalidades, que são de ordem íntima e individual, Simmel denomina de conteúdo da sociação. A maneira com tais impulsos, interesses e finalidades se expressam são chamados de forma. Nos processos de sociação, portanto, o indivíduo, ao interagir com outros, estabelece um certo modo de dar forma a seus impulsos que, em razão de seus interesses em realizá-los, se desenvolvem numa constante negociação entre forma e conteúdo, onde o conteúdo deve ser expresso segundo uma forma socialmente acatada e legitimada. Tal processo é compreendido por Simmel⁵³ como uma *forma lúdica de sociação*, um jogo de regras que devem ser partilhadas e cumpridas - formas da sociação -, estabelecidas pelo grupo ao qual se pretende referenciar, estabelecer-se, situar-se, realizar-se – conteúdo da sociação.

Axel Honneth, outro teórico com o qual diálogos foram elaborados, centra seus estudos numa interpretação dos processos sociais pela ótica do reconhecimento

intersubjetivo como uma via privilegiada de inserção dos indivíduos e grupos na sociedade contemporânea.

A noção de reconhecimento em Honneth^{5, 55, 56} se pauta na formulação de que os sujeitos se formam a partir de suas interações na busca pelo reconhecimento por seus pares. É por meio desse reconhecimento de pares que o sujeito garante sua autorrelação e realização de suas capacidades. A busca do reconhecimento se dá pela mediação de uma certa moralidade, uma certa normatividade entre os pares que produzem o reconhecimento intersubjetivo. O reconhecimento está relacionado a uma tríade básica^{54, 55, 56}: autorrealização, autorrespeito e autoestima. Essas três dimensões são constituintes da condição de sujeito e de sua autonomia, na formação de sua identidade. Além disso, a busca por reconhecimento favorece certas práticas e representações compartilhadas entre os sujeitos do grupo.

As formas de reconhecimento são alcançadas por meio de alguns princípios integradores, quais sejam: (a) a autorrealização por ligações afetivas fortes; (b) o autorrespeito pelas relações de direito; e (c) a autoestima orientada por valores relacionados à solidariedade.

A primeira seria mediada pelo amor, sendo mais primeva e fundamental à formação da personalidade do sujeito. Tomando por base os estudos acerca da gênese do psiquismo infantil de Donald Winnicott, explica-se o desenvolvimento da autoconfiança a partir do cuidado e da relação de dependência entre a criança e a mãe (ou outro que assume a função da maternagem). Para Honneth, o amor é condição para a autoconfiança, sendo esta, por sua vez, necessária à construção e conservação da identidade individual. A partir da autoconfiança, o indivíduo forma as bases para a

consecução de seus projetos de independência e autonomia que levaria à autorrealização, princípio integrador da experiência mais elementar de reconhecimento.

A segunda seria baseada em princípios legitimados como universais nas sociedades modernas e sobre os quais o campo do Direito atua com vistas à luta por uma equidade entre os sujeitos. Para Honneth, somente quando os diferentes reconhecem a alteridade do outro e sua integração a uma comunidade a partir do partilhamento de direitos e oportunidades é que os indivíduos se tornam sujeitos autônomos. Com a autonomia, a pessoa consegue desenvolver os sentimentos de autorrespeito, segundo princípio integrador do reconhecimento.

Por fim, os valores da ordem da solidariedade, que ultrapassam as questões de uma moral já conquistada pelas lutas sociais já estabelecidas pelo campo do Direito, evocam o reconhecimento de universalidades. Esses valores permitem ultrapassar a questão da luta pela equidade, possibilitando o reconhecimento das idiosincrasias e das diferenças entre os sujeitos, sem a homogeneização da humanidade inteira a sujeitos de direito – o particular; o singular se expressa do coletivo. A solidariedade estabelece uma eticidade que permearia todas as relações sociais num pluralismo de valores. Estas seriam as condições necessárias para o desenvolvimento da autoestima – princípio integrador mais complexo e ulterior dos processos de reconhecimento.

Os conflitos sociais seriam desencadeados, portanto, pelo desrespeito às formas de reconhecimento que levariam os indivíduos não reconhecidos/excluídos a travar embates, disputas, lutas para alcançarem relações intersubjetivas de reconhecimento.

Os diálogos construídos entre os achados narrativos de nossa pesquisa e os autores Georg Simmel, que nos favoreceu a compreensão da relação dos sentidos atribuídos à masculinidade aos processos de socialização dos adolescentes e homens

jovens; e Axel Honneth, com sua teoria acerca da luta pelo reconhecimento como categoria explicativa dos processos de interação, de conflitos sociais e de construção de identidades, constituem os resultados das análises apresentadas no último artigo proposto.

1.6 - Metodologia

1.6.1. Princípios epistemológicos

O estudo proposto tomou por base uma abordagem de pesquisa qualitativa que se configura como um conjunto de práticas interpretativas que busca investigar os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fenômenos e o conjunto de relações nos quais se inserem⁵⁷. Partimos do pressuposto de que os sentidos subjacentes aos textos políticos e às narrativas dos protagonistas partícipes da construção dos referidos textos, os quais foram analisados, são contextualizados e, portanto, que essa contextualização deve ser considerada necessária para sua compreensão.

Adotamos o método hermenêutico-dialético para a pesquisa, compreendendo essa opção para além de uma escolha metodológica, mas como uma proposta de desconstrução do olhar daquele que pesquisa, para que se dê lugar, no diálogo com o outro, a novos sentidos, novas “verdades”. O método hermenêutico-dialético tem um efeito dual de desconstrução/construção, estranhamento/familiaridade, sujeito/objeto. Minayo⁵⁸ afirma que o método não se reduz a um “como fazer”, mas a um “como pensar”.

Concordamos com Minayo⁵⁸ ao compreendermos a hermenêutica como uma postura, uma atitude de investigação, um lugar, uma intenção do pesquisador em sua ação de pesquisa; uma atitude que permite a emersão de uma consciência histórica,

entendida como “capacidade de colocar-se a si mesmo no lugar do outro”. O pesquisador se debruça sobre as marcas da experiência humana expressas em textos considerados, de uma forma bem ampla (livros, narrativas, depoimentos, documentos, etc), como registros da experiência humana, do outro ou de si. A hermenêutica, como arte da compreensão de textos, sempre se apresenta mediada pela linguagem.

Tomando por base o pensamento do filósofo Gadamer, Minayo⁵⁸ elucida que o compreender parte do fato de que o sentido que emerge do peculiar resulta do contexto de que toma parte, o que impõe ao pesquisador uma lógica circular, onde haja um trânsito permanente do individual para o contexto, do todo para o peculiar num movimento que sempre incorrerá na ampliação do todo, do contexto, com a possibilidade de inclusão de outras peculiaridades - é um movimentar-se entre polos, com a intenção de compreender, paradoxalmente, algo que sempre estará inacabado porque em movimento.

Diante disso, a compreensão proposta pelo método hermenêutico, como exercício da individualidade do pesquisador, também é limitada. A leitura que resulta na investigação científica sempre será a leitura possível em relação ao contexto e às condições históricas em que se realiza.

O eixo dialético do método diz respeito à compreensão de cada coisa como um processo, um tornar-se. Nos processos há encadeamentos não lineares ou circulares, em que os acontecimentos não se repetem, cada coisa traz em si sua negação, seu contrário e, por fim, o reconhecimento da interpenetração da quantidade/qualidade, posto que nos processos de transformação a realidade sempre se expressa tanto qualitativa quanto quantitativamente, de maneira interdependente.

Assim, partimos da hermenêutica como base para a compreensão do sentido da comunicação humana, usando a linguagem como forma de operar a intersubjetividade e o entendimento, e a dialética como base para a comunicação humana e para as relações sociais produzidas historicamente, de forma dinâmica, antagônica e contraditória entre classes, grupos e culturas, as quais se potencializam por complementação quando justapostas.

1.6.2. Definição do campo e dos sujeitos do estudo

A seleção dos protagonistas partícipes da construção dos textos políticos toma por base a pesquisa sobre os universos familiares⁵⁹. O pesquisador partiu de um informante-chave que atuou de forma central no processo de construção do texto político da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, e que indicou outros informantes, assim acontecendo sucessivamente. A instituição eleita como disparadora da construção dessa amostra intencional foi o Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF, por se constituir não só em instituição de referência no atendimento a adolescentes, cuja equipe de profissionais de saúde inclui atores que participaram da formulação da PNAISAJ, mas também por estar localizada na mesma cidade de atuação do pesquisador, a cidade do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão consistiram na escolha de atores sociais participantes das etapas de discussão e/ou de elaboração promovidas pelo Ministério da Saúde, especificamente voltadas para a construção do texto político que foi submetido à consulta pública ou, em sua última proposição, à Comissão Tripartite (instância na qual a proposição do texto político não foi promulgada), e que façam parte, ou tenham feito,

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.

Tais critérios se justificaram por, primeiro, circunscreverem os sujeitos a uma mesma delegação institucional – a de participação da construção do texto político, o que favorece que esses atores tenham experienciado condicionantes institucionais comuns. Foi considerada a possibilidade da coleta de narrativas através de outros meios que não a da entrevista presencial, em que o pesquisador elabora a entrevista de forma direta ao sujeito de pesquisa, tendo em vista parte dos informantes residir em áreas distanciadas daquelas do pesquisador. Apesar disso, todas as entrevistas realizadas foram presenciais.

As análises das narrativas que participaram da amostra seguiram os critérios de Minayo⁶⁰, segundo os quais: 1) devem ser escolhidos por deterem os atributos relacionados ao que se pretende estudar; 2) devem ser considerados em número suficiente para que se possa ter reincidência das informações; 3) suas inclusões sucessivas devem ser consideradas até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

Por fim, foram realizadas 15 entrevistas, sendo interrompido o recrutamento de outros sujeitos com base nos critérios de amostragem qualitativa que considera essa possibilidade de cessação diante da saturação tanto das indicações dos sujeitos, quanto pela reincidência de temas⁶¹.

1.6.3 - Técnicas de produção do acervo.

A narrativa dos protagonistas partícipes da construção dos textos políticos analisados 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 Bauer⁶².

A construção dos dados foi realizada a partir de questões-chave desencadeadoras da narrativa, a saber:

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

Seguindo as recomendações de Jovchelovitch e Bauer⁶², foram realizadas as seguintes fases da entrevista-narrativa:

- 1^a) Inicia-se o encontro com o informante a partir da explicação do contexto da investigação em termos amplos. A seguir, solicita-se a permissão e a autorização para gravar a entrevista, explicando, de forma breve, o procedimento, a partir do que, enunciada uma questão-chave, desencadeará a narração sobre a temática proposta.

- 2ª) Iniciada a narração, esta não deverá ser interrompida até que haja uma clara indicação (“coda”), significando que o entrevistado se detém e dá sinais de que a história terminou. Quando o informante indicar o coda no final da história, poderá ser perguntado se há mais alguma coisa que ele gostaria de dizer.
- 3ª) Quando a narração chegar a um fim “natural”, surge a fase de questionamento. As perguntas que foram formuladas com base no interesse da pesquisa – questões exmanentes – deverão ser traduzidas em questões imanentes – temas, tópicos e relatos de acontecimentos que surgiram durante a narração - com o emprego da linguagem do informante, buscando completar as lacunas da história.
- 4ª) No final da entrevista poderão acontecer discussões interessantes na forma de comentários informais que poderão ser importantes para a interpretação da narração no seu contexto. Para o registro de tais fontes, será utilizada a continuidade do uso do gravador e o recurso do diário de campo.

1.6.4 - Corpos de Análise

A análise e a interpretação das informações se basearam em dois corpos analíticos.

O primeiro deles se refere a documentos nacionais voltados para a promoção da saúde do adolescente e de homens jovens, a saber: 1) a proposta preliminar não promulgada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ⁶³, resultado das oficinas e seminários realizados pela Área de Saúde do

Adolescente e do Jovem, do Ministério da Saúde, ao longo do ano de 2005; 2) as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde⁶⁴; 3) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH⁶⁵; e 4) os Princípios e Diretrizes da PNAISH⁶⁶. O primeiro texto não se constitui numa política que norteie toda uma agenda de ações e programas para a implementação de seus objetivos e metas, já que não foi promulgado. O segundo texto político se caracteriza por recomendações aos gestores e profissionais do campo, propostas pela Área Técnica relacionada à Saúde do Adolescente e do Jovem, no Ministério da Saúde, por se constituírem em Diretrizes e não em Política Nacional. Os dois últimos textos políticos são norteadores da agenda de ações e programas promovidos pelo Ministério da Saúde, no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para a área da saúde do homem nessas esferas.

O segundo corpo de análise foi composto pelo acervo de narrativas de atores sociais participantes da elaboração da proposta da PNAISAJ que foram entrevistados.

1.6.5 - Análise dos discursos oficiais e das narrativas.

Analizamos os sentidos emergentes sobre a masculinidade e os cuidados de saúde do adolescente e do homem jovem a partir das narrativas obtidas e das instâncias de governo oficiais. Sentidos que, nessas instâncias, estão expressos nos textos das políticas públicas relacionadas à saúde e ao cuidado do adolescente e do homem jovem, e, naquelas, através da identificação de núcleos de sentidos díspares e comuns identificados entre os achados obtidos das narrativas.

Em relação ao primeiro corpo analítico, nossas análises se pautaram na análise documental, tal como sugerida por Severino⁶⁷, em que elementos centrais foram

identificados e comparativamente associados a outros elementos centrais de outros documentos, num processo de análise intra e intertextual e com o escopo teórico que subsidiou as análises. Leituras em profundidade de outros textos de agências de coordenação internacionais, de artigos científicos referenciados nos próprios documentos oficiais da política e de outros obtidos na Biblioteca Virtual *Scielo* foram realizadas com a finalidade de apreendermos o contexto em que tais produções políticas emergiram. Os resultados das análises dos textos políticos aqui referenciados estão apresentados no primeiro artigo intitulado “Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade”.

Em relação ao segundo corpo analítico, as análises do primeiro grupo de narrativas - 8 narrativas - seguiram os princípios propostos por Gomes e Mendonça⁶⁸, com a seguinte sequência:

- (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 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 com os referenciais teórico-conceituais.

Da sistematização desse primeiro conjunto de narrativas obtidas do campo, numa etapa que ainda não se apresentava em saturação, foram obtidos resultados parciais de pesquisa, constantes no segundo artigo proposto. Nele, é apresentada uma interpretação das lógicas e disputas pela formulação da proposta de uma PNAISAJ, que não conseguiu afetar, de maneira mais ampliada, atores políticos estratégicos para a sua promulgação, não sendo, portanto, legitimada como uma política de Estado. Naquele momento, esse desfecho do texto político proposto surpreendeu os pesquisadores, posto que provocou inflexões inéditas nas análises do processo político como um fim e não como um meio para a compreensão dos sentidos sobre a adolescência e juventude masculinas, tal como declarado nas intenções da pesquisa. A ausência da Política Nacional ganha uma centralidade inesperada. Escolhemos nos deter diante desse inusitado movimento de não legitimação da proposta política, por entendemos que a sua não promulgação expressa uma compreensão sobre os adolescentes e jovens como sujeitos de direito e seu lugar social.

Depois, num trabalho de campo mais avançado, onde os critérios de saturação já se apresentavam na amostra e em função do compromisso com os objetivos da pesquisa, optamos por sistematizar as análises dos achados empíricos da totalidade das narrativas obtidas no campo, segundo os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo temático de Bardin⁶⁹. Justificamos a reorientação metodológica de nossas análises tendo em vista que tal método propõe a busca pela compreensão de sentidos de unidades temáticas previamente intencionadas de serem investigadas: adolescência e juventude em seu entrelaçamento com a masculinidade. A partir daí, a análise de contexto e os aspectos estruturais das narrativas, que se apresentam como possibilidades analíticas favorecidas pelo método adotado inicialmente, foram deixados em reserva por

apresentarem um rico material empírico que será oportunamente retomado. Priorizamos, portanto, nesse momento, focalizar as análises para o objeto e os objetivos propostos de maneira mais estrita.

Frente aos esclarecimentos que compreendemos serem necessários, consideramos que, a partir de uma análise transversal entre os textos oficiais e as narrativas, através de suas unidades temáticas, numa interpretação hermenêutica-dialética, pudemos identificar os sentidos hegemônicos atribuídos à masculinidade e à saúde do adolescente e do homem jovem no campo da saúde pública, articulando-os e identificando as regularidades e discontinuidades discursivas entre os múltiplos contextos presentes no estudo, quais sejam, instâncias globais (agências internacionais), instâncias locais (Ministério da Saúde) e instâncias que atuam diretamente no cotidiano das ações relacionadas ao cuidado e à atenção da saúde de adolescentes e homens jovens (participantes da construção do texto político da PNAISAJ). Em suma, metodologicamente, as narrativas obtidas no campo foram analisadas segundo uma adaptação temática da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Entendendo que numa tese em formato de artigo os resultados são apresentados no interior das análises dos mesmos, reunimos, no quadro a seguir, uma síntese analítica que associa os objetivos da pesquisa e os sentidos e contextos que emergiram em nossas análises.

Tais objetivos são discutidos de forma mais extensa e permeados por diálogos teóricos com diversos autores nos artigos apresentados ao longo do Capítulo 2.

Quadro: Síntese associativa entre objetivos, contextos e sentidos hegemônicos.

Objetivos	Contextos	Sentidos
Adolescência e juventude nos textos políticos relacionados à PNAISAJ.	<p><i>Global:</i> Carta de Ottawa (1986), Convenção sobre Direitos das Crianças (1989), IV Conferência Mundial de Populações e Desenvolvimento no Cairo (1994). <i>Local:</i> Projeto Alternativas a Meninos de Rua – PAAMR(1983), Movimento Nacional Meninos e Meninas de Rua – MNMMR (1985)VII Conferência Nacional de Saúde (CNS-1986), CF 1988, PROSAD (1989), ECA (1990), Leis Orgânicas da Saúde (1990), Lei nº 8.742 (1993), Lei Federal nº 9263 (1996), Lei nº 11343 (2006).</p>	<p>Protagonismo juvenil, adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, adolescentes e jovens como produtores de cultura, direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens, promoção à saúde de adolescentes e jovens, igualdade entre os gêneros, pluralidade de adolescências e jovens, vulnerabilidade.</p>
Adolescência e juventude nas narrativas dos atores participantes da PNAISAJ.	<p>Idem. + Em âmbito local: Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1990), Programa Saúde da Família - PSF (1994). Marco Legal da Saúde dos Adolescentes (2005), Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização de serviços de saúde (2005), Lei 11.129 que cria o Conselho Nacional de Juventude (2005), 13º Encontro Nacional de Adolescentes (2006), Conferência Nacional de Políticas para a Juventude (2007),</p> <p>(continua...)</p>	<p>Idem + Participação social e política, autonomia, ocupação dos espaços de representatividade política, promoção da paz, reconhecimento positivo.</p>

	(continuação...) Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção e Recuperação da Saúde (2009).	
Masculinidade nos textos políticos relacionados à PNAISAJ.	<i>Global</i> : IV Conferência Mundial de Populações e Desenvolvimento no Cairo (1994), Movimentos em Defesa da Diversidade Sexual. <i>Local</i> : Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2010)	Direitos sexuais e reprodutivos, paternidade responsável, diversidade sexual.
Masculinidade nas narrativas dos atores participantes da PNAISAJ.	Idem. + <i>Em âmbito local</i> : Marco teórico e Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens (2006)	Paternidade responsável, equidade entre gêneros, masculinidades, diversidade sexual.

Nesse ponto, para nos ajudar na compreensão dos entrelaçamentos de sentidos que transitam de esferas mais globais para esferas locais e que exercem efeitos nos sujeitos, nos aproximamos da concepção de *ciclo de políticas* desenvolvida por Stephen Ball⁷⁰, onde se considera que as políticas são tanto sistemas de valores quanto sistemas simbólicos: formas de representar, explicar e legitimar decisões políticas. Acreditamos que, mesmo sendo essa abordagem desenvolvida pelo referido autor como uma ferramenta para a análise de políticas públicas do campo da educação, a categoria *ciclo de políticas* nos auxilia na compreensão das influências do trânsito de ideias e sentidos em múltiplos contextos: globais, locais e particulares.

Uma diversidade de aspectos pode ser analisada nas políticas, dentre os quais o exame de suas finalidades, onde podemos encontrar determinados traços de sentidos globais em releituras locais e vice-versa, bem como efeitos materiais dessas políticas na sociedade, por intermédio da escolha de certas práticas.

No entanto, nossas análises buscam compreender como sentidos globais carreados em esferas políticas distintas são reconfigurados e apropriados pelas políticas, instituições e sujeitos locais e que outros sentidos a eles são atribuídos.

Outro aspecto com o qual nos afiliamos na abordagem do ciclo de políticas é a deslocalização do centro produtor das políticas de um centro de poder instituído, o qual se apresenta como uma força de influência que participa no ciclo de políticas, mas não o determina. Ball defende que o ciclo se configura como um arranjo de forças complexo, onde atuam múltiplos agentes e graus de influência que operam de forma contínua e fluida na produção e circulação de sentidos das políticas e práticas delas derivadas.

Em seus estudos, Bowe, Ball, et al⁷¹ propõem um ciclo em que os discursos e textos das políticas circulam contínua e dinamicamente em três grandes contextos que se entrelaçam. São eles: o da influência, o da produção e o da prática.

O contexto da prática se refere aos lugares em que os textos e discursos políticos são apropriados e reinterpretados, sofrendo um processo de ressignificação. Nesse contexto os efeitos das proposições políticas se tornam tangíveis, sendo notabilizados não somente pelas expressões de sua materialidade e subjetivação, na produção ou reprodução, mas nas expressões dos conflitos, das resistências, apropriações, inclusão de outras demandas, das acomodações.

O contexto da produção se constitui como mediador entre os contextos de influência e da prática, num esforço de conversão, de aproximação dos discursos/textos

políticos oficiais diretamente relacionados aos interesses pertencentes ao contexto de influência, os quais necessitam se tornar mais flexíveis à linguagem dos interesses dos agentes do contexto da prática e seu público. E, por tentarem expressar um acordo entre os interesses dos diferentes grupos envolvidos, podem se apresentar ambíguos e aparentemente contraditórios por serem nele produzidos os consensos possíveis produzidos pelos acordos.

O contexto de influência se estabelece quando as políticas públicas emergem, onde os discursos das políticas são produzidos. Nesse contexto atuam complexas redes multidimensionais exercidas por arenas públicas mais ou menos ampliadas e socializadas. Dele tomam parte redes sociais ativas nos debates, nas lutas pela significação dos princípios sobre os quais se legitima como postulante epistemológico, da governabilidade e da subjetivação. Participa deste contexto uma diversidade de atores e não somente membros do governo central, mas de influências globais representadas por grupos de especialistas, de organizações não governamentais de atuação ampliada, de setores empresariais e de agências multilaterais, dentre outros.

O fato de uma instância global ser assim caracterizada, não significa uma inferência direta quanto a um privilégio dos sentidos nela produzidos. Vale dizer que sujeitos que participam das esferas locais também ocupam espaços de participação e representação nas esferas globais com intermediação de negociações e interesses. Com isso, o trânsito de sujeitos e ideias, não raro sentidos produzidos localmente, são deslocados dos contextos da prática e apropriados por esferas políticas mais ampliadas. Em outras palavras, tal concepção dos ciclos de política se constitui numa rede contingente de relações com uma flexível e dinâmica capacidade de influir, de deslocar-se, de deslocalizar-se.

Com base nessa perspectiva, elaboramos uma interpretação dos sentidos expressos nos textos, atentos à análise de suas possibilidades relacionais com o contexto sócio-histórico no qual estão inseridos e foram produzidos, identificando suas regularidades, suas rupturas ou condensações de sentido.

Capítulo 2

Coletânea de artigos

À medida que as análises parciais e finais do material empírico foram sendo obtidas, uma série de três artigos foi produzida como resultado das análises propostas, sendo dois deles já submetidos e aprovados e o terceiro, a ser ressubmetido.

O primeiro artigo intitulado “*Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade*” focaliza o eixo da masculinidade e em que sentidos as políticas nacionais de atenção integral, relacionadas à saúde dos homens, desta se apropriam e a ela conferem sentidos. Sentidos estes que, por imbricação, propõem certa lógica que orienta as ações e programas prioritários da atenção básica do homem nos serviços de saúde. Os textos políticos analisados foram o da já promulgada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH - e a proposta não promulgada do texto político da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ.

O segundo artigo, “*Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ*”, pretende analisar o processo de construção da proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, os sentidos nela carregados acerca da adolescência, juventude e masculinidade e o desfecho dos processos de negociação do texto político que expressam, em nossas análises, as disputas sobre o projeto político sobre a adolescência, a juventude e a masculinidade nesses ciclos de vida no campo da cultura e da sociedade, com especial recorte no campo da saúde.

Por fim, no terceiro artigo, “*Adolescentes e homens jovens: do debate sobre a dupla invisibilidade à luta pelo reconhecimento*”, pretendemos aprofundar o diálogo e a compreensão dos processos de socialização dos adolescentes e homens jovens, constituindo-os como sujeitos políticos, num esforço ao entendimento de como a

imbricação dos sentidos atribuídos à masculinidade, à adolescência e à juventude guardam repercussões em todas as esferas da vida com impactos no campo da saúde. Na análise dos processos políticos e de formulação de políticas, persistimos na busca pela compreensão das relações entre os micro e macro espaços de poder e produção política que reverberam em indivíduos encarnados, ora engendrando resistências, ora cristalizando condutas.

A seguir, dispomos a íntegra dos artigos acima referenciados.

ARTIGO 1

Título: Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade.^(*)

^(*)Artigo aprovado pela Revista Ciência & Saúde Coletiva em 16 de setembro de 2011 (no prelo).

Resumo

Analisa-se a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH como instituidoras de uma nova compreensão para a atenção integral à saúde destas populações. A partir de documentos oficiais, analisaram-se as interlocuções entre a proposta da PNAISAJ e PNAISH para identificar: 1) como a perspectiva relacional de gênero e a masculinidade foram consideradas em cada política e 2) outros conceitos-chaves transversais às políticas estudadas. Enquanto a categoria de ciclo de vida marca a proposta da PNAISAJ; na PNAISH, a marca do gênero é a que se destaca. Concluímos que textos políticos expressam os interesses e a compreensão do campo do conhecimento de atores de cada um dos segmentos analisados, constituindo políticas culturais com potência a instauração de certos sentidos à atenção e ao cuidado à saúde dos diferentes extratos populacionais.

Palavras-chave: Políticas públicas; adolescentes, jovens e homens; gênero; masculinidade, políticas culturais.

Title: Brazilian National Policies on Comprehensive Health Care for Adolescents and Youth and for Men: policy interlocutions and masculinity.

Abstract:

This paper analyzes the preliminary proposal of the National Policy for a Comprehensive Health Care for Adolescents and Young People - PNAISAJ and the National Policy for Integral Men's Health - PNAISH as policies that introduce a new understanding for comprehensive health care for these populations. From official documents, were analyzed the debates among both policies to identify: 1) how the relational perspective of gender and masculinity were considered in each policy and 2) other key concepts transversal at the policies studied. While the category of life cycle marks the PNAISAJ proposal; at the PNAISH, the gender is one that outstanding. We conclude that political texts express the interests and understanding of the field of knowledge of protagonists from each of the segments analyzed, constituting cultural policies with power to establishment some meanings to attention and health care for different population extracts.

Key words: Health public policies; adolescents, young men and men; masculinity; gender; cultural policies.

Introdução

Os dados epidemiológicos relacionados aos índices de morbimortalidade da população de homens, obtidos ao longo da última década, segundo fontes do DATASUS, apresentam um cenário acerca da saúde dessa população que requer movimentos de aproximação e aprofundamento dos determinantes sociais e culturais que podem estar relacionados às causas da mortalidade e aos agravos. Dentre eles, destacamos aqueles associados às relações entre os gêneros e aos sentidos atribuídos à masculinidade, nos quais a adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado surgem como fatores que favorecem a elevação desses índices.

Estudos recentes^{1,2} apontam que alguns dos sentidos atribuídos à masculinidade hegemônica fortalecem a apropriação de representações que associam o masculino à força, à assertividade, à não-vulnerabilidade associada a uma crença de imunidade, à naturalização do descontrole sexual, à associação da sexualidade à penetração, dentre outras.

A idéia de invulnerabilidade pode ser tomada como um dos aspectos explicativos para uma menor procura por parte dos homens aos serviços de saúde preventivamente que, segundo estudo realizado por Gomes e colaboradores³, é influenciada pelas interdições de marcas identitárias relacionadas à masculinidade hegemônica, que quando vivenciadas e internalizadas pelo homem, cerceariam neste a busca por tais serviços. Isto porque tal procura seria a expressão de um sinal de fragilidade de sua masculinidade, de sua identidade de ser masculino. Com isso, o cuidar de si associado à procura de um serviço de saúde seriam naturalizados como mais próprios do feminino.

Ainda, segundo esse mesmo estudo, outros aspectos também podem concorrer para uma menor procura pelos homens aos serviços de saúde. Se, por um lado, a invulnerabilidade e a força relacionadas à masculinidade impedem que o homem demonstre sinais de fraqueza e medo, por outro, uma maior exposição do corpo a um profissional da área médica, seja ele homem ou mulher, ou o medo de encontrar algo que possa deflagrar um diagnóstico de doença são idéias relacionadas à possibilidade de serem evidenciadas uma fragilidade no homem.

Os sentidos atribuídos à masculinidade que a associam à força e à imunidade também podem ser associados a uma maior vulnerabilidade dos homens à mortalidade por causas externas e à morbidade por incapacitação, lesões, dentre outros agravos derivados das agressões não-fatais. Tais sentidos podem corroborar para uma maior exposição e enfrentamento a situações de risco e de violência vivenciadas por esta população.

Frente a este quadro, defendemos o aprofundamento da compreensão da influência, nos processos saúde-doença, das relações de gênero e dos modelos de masculinidade que são construídos socialmente e como esta compreensão pode contribuir para a (re)formulação das políticas públicas e ações estratégicas a elas associadas para a promoção da saúde da população brasileira.

Este artigo busca, com isso, explorar as interfaces entre a proposta, não promulgada, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, já promulgada, tendo como categorias de ligação à perspectiva relacional de gênero e a masculinidade hegemônica e demais conceitos-chaves que perpassam ambos os textos políticos, com foco na saúde integral do homem ao longo da vida.

Aporte conceitual e Metodologia

Nossas análises se ancoraram numa perspectiva relacional de gênero, que compreende a construção social do que é ser masculino e do que é ser feminino num complexo de determinações e características culturais, familiares, grupais e individuais internalizadas ao longo da história de vida do sujeito^{4,5}. A compreensão dos modelos de masculinidade e feminilidade, que prevalecem na sociedade nas relações gênero, potencializa as instâncias de governo em sua capacidade de produzir e implementar ações e programas no campo da saúde pública mais coadunados às formas do agir social produzido a partir das relações de gênero.

Acrescentamos a isto, as influências dos sentidos mais fortemente associados aos modelos de masculinidade e feminilidade que impõem desafios para o campo das políticas públicas de saúde, já que a masculinidade hegemônica, como o modelo de masculinidade que costuma emergir das relações hétero e homossexuais, define e

orienta um certo agir sexual/social dos indivíduos; agir este que influencia o desenvolvimento de quadros mais ou menos graves nos índices de morbimortalidade e agravos na população de homens e, por justaposição, na de mulheres.

Tomado como um componente infectante⁶ no processo de adoecimento, o lugar do homem nos estudos no campo da saúde se apresenta mais voltado para a questão da doença do que da saúde, reafirmando que tal lógica - a da masculinidade hegemônica - também permeia a associação do homem ao seu lugar no campo da saúde.

Pautada na perspectiva relacional de gênero e no conceito de masculinidade hegemônica, foi realizada a leitura de textos do Ministério da Saúde, constituintes: 1) da proposta preliminar não promulgada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ⁷, resultado das oficinas e seminários realizados pela Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde ao longo do ano de 2005; 2) das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde⁸; 3) da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH⁹; e 4) dos Princípios e Diretrizes da PNAISH¹⁰, a fim de construir um quadro associativo entre categorias analíticas identificadas como presentes em todos os textos políticos analisados, a saber: ano de publicação do texto político, tipo de publicação do texto político, elaboração prévia de princípio e diretrizes políticas, legislações citadas, estrutura de apresentação do texto político, atores participantes da construção do texto político e principais conceitos apresentados. Esta metodologia de análise toma por base a análise documental sugerida por Severino¹¹.

Destacados os dados e os conceitos relacionados às categorias analíticas em cada texto político, foram identificados o contexto sócio-histórico da produção da política, os participantes de construção de cada texto político e principais conceitos identificados nos textos das políticas, analisando em que aspectos esses textos se aproximavam e em que aspectos se distinguiam.

A partir da análise das relações entre tais elementos, foi possível a construção de uma análise argumentativa na qual buscamos explorar, na proposta da PNAISAJ e na PNAISH, a masculinidade numa perspectiva relacional de gênero como possibilidade de compreender os adolescentes/homens jovens e os homens como sujeitos com

especificidades quanto ao cuidado no campo da promoção da saúde. Ao longo do processo de análise desses documentos, foram identificadas ainda bases teóricas e conceitos sobre os quais tais textos políticos se apóiam.

Cumprido destacar que, neste estudo, o texto foi compreendido de forma bastante ampliada¹² e como expressão das produções sociais de sentidos acerca da saúde dos homens; produções essas engendradas pelos múltiplos atores da tessitura social. Essas relações de forças sociais se realizam em um acervo de documentos oficiais, dentre os quais aqueles elegidos para a nossa análise: a proposta não promulgada de uma política nacional para adolescentes e jovens e a já institucionalizada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além dos demais textos políticos que as embasam e compõem.

Políticas públicas para a saúde integral da população masculina: conversando com as diferenças.

A saúde integral da população adolescente do binômio “crise-adolescência” ao binômio “protagonismo-jovem”.

A pauta da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens resulta de um complexo de influências que desencadeiam um processo de reconhecimento extrato populacional brasileiro – algo em torno de 30 a 33% da população total ao longo da primeira década do século XXI, segundo fontes do IBGE - e emerge de um contexto global e local de amplo debate sobre os direitos humanos.

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 Assembléia Geral das Nações Unidas em 1989. Nesta, a adolescência é oficializada como programa a ser adotado pelas nações signatárias. Neste mesmo ano, 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.

No âmbito local, cumpre ressaltar o contexto fortemente favorecedor das transformações jurídico-políticas voltadas para este grupo populacional: a Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1990 (Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990) e, setorialmente, no campo da Saúde Pública, as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Leis Federais nº 8.080 de 19 de setembro e nº 8.142 de 28 de dezembro, ambas de 1990). 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.

A proposta não promulgada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ emerge, assim, de um cenário global de consolidação e defesa do estatuto de sujeito social conferido ao adolescente e ao jovem numa perspectiva de ciclo de vida. Ou seja, numa perspectiva cuja centralidade se apóia numa etapa de vida de transição da infância para a vida adulta, complexa em relação às vivências experienciadas e ambíguas quanto às demandas sociais relacionadas a esta população. Essa ambiguidade ora destitui os adolescentes e jovens de uma plena autonomia decisória e de responsabilização, ora exige sua inserção no mundo produtivo, na participação das decisões de Estado, movimentos em defesa da cidadania, dentre outras.

Antes disto, no Brasil, o Código de Menores, em vigor no período de 1927 a 1990, estabelecia que os adolescentes e jovens poderiam ser acolhidos pelas políticas públicas pelas portas da assistência da forma ditada pelo Poder Público em caso de abandono, pobreza, doença e/ou infração; condições estas em que o Estado estaria legitimado a intervir e tutelar os adolescentes e jovens demandantes de tratamento e inaptos à compreensão e à reivindicação de suas próprias necessidades; passíveis, com isso, de serem encaminhados a instituições voltadas ao seu tratamento e/ou a sua ressocialização.

Na esfera jurídica do Estado, se operavam os processos de destituição do poder dos pais e da família na figura dos Juízes de Menor que, contavam com dispositivos auxiliares e aparatos subsidiários a materialização e operacionalização da assistência estatal por intermédio de profissionais de outras esferas disciplinares (médicos,

assistentes sociais, agentes educacionais, dentre outros) legitimados nos chamados “complexos tutelares”¹³.

A PNAISAJ, em sua proposta preliminar de 2007, inaugura um esforço por um espaço mais ampliado de participação e debate sobre a saúde da população jovem. No Brasil, esta perspectiva foi localmente apropriada, reconstruída e expressa numa proposição de uma política nacional de atenção integral, com vista à universalização das ações a esta política relacionadas, para além de uma perspectiva programática e pontual a certos segmentos populacionais com este perfil, incluindo a participação não só de entidades, profissionais e estudiosos do campo da adolescência e da juventude, mas também de grupos organizados de adolescentes e jovens numa perspectiva de incentivo ao protagonismo juvenil^{14,15} na identificação de suas necessidades específicas e na definição de suas prioridades dentro das competências da esfera da saúde pública.

Do binômio “crise-adolescência” em direção ao binômio “protagonismo-jovem” - esta trajetória se apresenta como o aspecto mais inovador desta proposição política, marcada em seu texto por uma ampliação da concepção da adolescência e juventude atravessada por traços de múltiplas compreensões sobre o que é ser adolescente e jovem.

A saúde integral da população masculina adulta: da “invisibilidade do poder” ao “poder da visibilidade”.

Identificamos a inexistência de uma política específica voltada para os homens adultos por um longo período de tempo tanto na esfera local, como na global. A proposta de instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH tem uma historicidade muito anterior a da Portaria Ministerial que a instituiu em agosto de 2009. A recenticidade de sua institucionalização expressa algo para além de uma negligência em relação a este extrato populacional, mas uma série de valores que reforçam quase que a não necessidade do homem cuidar de sua saúde ou ser olhado por esta perspectiva.

A construção de uma política voltada para a saúde integral dos homens, tem como marco histórico o discurso de posse do Ministro José Temporão, em 19 de março de 2007, que afirma como um de seus compromissos de governo “instituir a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Compromisso nº 10)”¹⁶. Tal compromisso não se constituiu como uma construção resultante de demandas reivindicatórias de movimentos sociais dos homens e não nos remete de forma imediata a uma necessidade de atendimento diferenciado e específico em relação à população masculina no Brasil, uma vez que esta não é reconhecida como excluída ou prescindida socialmente.

Por hipótese, o homem, por ocupar mais frequentemente espaços de poder e liderança, até então não fora reconhecido em suas especificidades. O lugar do poder masculino na sociedade, ao mesmo tempo, que o insere numa posição privilegiada na hierarquia social, o exclui do reconhecimento de suas diferenças. É como se o masculino se constituísse num poder normatizado e diluído, indiferenciado no corpo social e acima de qualquer vulnerabilidade à sua saúde. É a partir do homem, socialmente colocado como norma, que se reconhece a diferença do(s) outro(s) e, a partir dele, se estabelecem os referenciais para o debate em relação a programas específicos a outros segmentos da população.

A partir da PNAISH, a população de homens adultos, com o reconhecimento de sua singularidade, é deslocado no âmbito do SUS de uma invisibilidade daquele que não era identificado como uma parcela da população, que, mesmo significativa, não demandava serviços espacial e profissionalmente diferenciados de atendimento. O homem era tratado pelo sistema somente quando agravos de mais difícil e dispendioso controle já estavam instalados: a doença suplanta a saúde num cenário negligenciado quanto à atenção básica da população masculina. A PNAISH propõe, em seu projeto político, que o ingresso do homem aos serviços de saúde se dê pela perspectiva do cuidado, como um descaminho ao desfecho do adoecimento. Da “invisibilidade do poder” conferido ao homem, o projeto político da PNAISH expressa um esforço para “o poder da visibilidade” do cuidado requerido por esta população, até então, não acolhido pelo SUS em suas especificidades.

Pode-se observar, portanto, nesse período, que as duas políticas – PNAISH e a proposta preliminar de uma PNAISAJ - se comunicam pela idéia de prevenção e promoção à saúde com foco na Atenção Básica, como estratégia de minorar as demandas de média e alta complexidade do SUS.

Interlocuções políticas: gênero e ciclo de vida como delimitadores das políticas.

No quadro a seguir, as duas políticas analisadas foram organizadas em eixos que demarcam objetivamente sua institucionalidade e os atores que participaram de suas elaborações.

Anexo 1 - Quadro1: Quadro associativo entre as Políticas Nacionais de Atenção Integral orientadas por Ciclo de Vida / Gênero.

Numa perspectiva de análise do contexto histórico, a proposta preliminar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ se constitui numa revisão e ampliação de políticas já anteriormente engendradas no âmbito do Sistema de Atenção à Saúde a este segmento populacional, como o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD no final da década de 80. Inaugura, assim, uma nova compreensão sobre o papel dos adolescentes e jovens em sua inserção social e institui uma política de governo mais estável e permanente para esta população, para além do caráter programático e, portanto, mais suscetível à descontinuidade, da política anteriormente estabelecida.

Primeiramente, amplia o limite superior da faixa etária da população a ser contemplada pelas suas ações programáticas, anteriormente definidas como dos 10 aos 19 anos, sendo agora proposta para o grupo etário dos 10 aos 24 anos. Com isso, uma parcela da população fora da faixa etária considerada como pertinente à adolescência - a qual se encerra aos 19 anos - é compreendida em uma transitoriedade da adolescência para a vida adulta num *continuum* vivenciado como juventude.

Em segundo lugar, propõe uma outra perspectiva da adolescência não como uma etapa crítica, uma etapa problema do ciclo de vida do indivíduo, mas uma perspectiva dos adolescentes e jovens como sujeitos de direito, construtores de suas próprias histórias de vida, participantes e co-responsáveis pelos processos sociais dos quais tomam parte.

Em terceiro lugar, propõe uma mudança de perspectiva da atenção à saúde desta população de um olhar sobre a doença e seus agravos para a atenção básica como estratégia política de promoção da saúde a esse segmento populacional, haja vista o grau de resolutividade deste nível de atenção na população jovem. Por fim, considera a perspectiva relacional de gênero como um fator que participa dos condicionantes sociais de saúde-doença para este segmento expressivo da população.

Tanto a proposta preliminar da proposição de uma PNAISAJ, quanto o texto das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, submetido e aprovado pela Comissão Tripartite em novembro de 2009, instituem como eixos estratégicos comuns para a saúde integral da população de adolescentes e jovens: (a) o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, onde se declaram as preocupações em assegurar as condições ambientais e individuais que favoreçam o pleno desenvolvimento e crescimento do adolescente e jovem, conforme seu repertório biológico, e (b) o foco na saúde sexual e saúde reprodutiva, ao atuar da prevenção e na intervenção precoce junto aos adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos na idade adulta, com o incentivo à equidade de gênero e ao cuidado de si entre os adolescentes e homens jovens.

O texto da proposta política, distintamente do das Diretrizes Nacionais, enuncia como um terceiro eixo estratégico, a redução da mortalidade por causas externas desse extrato populacional; já nas diretrizes, o eixo estratégico confere centralidade à atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

No que se refere à relação entre os textos das propostas políticas – PNAISAJ e PNAISH - e suas respectivas diretrizes, uma inversão da diretiva enunciada nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde pode ser observada quando comparada com as diretrizes associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH.

Isto porque a Portaria Ministerial nº 1.944 de 27/08/2009, que enuncia a PNAISH, toma por base as Diretrizes e Princípios da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Homem que, por sua vez, se apresenta como uma discussão mais ampliada dos atores que participaram da construção da política, num esforço para a consolidação dos distintos olhares relacionados às prioridades e estratégias que deveriam ser nela focalizadas e fornecendo elementos argumentativos para a legitimação da política do homem.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, num outro sentido, se (e)anuncia como um texto que toma por base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e que pretende sensibilizar os gestores e profissionais da saúde que relacionados à saúde de adolescentes e jovens. Ao reconhecer os determinantes sociais nos processos de adoecimento e os limites do campo da saúde em seus esforços e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde desta população, tais diretrizes se ancoram na idéia de que o pleno atendimento à saúde desta população implica uma demanda em rede da sociedade, posto que este grupo etário juridicamente se remete a uma rede de adultos e às instituições por estes ocupadas, tais como, à família, à Escola, ao Estado, etc. Daí, observarmos a centralidade que a intersectorialidade assume neste texto político - que ocupa integralmente o décimo capítulo da publicação - se constituindo numa estratégia política de ampliação dos limites de cada área de atuação política e potencialização de ações de forma coordenada entre diferentes áreas (saúde, educação, assistência social, etc) e esferas de governo e participação social (município, estado, federação, terceiro setor e sociedade civil).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se caracteriza por seu ineditismo, uma vez que anteriormente a ela, não existia nenhuma política focada na promoção e atenção integral deste extrato da população. A Portaria Ministerial que a institui declara não só a abrangência de suas ações pautadas nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade como seu foco político estratégico, mas propõe também o estabelecimento de diálogos com políticas que norteiam outras ações no âmbito do SUS, tais como, a da humanização, a co-responsabilização e intersectorialidade, a educação em saúde e a participação da comunidade.

A partir disso, lista seis diretrizes a serem observadas na construção dos planos vinculados a tal política, a saber: foco na integralidade, na organização dos serviços

para o acolhimento e inclusão desta população, na hierarquização da implementação da política prioritariamente quanto à atenção básica e estrategicamente na Saúde da Família e na intersetorialidade. Enumera, a seguir, treze objetivos de múltiplo caráter, marcados pela diversidade e pela abrangência de escopo com metas a serem atingidas, muitas das quais relacionadas à prevenção de doenças e seus agravos. Define, ainda, as competências de cada esfera de governo – federal, estadual e municipal - na estruturação dos planos e ações relacionadas a esta política e enuncia, por fim, as instâncias sociais e de governo que integrarão o processo de avaliação da implementação da política.

Em nossa leitura, na seção destinada à declaração dos objetivos desta política é que reside a marca da ampla participação quando observada a pluralidade de atores que tomaram parte da construção do texto oficial da política, a saber, “Sociedades Médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASSEMS e de entidades civis organizadas”¹⁷. Notamos, ainda, como estratégia da PNAISH para o estabelecimento de uma comunicação entre as instâncias de divulgação e de governabilidade da política com os territórios associados ao masculino, a aproximação destas às associações civis, pensadas como territórios de convivência de homens, tais como, clubes, associações desportivas, associações de trabalhadores e sindicatos e, por isso, identificados como espaços privilegiados de disseminação de uma nova perspectiva para a população masculina acerca do cuidado de si. São considerados ainda os espaços de privação da liberdade, tais como, os presídios e casas de detenção, onde, a vulnerabilidade a violência por aqueles que em algum momento a promoveram, devem ser considerados em suas especificidades numa interlocução com as instâncias judiciais e de proteção social.

Temáticas centrais e recorrentes aos textos políticos analisados também podem ser observadas, como é o caso do destaque dado à violência como um fenômeno resultante de uma multiplicidade de fatores, interdependentes e de difícil identificação quanto às suas origens, o que limitaria às ações de atenção à saúde a uma atuação pontual e destacada do complexo do qual toma parte. Nesse sentido, os documentos expressam a importância das ações voltadas para a promoção da saúde como uma

medida para a prevenção da violência e seus desdobramentos em termos de morbimortalidade e agravos na população masculina.

A delegação culturalmente construída das atribuições relacionadas ao cuidado serem associadas exclusivamente como sendo de caráter feminino^{18,19} resulta, não raro, num “natural” distanciamento do progenitor na participação no cuidado e nos processos educacionais e de desenvolvimento emocional dos filhos, incrementando, com isso, comportamentos pouco comprometidos com uma paternidade responsável. O olhar sobre as relações sociais numa perspectiva de gênero impõe mudanças estratégicas na estruturação da abordagem do homem no Sistema de Saúde em favor da equidade entre os gêneros.

Identifica-se, portanto, a equidade entre os gêneros como um outro foco presente nestas construções políticas. No caso da proposta não promulgada da PNAISAJ, essa equidade se expressa na ênfase de uma perspectiva de cultura para a paz e de empoderamento do gênero feminino. Por sua vez, na PNAISH, a equidade entre os gêneros se expressa numa perspectiva familiar e afetivo-relacional ao tratar das questões relacionadas à prevenção da violência nesses espaços.

Podemos identificar, também, outras temáticas estruturantes que perpassam de forma transversal as políticas analisadas: a equidade, a universalidade e a integralidade – princípios norteadores do SUS; a intersetorialidade - a importância de não se constituírem como políticas de ações isoladas ao reafirmarem a necessária interlocução com as demais esferas de ação política; o foco estratégico na promoção à saúde e o reconhecimento da heterogeneidade dos extratos populacionais a que se voltam.

Observamos, ainda, que as questões de gênero se apresentam de forma matizada e transversalmente em ambas as políticas: para a adolescência e juventude, a política parte da dimensão do ciclo de vida; enquanto que na política voltada para o homem, o ciclo de vida se apresenta como um pano de fundo, sendo o foco deslocado para a questão do gênero masculino.

Como trajetória de construção dos textos políticos, ambas as políticas se aproximam por adotarem uma inovadora metodologia para a construção de uma política pública a partir de um esforço para uma participação mais abrangente de múltiplos setores da sociedade. A estratégia da utilização do dispositivo de consulta pública nas

políticas analisadas aponta para a busca de valorização da participação da sociedade civil, intelectuais e governo no texto político. Nesse ponto, introduzimos o conceito de comunidades epistêmicas como um componente explicativo à emergência de lógicas distintas nas proposições políticas aqui analisadas, no sentido de que essas comunidades de especialistas se comunicam com temas da vida concreta e possibilitam a geração de um acúmulo cognitivo e crítico a partir de diversos conceitos. Haas (apud Farias)²⁰ compreende tais comunidades como *“rede de profissionais com especialistas reconhecidos e competentes num domínio particular e com uma autoridade legitimada em termos de conhecimento politicamente relevantes associado àquele domínio ou área de conhecimento”*. Tais comunidades guardam forte relação entre a legitimação de saberes por ela emanados e as redes de poder que se constituem a partir da promoção de um regime de verdade legitimado por este saber.

Com isso, identifica-se que as políticas públicas voltadas para a atenção integral da saúde de adolescentes e jovens e da saúde do homem carregam determinados sentidos ao só do que é adolescência, juventude e maturidade saudáveis e seu contraponto - doença, mas também acerca da masculinidade, valorizando certos sentidos e não outros por se constituírem como expressões de produções sociais.

Conclusões

Ampliar o debate sobre a saúde do homem no campo da saúde pública para além do paradigma biopsíquico significa refletir criticamente sobre toda uma agenda de ações e intervenções para o campo da saúde pública que reconheça as diferenças, com potência para se tornar cada vez mais inclusiva.

Como uma conclusão da análise dos documentos aqui proposta, considera-se que muitos sentidos sobre o homem e a masculinidade são postos. No entanto, os sentidos declarados como norteadores de determinadas estratégias para a busca de caminhos que incentivem a entrada do homem jovem e do homem maduro no sistema pela atenção básica emergem de lógicas distintas. O primeiro se pauta numa busca por um protagonismo social mais ampliado e responsável e numa perspectiva de equidade de gênero; o segundo se apresenta mais fortemente marcado por uma lógica epidemiológica e clínica.

A distinção entre tais lógicas pode ser compreendida a partir de Carvalheiro²¹, uma vez que, ao compartilharem interesses no campo de conhecimento do qual participam e no qual são socialmente reconhecidos e valorizados, os atores sociais envolvidos tomam por base tal conhecimento para a produção de políticas. Os textos políticos expressam, portanto, a legitimidade e a valorização de saberes socialmente normatizados e produzidos por tais grupos. A metodologia utilizada para a construção dos textos políticos aqui analisados parte de um convite a diversos atores que, mesmo inseridos em lugares muito distintos socialmente, se reúnem em torno de um campo de conhecimento comum – o saber acerca do homem. Dos debates e consensos resultantes desta participação se consolidaram as proposições dos textos norteadores das políticas e, no escopo dessa participação, se observa a atuação desses grupos.

Destacamos, ainda, a masculinidade como uma construção histórico-social que, como tal, se expressa de maneira diferenciada ao longo do tempo, dos diferentes espaços culturais, das distintas etapas dos ciclos de vida do indivíduo, das relações de gêneros etc, o que nos sinaliza a necessidade de operar este conceito de forma mais ampliada, não reduzida a aspectos biopsíquicos ou circunscritas às etapas dos ciclos de vida, sob pena do encapsulamento dessas políticas que, em última instância, pretendem acolher o mesmo indivíduo ao longo de sua existência.

Frente a isso, nos aproximamos do conceito de cultura desenvolvido por Hall²², compreendido como um conjunto de sistemas ou códigos de significados que dão sentido às nossas ações, ou seja, as práticas sociais podem ser tomadas como práticas definidoras de um sistema regulatório dos modos de agir em sociedade. Um texto político expressa, portanto, uma política cultural nas quais se pode analisar tanto a resistência quanto os esforços para a instauração de certos sentidos, que resultam de processos de disputas pela hegemonia dos interesses dos diversos grupos sociais.

É interessante identificar as conquistas possibilitadas pelo reconhecimento dos direitos à saúde, que ganham contornos de textos políticos propositores de mudanças, rupturas. No entanto, outra possibilidade sinaliza uma questão – a de se pensar que adolescência, juventude e maturidade não são categorias abstratas, mas encarnadas em homens e mulheres. Nesse sentido, o gênero se constitui, portanto, numa

categoria mais ampla e integradora, que provoca a reflexão sobre os dilemas dos ciclos de vida, seus limites, singularidades e conquistas.

Referências Bibliográficas

1. Villela, WV, Doreto, DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2467-2472.
2. Mota, MP da. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cad Saúde Pública* 1998, 14(1):145-155.
3. Gomes, R, Nascimento, EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública* 2006, 22(5): 901-911.
4. Connel, RW. *La organización social de la masculinidad*. 1997, n° 24: 31-48. [Acessado 2007 out 20]. Disponível em: [http:// www.cholonautas.edu.pe/biblioteca virtual de ciencias sociales](http://www.cholonautas.edu.pe/biblioteca_virtual_de_ciencias_sociales).
5. Gomes, R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior? *Cad Saúde Pública* 2007, 23(3): 565-574.
7. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2007.

8. Ministério da Saúde/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, Proteção e Recuperação da Saúde***. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. 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.
10. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ***Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes***. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Severino, AJ. ***Metodologia do Trabalho Científico***. São Paulo: Cortez, 1993.
12. Minayo, MCS. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF, organizadores. ***Caminhos do pensamento. Epistemologia e método***. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002: 83-108.
13. Arantes, EM de M. ***De “criança infeliz” a “menos irregular” – Vicissitudes na arte de governar a infância***. [Acessado 2010 mar 05]. Disponível em: <http://www.cliopsyche.uerj.br /livros/cli01 /decricanainfeliz.htm>.
14. Pires, SFS. Cultura, *self* e autonomia: bases para o protagonismo infantil. ***Psicologia: teoria e pesquisa*** 2008; 24(4):415-421.
15. Pires, SFS, Branco, AU. Protagonismo infantil: co-construindo significados em meios às práticas sociais. ***Paidéia*** 2007; 17(38):311-320.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. ***Discurso de Posse do Ministro José Temporão de 19 de março de 2007***. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

17. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009: 8.
18. Costa, JF. *Ordem Médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
19. Rohden, F. *A arte de enganar a natureza*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
20. Farias, CAP de. Idéias, conhecimento e políticas públicas – um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira das Ciências Sociais* 2003; 18 (51): 26 [Periódico na Internet]. Disponível em: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).
21. Carvalheiro, JR. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados* 1999; 13 (35): 7-20.
22. 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.

Contribuições

SB Lopez trabalhou na concepção, pesquisa, metodologia, análise e redação final e

MCN Moreira trabalhou no delineamento, metodologia, redação final, revisão crítica e aprovação da versão do artigo para publicação.

ANEXO 1

Quadro1: Quadro associativo entre as Políticas Nacionais de Atenção Integral orientadas por Ciclo de Vida / Gênero

Quadro1: Quadro associativo entre as Políticas Nacionais de Atenção Integral orientadas por Ciclo de Vida / Gênero.

		PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Proposta de uma PNAISAJ: Proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
Ano de publicação	de	2009	Proposta preliminar de 2007.
Forma de publicação	de	Portaria Ministerial nº 1.944 de 27/08/2009 e Publicação. Cadernos da série B da SAS/DAPE/MS.	Texto final da política não promulgado, sendo o texto de acesso restrito e ainda não publicado.
Presença de Princípios e Diretrizes	de	Dupla referência: a) Presente parcialmente no corpo da Portaria Ministerial e b) Presente integralmente de forma dissociada ao texto da Portaria, conferindo a esta seus aspectos argumentativos.	Presente integralmente. Dissociado do texto político, tomando-o por base. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde foram submetidas e aprovadas pela Comissão Tripartite em dezembro de 2009, sendo publicadas em 2010, como Normas e Manuais Técnicos, Série A da SAS/DAPE/MS. Direcionado para gestores e profissionais de saúde, reduzindo à proposição política a diretivas voltadas a determinados setores da área da saúde.

Legislações citadas nos textos	CF de 1988, Lei nº 9503 de 1998, Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.	CF de 1988; PROSAD de 1989, Lei nº 8.069 de 13/07/90 (ECA), Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19/09/90, Lei nº 8.142 de 28/12/90, Lei nº 8.742 de 07/12/93, Lei Federal nº 9.263 de 12/01/1996, Portaria nº 648/GM de 28/03/2006 e Lei nº 11.343 de 23/08/2006.
Estrutura do texto político	Artigos no corpo da Portaria e em Capítulos e Seções no documento que integra os Princípios e Diretrizes.	Em Capítulos e Seções, tanto na versão preliminar da proposição política, quanto no texto das Diretrizes Nacionais
Atores participantes da construção do texto político	Sociedades Médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e entidades civis organizadas.	Coordenadores estaduais e municipais responsáveis pela saúde de adolescentes e jovens, profissionais de saúde, acadêmicos, conselhos profissionais, áreas de interface no MS, entidades civis organizadas, grupos de adolescentes e de jovens.
Principais conceitos	Saúde do Homem; Integralidade; Intersetorialidade; Planejamento reprodutivo masculino; Saúde da Família; Protagonismo social; Enfoque de Gênero; Masculinidades.	Adolescente e jovens como sujeitos sociais de direito (Doutrina da Proteção Integral); Adolescências e Juventudes Plurais; População Jovem; Protagonismo Juvenil; Enfoque de Gênero; Desigualdade sócio-econômica e racial; Vulnerabilidade; Intersetorialidade; Promoção da Saúde, Integralidade.

Revista Ciência & Saúde Coletiva - Windows Internet Explorer

http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/meusartigos.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123

Ciência & Saúde Coletiva

ABRASCO

Meus Artigos

Desconectar

Sobre a Revista

Edições e Assinatura

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

Artigos Aprovados

- 1716/2011 - REAPRESENTAÇÃO 1222/2011 Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. Aprovado em 27/11/2011
- 1363/2011 - Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Aprovado em 16/09/2011

Novo Artigo

Você poderá enviar novo artigo para avaliação a partir de 01/03/2012

Artigos Online no Scielo

Pesquisar:

no campo:

Artigos em Avaliação

Você não possui artigos aguardando avaliação.

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Leopoldo Bulhões, 1460 / sala 129 - Mangueiras - CEP: 21041-210, Rio de Janeiro/RJ
(11) 3882-9153 (11) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
Desenvolvido por ZANDA Multimídia da Informação.

http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9014&var=1

Internet 85%

Iniciar

Revista Ciência & Saú...

Pesquisar na Área de

09:04

ARTIGO 2

Título: Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. ^(*)

^(*) Artigo no prelo, aprovado pela Revista Ciência & Saúde Coletiva em 27 de novembro de 2011.

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. Concluimos 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, concluimos 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.

Título em inglês: When a proposition does not become policy? The case of the National Integral Health Care for Adolescents and Youth – PNAISAJ in Brazil.

Abstract: The last three decades have been plenty of the establishment of public policies for the integral health care for several population extracts in Brazil. This article purposes to present the partial results of the narratives analysis of actors that participated at the construction of the proposed National Policy on Integral Health Care for Adolescents and Youth – PNAISAJ in Brazil, in order to explore the dissensions observed in this process. The analysis was based on the narratives of eight actors that participated in the process and searched to identify the thematic units that express such dissensions by a comprehensible reading based on Bourdieu's sociological perspective. We conclude that the non-legitimacy of a national policy for this population expresses the non-recognition of adolescents and young people in their self-government and protagonism on policy decisions which affect themselves. Although youth participation in political texts be stated as a new paradigm for integral health care promotion for adolescents and young people, we conclude that, culturally, what prevails is the legitimacy of other meanings. Meanings deliberate according to the interests and understanding of adolescence and youth for social levels over extended, constituting as cultural policies.

Key words: Health public policies; adolescents and young people, youth protagonism; cultural policies.

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 representa de maneira mais emblemática.

Considerado um período de transição, uma etapa de desenvolvimento com características específicas e com ritos culturais próprios, uma parcela significativa da população brasileira - em torno de 30 a 33% da população total ao longo da primeira década do século XXI, segundo fontes do IBGE, 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 DATASUS, 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 e jovens da ordem de 26% ao longo da década de 90 de acordo com fontes do IBGE - 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 autores^{5,6,7}, 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 Laclau⁸. 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 dissensos 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 – PNAISAJ⁹, 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.

Cumprе ressaltar que se trata de uma amostra parcial de sujeitos de uma pesquisa principal, ainda em curso, aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz sob o nº CAAE – 0073.0.008.000-10. Desta amostra parcial 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 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 Velho¹⁰, 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 grandes categorias de sujeitos na amostra obtida até o presente momento: 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. Cumprе 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, a cidade do Rio de Janeiro.

Como técnica de coleta das fontes, a narrativa dos protagonistas partícipes da construção da PNAISAJ está sendo 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 Bauer¹¹.

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

1^a) 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?

2^a) 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 considera 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 até o momento foram realizadas de forma direta junto ao sujeito de pesquisa.

As etapas que orientaram a análise e interpretação das narrativas seguiram os princípios para análise propostos por Gomes e Mendonça¹² e seguiram a seguinte seqüência:

- (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 e foi centrada numa leitura sociológica baseada numa discussão compreensivista de Bourdieu^{13,14} 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 Assembléia 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^{13,14}, 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 1988, a Constituição Cidadã, e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1990 (Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990) e, setorialmente, no campo da Saúde Pública, as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Leis Federais nº 8.080 de 19 de setembro e nº 8.142 de 28 de dezembro, ambas de 1990). 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 - ONGs comprometidas em debater questões relacionadas a estas populações junto com os próprios adolescentes e jovens. Estes debates se referiam às temáticas consideradas sensíveis a esta etapa de vida, tais como, relações de gênero, sexualidade e direito reprodutivo, violência em suas distintas modalidades, mundo produtivo, dentre outras. Uma rede de ONGs 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^{15, 16}. 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. Do binômio “crise-adolescência” ao binômio “protagonismo-jovem” - esta trajetória 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 idéia 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 idéia 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, permanecendo, 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 2008, 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 Saúde¹⁷, 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 idéia de proteção. Essa idéia, 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 Hall¹⁸, como um conjunto de sistemas ou códigos de significados que dão sentido às nossas ações. Identificamos, com isso, as práticas sociais como práticas 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 sujeitos. 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 Laclau¹⁹ 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, militantes, os próprios adolescentes e jovens, etc, não conseguiu uma potente 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 núcleos, num processo de produção e legitimação de sentidos hegemônicos, mesmo que transitoriamente. Neste caso, por exemplo, para a construção da proposta da PNAISAJ 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 contigüidade 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 foi 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 “pseudoprotagonismo juvenil” ou “protagonismo tutelado” submetido a um olhar adultocêntrico, que se coloca como porta-voz das vozes adolescentes e jovens, paradoxalmente, silenciando-os.

Referências

1. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ***Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes***. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ***Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes***. Brasília: Ministério da Saúde; 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. Lima, P. Adolescentes e a construção de políticas públicas: em busca do seu espaço. In: Lyra, J et al, organizadores. ***Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas***. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem, 2010, 2ª edição, p. 37-48.
6. 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 et al, organizadores. ***Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas***. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem, 2010, 2ª edição, p. 93-108
7. Lyra, J. Homem, jovem, negro e pobre: um novo sujeito para as políticas públicas? In: In: Lyra, J et al, organizadores. ***Juventude, mobilização social e saúde:***

interlocuções com políticas públicas. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem, 2010, 2ª edição, p. 109-130.

8. Laclau, E. *La Razón Populista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

9. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2007.

10. Velho, G. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1981.

11. 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.

12. Gomes, R, Mendonça, EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, MCS, Deslandes S F, organizadores. *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002, p. 109-132.

13. Bourdieu, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 2004.

14. Bourdieu, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.

15. Pires, SFS. Cultura, *self* e autonomia: bases para o protagonismo infantil. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2008; 24(4):415-421.

16. Pires, SFS, Branco, AU. Protagonismo infantil: co-construindo significados em meios às práticas sociais. *Paidéia* 2007; 17(38):311-320.

17. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2010.

18. 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.

19. Laclau, E. Universalismo, particularismo e a questão da identidade. In: Laclau, E. *Emancipação e diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011, p. 47-66.

Contribuições

Silvia Braña Lopez trabalhou na concepção, no delineamento, na pesquisa de campo, metodologia, análise e redação final e

Martha Cristina Nunes Moreira trabalhou na concepção, no delineamento, metodologia, revisão crítica e aprovação da versão do artigo para publicação.

Revista Ciência & Saúde Coletiva - Windows Internet Explorer

http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/meusartigos.php

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123

Ciência & Saúde Coletiva

ABRASCO

Meus Artigos

Desconectar

Sobre a Revista

Edições e Assinatura

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

Artigos Aprovados

- 1716/2011 - REAPRESENTAÇÃO 1222/2011 Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. Aprovado em 27/11/2011
- 1363/2011 - Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Aprovado em 16/09/2011

Novo Artigo

Você poderá enviar novo artigo para avaliação a partir de 01/03/2012

Artigos Online no Scielo

Pesquisar:

no campo:

Pesquisar

Artigos em Avaliação

Você não possui artigos aguardando avaliação.

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Leopoldo Bulhões, 1460 / sala 129 - Mangueiras - CEP: 21041-210, Rio de Janeiro/RJ
(11) 3882-9153 (11) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
Desenvolvido por ZANDA Multimídia da Informação.

http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9014&var=1

Internet 85%

Iniciar

Revista Ciência & Saú...

Pesquisar na Área de

09:04

ARTIGO 3

Título: Adolescentes e homens jovens: do debate sobre a dupla invisibilidade à luta pelo reconhecimento.^(*)

^(*) Artigo enviado para a Revista Cadernos de Saúde Pública em 08 de dezembro de 2011 e, atualmente, em processo de revisão pelas autoras para nova submissão do artigo ao Conselho Editorial da referida revista.

Resumo: Este artigo pretende identificar os sentidos atribuídos à adolescência, à juventude e à masculinidade a partir da análise das narrativas de atores que participaram da construção da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Pode-se observar que os adolescentes e homens jovens experimentam uma “dupla invisibilidade” nos serviços de atenção básica à saúde: por serem homens e por serem adolescentes e jovens. Pode-se identificar que a adolescência e a juventude são marcadas culturalmente pelo seu reconhecimento negativo e são permeadas pela vivência de ritos de passagem que reafirmam a posição de desvalor atribuída culturalmente aos adolescentes e homens jovens. Concluímos que a proposição da PNAISAJ expressa a luta pelo reconhecimento positivo da adolescência e da juventude como um ciclo de vida e da masculinidade, numa perspectiva relacional de gênero, como uma dimensão transversal importante neste ciclo.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; adolescente; masculinidade; fases do ciclo de vida.

Title: Adolescents and young men: from the discussion about the double invisibility to struggle for recognition.

Abstract: This article intends to identify the meanings attributed to adolescents, youth and masculinity by analyzing of narratives of actors that taken part in building of the National Policy on Comprehensive Health Care for Adolescents and Youth (PNAISAJ) proposition in Brazil. It can be observed that adolescents and young men experience a "double invisibility" in services of primary health care: for being men and for being teenagers or young people. We can identify that adolescence and youth are culturally marked by negative meanings and their recognition is crossed by rites of passage experiences that reaffirm the position of worthlessness culturally attributed to teenagers and young men. We conclude that the proposed PNAISAJ in Brazil expresses the struggle for a positive recognition of adolescence and youth as a life cycle and masculinity on a relational perspective of gender as an important transversal dimension for this cycle.

Key words: Health public policies; adolescent; masculinity; life cycle stages.

1 - Introdução

Na última década, diversos estudos têm apontado para a dimensão da invisibilidade do acolhimento do homem nos serviços de saúde de atenção primária, seja no campo da política^{1,2}, quanto das práticas^{3,4}; invisibilidade que pode estar associada ao que socialmente se atribui ao que é ser masculino ou ser feminino.

Argumentamos que essa invisibilidade não corresponde a uma invisibilidade da importância do homem epidemiologicamente, da hegemonia vinculada à imagem do poder masculino, mas a associação dos sentidos atribuídos pelo senso comum ao que deve ser vivenciado como algo da ordem do masculino^{5,6}, que podem estar sendo expressos, nos serviços de atenção básica em saúde, pelo não acolhimento do homem e, nos próprios homens, pelo não auto-reconhecimento de suas necessidades de saúde.

Em relação aos adolescentes e homens jovens, outra invisibilidade se sobrepõe à condição de serem homens nos serviços de atenção primária: a da qualidade de serem também adolescentes e/ou jovens. Esta resulta da idéia de que eles passam por reconhecimentos que podem se apresentar como: a) negativos, que os associam à rebeldia, à “aborrescência”, a um período difícil ou; b) positivos, quando investem na potência dessa fase de vida, na afirmação desse período como singular e não como transição entre infância e idade adulta. Explorar essa vertente nesse artigo faz parte de um processo analítico e crítico ao qual submetemos as narrativas dos sujeitos participantes da pesquisa que dá origem a esse trabalho.

Defendemos que se negativo ou positivo, há um reconhecimento e uma necessidade de falar sobre adolescência e juventude na contemporaneidade e o reconhecimento negativo está na base de um processo de invisibilização do adolescente e do homem jovem nos serviços de atenção básica de saúde, convertendo-os em sujeitos de um “duplo invisível”: por serem homens e por serem adolescentes e jovens.

O argumento do presente artigo se centra, a partir do acervo de narrativas, na idéia de um reconhecimento antagônico dos adolescentes e homens jovens: negativo e positivo. Destacar os riscos, perigos e dificuldades na relação com o adolescente e o homem jovem, significa reconhecê-lo, de forma negativa, reduzindo as dimensões de sua vida e fortalecendo resistências na produção de ações e políticas no campo da saúde. Já o reconhecimento positivo assinala a afirmação desta população na sua singularidade,

incorporando as idéias sobre a saúde do adolescente e do jovem como algo relacional. Assim, a expressão da sexualidade, da perspectiva dos gêneros, o diálogo político, as escolhas e transformações no corpo e na fisiologia, seus ritos próprios precisam ser considerados no cenário de intervenção à saúde desta população, reconhecendo-os como sujeitos produtores de cultura^{7,8}.

Esta perspectiva dialoga com uma abordagem de *ciclo de vida*⁹ que valoriza a identificação dos processos biológicos, comportamentais e psicossociais fundamentais que interferem na trajetória de vida do indivíduo e repercutem na saúde em fases posteriores. A adolescência e juventude apresentam marcas próprias e contextualizadas que podem interferir mais ou menos fortemente na trajetória de vida ulterior e em suas constelações relacionais. A utilização desse conceito torna-se útil para romper com leituras desenvolvimentistas¹⁰ que anulam a singularidade da adolescência e da juventude, reduzindo-as a uma etapa de transição e de reconhecimento negativo como fase difícil.

Isto posto, o presente artigo explora um olhar crítico-analítico, pautado no diálogo entre adolescentes, homens jovens e masculinidades para além da consideração destes adolescentes e homens como sujeitos do “duplo invisível” ao rever esta temática a partir da defesa da adolescência e da juventude como um período de vida cheio de significados e experiências próprias.

Para fins deste artigo, utilizamos de forma equivalente as definições de adolescente e jovem por duas razões: a) pela forma indiferenciada como os atores entrevistados as utilizam e b) pela definição da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ)¹¹ que assume tanto a adolescência, delimitada pelo período compreendido entre os 10 e 20 anos incompletos, e a juventude, delimitada pelo período compreendido entre os 15 e 24 anos, se constituindo como ciclos de vida interseccionados, permeados pela sociedade e cultura, sem, portanto, a centralidade do recorte etário.

2 - Metodologia

O acervo de narrativas teve por base uma amostra intencional de 15 atores participantes das etapas de discussão e/ou de elaboração promovidas pelo Ministério da

Saúde para a construção da proposição da PNAISAJ, que foi submetida à consulta pública e aprovada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos participaram da amostra segundo os critérios de Minayo¹², onde a escolha destes considerou atributos relacionados ao que se pretende estudar, número suficiente de sujeitos para se obter reincidência das informações e previsão de inclusões até que uma discussão densa das questões da pesquisa seja possível. O não recrutamento de outros sujeitos se deu pelos critérios de amostragem qualitativa que incluiu a saturação tanto das indicações dos sujeitos, quanto pela reincidência de temas¹³.

Os atores tomam, ou tomavam parte de grupos de pesquisadores, profissionais da saúde ou de outros campos de atuação e/ou representantes de organizações da sociedade civil ou governamentais relacionados à atenção à saúde integral de adolescentes e jovens e/ou ao movimento social de adolescentes e jovens. Isto faz com que a base empírica do artigo esteja referida ao pertencimento desses atores a um campo de militância/construção de política/intervenção profissional diretamente informado. Essa posição os coloca como nativos de um campo, de onde emerge na análise uma relação de reconhecimento antagônico dos adolescentes e homens jovens: o negativo e o positivo.

Tais análises fazem parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz sob o nº CAAE – 0073.0.008.000-10.

A seleção dos atores se deu a partir de uma amostra intencional com base nos universos familiares¹⁴. Pela caracterização do engajamento dos atores entrevistados, foram identificadas quatro grandes categorias de sujeitos na amostra obtida: 1) Membro de Governo, 2) Comunidades de especialistas, 3) Membro de ONG (Sociedade Civil), 4) Membro de ONG/Educadores (subcategoria de Sociedade Civil). Os atores políticos apresentam a seguinte caracterização: 4 membros de Governo; 2 representantes de Comunidade de Especialistas; 9 representantes da Sociedade Civil, dentre estes, 2 Educadores. Destacamos que alguns dos atores que participaram do processo de construção da proposta política como representantes das categorias relacionadas, participavam ou participam atualmente e de forma simultânea de outros grupos relacionados à saúde de adolescentes e jovens quando observadas as narrativas e o cotidiano de seu trabalho.

A construção dessa amostra intencional partiu do Instituto Fernandes Figueira – IFF, instituição de referência no atendimento a adolescentes na Cidade do Rio de Janeiro em cuja equipe há atores que participaram da formulação da PNAISAJ. A escolha deste instituto como disparador do processo de construção se deu pelo fato de estar localizado na mesma cidade de atuação dos pesquisadores.

Como técnica de coleta das fontes, a narrativa está sendo compreendida como uma entrevista não estruturada, de profundidade, na qual o informante utiliza a própria linguagem e, espontaneamente, inicia a narração, e o entrevistador evita a imposição de qualquer outra forma de linguagem por este não utilizada, mantendo-a em andamento e aprofundamento, tal como descrito por Jovchelovitch e Bauer¹⁵. Partiu-se de 2 questões-chave:

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?

Foram realizadas as seguintes fases da entrevista-narrativa: 1ª) Explicou-se ao informante o contexto da investigação. Solicitou-se permissão e autorização para gravar a entrevista, sendo enunciada a questão-chave; 2ª) A entrevista foi registrada até a clara indicação (“coda”) de que o entrevistado dava sinais de que a narrativa se encerrara, quando se perguntou ao informante gostaria de acrescentar algo mais; 3ª) Ao término, outras perguntas foram formuladas com base no material que surgiu durante a narração, empregando-se a linguagem do informante na busca por completar lacunas da narrativa; 4ª) Algumas discussões na forma de comentários informais ocorreram, sendo auxiliares na interpretação do contexto da narração. Foram utilizados o diário de campo e/ou manutenção da gravação para registro destas.

A análise e interpretação das narrativas seguiram os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo temático de Bardin¹⁶. Este trabalho analítico foi antecedido de um olhar sobre as narrativas que valorizou o contexto, a caracterização dos atores e seus enredos. Com relação ao enredo central, identificamos a militância que se desdobra numa pauta na opção profissional de atenção, de educação ou de gestão no campo da adolescência e juventude e/ou das relações de gênero e noutra pauta na

política, vinculada à participação como adolescente/jovem nos movimentos sociais relacionados à adolescência e juventude. O enredo da militância serve como o lugar para a exploração dos significados atribuídos à masculinidade associada aos adolescentes e homens jovens.

3 – Resultados e Discussão:

As narrativas acessadas motivaram diálogos conceituais com 2 autores: Georg Simmel, com a noção de mundo lúdico, e Axel Honneth, com a categoria de reconhecimento.

A noção de mundo lúdico de Simmel¹⁷ serve como grade analítica para interpretar as narrativas que se referem às estratégias dos adolescentes e jovens para ingresso no seu grupo. Essas práticas possibilitam o pertencimento ao grupo e sua socialização e se expressam como modalidades de ritos, pelos quais, a sociedade (e seus pares) os reconhecem e com eles se relacionam. A regulação destas relações se dá pela mediação e diálogo com a moralidade do mundo adulto e das demais gerações com a adolescência e juventude, podendo ser geradora de conflitos. Ressalta-se que para Simmel o conflito é um motor das relações sendo uma das possibilidades das interações sociais, onde emerge a relação entre as dimensões de forma (moralidades, costumes, regras) e conteúdo (afetos, estilo pessoal, história de vida).

A noção de reconhecimento em Honneth¹⁸ se pauta na formulação de que os sujeitos se formam a partir de suas interações na busca pelo reconhecimento por seus pares; é por meio deste reconhecimento de pares que o sujeito garante sua auto-relação e realização de suas capacidades. A busca do reconhecimento se dá pela mediação de uma certa moralidade entre os pares que produz o reconhecimento intersubjetivo, que favorece certas práticas e representações compartilhadas entre os sujeitos do grupo. O reconhecimento está relacionado a uma tríade básica¹⁹: auto-estima, auto-realização e auto-respeito. Essas 3 dimensões são constituintes da condição de sujeito e de sua autonomia, perspectiva central em uma leitura sobre a adolescência e juventude.

Destacamos que, na relação com a adolescência e juventude, duas formas de reconhecimento se presentificam: a negativa e a positiva. Ambas têm efeitos sobre a tríade básica de construção de autonomia. A negativa compromete e reduz a autonomia

dos sujeitos e a positiva funciona como uma aposta no desenvolvimento das capacidades. Não consideramos que o reconhecimento negativo signifique “não-reconhecimento” porque partimos da idéia de que adolescentes e jovens possuem lugar na sociedade e que esse lugar pode ser positivado/afirmado ou negativado/reduzido. No caso da associação dessa discussão à perspectiva da masculinidade de adolescentes e jovens, torna-se visível nas narrativas acessadas o quanto os homens deste ciclo de vida sofrem os efeitos em sua saúde e vida social das visões de um reconhecimento negativo.

3.1 – O reconhecimento negativo vs o reconhecimento positivo: o irresponsável, o violento, o problema vs o capaz, o invulnerável, o saudável.

O reconhecimento negativo hegemônico acessado nas idéias e expressões sobre a adolescência/juventude nas narrativas dos atores sobre a saúde dos adolescentes e homens jovens demarca uma relação de ambigüidades frente às necessidades dessa população: “(...) *Essa pecha de homem irresponsável era uma coisa que era pulverizada em todos os contextos da área de saúde naquele momento com que a gente trabalhava: Que os homens não se cuidam; que os homens são desatentos; que os homens são irresponsáveis, que os homens são delinqüentes, que os homens são violentos(...)* E principalmente pensando na questão do adolescente, do adolescente e do jovem. Adolescente e jovem por definição é irresponsável, ponto.(...) *Quando na verdade, isso é um pressuposto equivocado, do meu ponto de vista. É um olhar adultocêntrico para uma fase específica da vida(...)* E aí fica mais fácil eu rotulá-lo de irresponsável”. (S4, homem, Sociedade Civil)

Isto porque, se por um lado, preconiza-se a importância deste segmento demograficamente expressivo segundo fontes do IBGE, por outro, se constitui numa população não contemplada com uma política nacional que considere as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção básicas.

Há a expectativa de que essa população ingressará na vida produtiva, o que contrasta com os piores indicadores no nível educacional de nível médio, e, conseqüentemente, capacitação para o mercado de trabalho. Se por um lado, há uma demanda em relação aos adolescentes e jovens por um maior compromisso frente aos processos decisórios e de participação sociais, por outro lado, não se incrementa um

processo de aprendizagem para esse engajamento, colocando-os num lugar de submissão aos valores de uma visão adultocêntrica, que freqüentemente cerceia e/ou distorce, suas expressões culturais e formas de agir: *“Outra coisa que eles [os jovens] detestam é a palavra vulnerável quando eles não entendem o contexto, mas quando eles ouvem pela primeira vez: “Vulnerável eu, [nome do entrevistado]? Vulnerável nada. Estou aqui no projeto, a tarde vou estudar, a tarde faço meu bico. (...) Vem falar que eu sou vulnerável? Vulnerável é o caramba”(...)*” (S6, homem, Sociedade Civil)

Podemos observar, uma replicação dessa ambigüidade em relação os adolescentes e homens jovens no campo da saúde, apesar de um movimento nacional, que ao longo das últimas três décadas, legitimou políticas voltadas para a saúde integral de vários extratos populacionais sob a égide da saúde como um direito universal e integral. No caso em análise, os serviços de saúde não conseguem acolher esses adolescentes e homens jovens em suas demandas específicas: *“(...)Porque na saúde não cabe adolescente, também é uma pessoa não grata. (...) a saúde pública vai dizer: “Bom, ela tem direito ao atendimento sigiloso”. (...) Porque a médica fala: “Não, eu não aceito, e não cumpro isso”. Então tinha um que falava assim: “Se a adolescente está grávida, ela é de risco.” (...) ela é de risco quando ela não é atendida decentemente, mas se ela for, não é de risco. Mas tudo que entra para adolescência é risco, é perigoso. Essa adolescência que é um problema.(...)”* (S7, homem, Sociedade Civil)

No campo da saúde, os ideais do mundo adulto se expressam não só como valores culturais e individuais aprendidos socialmente, mas também construídos na formação profissional dos profissionais de saúde, reforçando o lugar socialmente atribuído aos adolescentes e jovens: do não compromisso com o outro e com o próprio corpo. A cultura²⁰ se constitui como um conjunto de sistemas ou códigos que dão sentido as nossas ações, identificando as práticas sociais como práticas de significação dos significados dos objetos, das coisas, de certo sistema de codificação, ordenação e regulação de modos de agir em sociedade. Inflige, portanto, ao campo da atuação profissional dos profissionais da saúde, os valores que a cultura atribui aos adolescentes e jovens e que não raro os esvazia dos direitos²¹ a eles já assegurados.

Ao mesmo tempo, se constrói uma discursividade ambígua no campo da saúde em relação a essa população, uma vez que, simultaneamente os adolescentes e jovens que

não se cuidam, são aqueles que adoecem. Em outras palavras, não são reconhecidos como uma população também inserida num complexo de vulnerabilidades. Neste caso, uma política de saúde voltada para o cuidado e a prevenção poderia promover uma mudança nos quadros de morbidade desses adolescentes e jovens, tal como, pode-se observar nas seguintes falas: *“(...) é a questão das oportunidades perdidas, porque se o adolescente chega no sistema de saúde devido a um ferimento que seja (...) Naquele momento, você teria que receber informações, ele teria que ser visto como um ser humano que está iniciando sua sexualidade, que está trabalhando. Às vezes aquela lesão foi de trabalho, de trabalho insalubre, ou então a família, (...) ele foi machucado pela própria família, foi feita uma violência dentro de casa, isso não é visto. (...) E aí vai para rua, pára de estudar. Não se pergunta se está estudando, não se pergunta nada.(...)”* (S3, mulher, Especialista)

“(...) a gente [se referindo a proposta da PNAISAJ] não passou no Conselho Nacional de Saúde? Então problematizando, é uma hipótese, então é isso: “Pra que política de adolescente e jovem?” (...) no Conselho de Saúde é que eles acham isso, porque jovem não precisa, porque o jovem é saudável.(...)” (S6, homem jovem, Sociedade Civil)

O adolescente e o homem jovem comparecem como produtos de ideais que retiram desse segmento seus valores positivos. A força atribuída à masculinidade hegemônica os reduzem a um impasse no campo da saúde, uma vez que esse sentido corrobora ao não acolhimento do masculino e à compreensão de como as relações de gêneros participam dos processos saúde-doença em seus entrelaçamentos com as vivências relacionadas à adolescência e à juventude. Diante do masculino que é compreendido como forte e invulnerável e do adolescente e jovem que não adoecem, resulta a recusa, a exclusão do adolescente e dos homens jovens de um trabalho de prevenção e promoção da atenção básica, constituindo-se, no campo da saúde, como sujeitos do “duplo invisível”: adolescência/juventude e masculinidade, tal como podemos observar no seguinte extrato narrativo: *“(...) os meninos nossos estavam pedindo para o centro de saúde a primeira consulta para menino. Isso foi a maior bomba no centro de saúde porque assim: “Mas a gente nunca pensou num primeiro atendimento para menino”. Porque a gente nunca pensa no menino no centro de saúde. O centro de saúde não é lugar para homens adolescentes, é para mulheres adolescentes. E elas falam: “A*

gente não sabe o que faz com o menino”. E aí quando o menino quer ser atendido por um profissional homem? Nem tem(...)E os meninos querem ir para serem atendidos(...)” (S7, homem, Sociedade Civil)

As marcas associadas ao masculino e à adolescência e à juventude se articulam aquelas do domínio do mundo adulto e do campo da saúde, ambos repletos de ambigüidades. Laclau²² nos ajuda a compreender que os deslocamentos de significados produzidos por um campo hegemônico – mundo adulto e campo da saúde – quando transpostos ou em articulação com as demandas produzidas pelo mundo adolescente, jovem e masculino, apresentam como efeito o não o reconhecimento das necessidades específicas dessa população, reforçando a vulnerabilidade já vivida, expressando-se em práticas de exclusão desses adolescentes e homens jovens do campo da saúde pelo estranhamento que estes produzem no próprio campo.

Tais sentidos podem ainda estar relacionados a uma maior vulnerabilidade dos homens jovens à mortalidade por causas externas e à morbidade por incapacitação, lesões, dentre outros agravos. Isto porque tais sentidos podem contribuir para uma maior exposição e enfrentamento a situações de risco e de violência por esta população. Diante do grave quadro das mortes e da violência entre os adolescentes e homens jovens, as adolescentes e mulheres jovens inseridas em contextos de grande vulnerabilidade constroem estratégias para o enfrentamento do “genocídio” juvenil masculino em suas relações afetivas, tal como narrado a seguir: “(...)Nós estamos começando com as meninas de 10, 11, 12 anos que elas estão para começar a vida sexual ativa, e elas trazem uma realidade delas que é a morte dos homens. (...) Que a gente tem lá o dado oficial que a cada 1 menina que morre de violência 12 meninos. (...) a menina vai falar: “Meu pai morreu, meu irmão morreu, meu primo morreu, todos os homens morreram e eu vou começar a ficar com um menino que vai morrer”. E aí elas falam (...): “O filho fica e ele morre. Quer dizer, é óbvio então que eu vou engravidar o mais cedo possível porque esse homem vai morrer e o que vai ficar dele, o que pode ficar dele é o filho dele, porque ele vai morrer”. Então ela já vai entrar no mundo pressupostamente aonde os homens vão morrer.(...)” (S7, homem, Sociedade Civil)

3.2 – A dimensões da luta pelo reconhecimento: ritos de passagem como marcas do ciclo de vida da adolescência/juventude.

Identificamos, em outros artigos^{23, 24}, uma possível relação entre as apropriações e reinterpretções dos sentidos atribuídos à masculinidade pelos adolescentes e homens jovens, que lança desafios à saúde pública pelos desdobramentos que tal vivência da masculinidade traz para o campo da saúde dessa população. As expressões da masculinidade entre os adolescentes e homens jovens frequentemente estão associadas a mecanismos de seu reconhecimento pelos seus pares, pela família e pelo lugar em que são colocados socialmente, num complexo de condutas que se constituem em ritos de passagem que marcam o pertencimento do adolescente e do homem jovem ao seu ciclo de vida.

A partir das narrativas analisadas, pudemos identificar 3 ritos de passagem que se constituem em marcas identitárias do ciclo de vida da adolescência e da juventude masculinas: (a) as formas lúdicas do mundo masculino, (b) o exercício da sexualidade e (c) o mundo do trabalho.

Retomando Simmel, a sociedade pode ser compreendida como a interação que se dá entre os indivíduos; interação que emerge segundo certos impulsos e pela busca de certas finalidades. Essas interações - ou elementos de sociação - podem ser diferenciadas em conteúdo e forma, onde cada indivíduo exerce efeitos sobre os demais e vice-versa. A estabilidade dessas interações está intimamente relacionada à formação de unidades a partir da conjunção desses impulsos e finalidades individuais com os outros – a esses impulsos e finalidades, que são de ordem íntima e individual, ao que Simmel denomina de conteúdo da sociação. A maneira com tais impulsos, interesses, finalidades se expressam, são chamados de forma. As formas se organizam de maneira a provocar uma organização dos conteúdos, muitas vezes, expressos como conteúdos morais, regras, maneiras de comportar-se. Em nosso caso, podem conduzir a uma redução dos conteúdos a um processo de desautorização, irresponsabilidade, risco e ameaça à ordem.

Cada indivíduo, na busca por agregar-se a outros indivíduos, estabelece um certo modo de agir e de externalizar seus impulsos e interesses numa determinada forma de ser social para que sejam realizados esses interesses, os quais não seriam realizados de outra forma, numa constante negociação entre forma e conteúdo, onde conteúdo deve

ser expresso segundo uma forma socialmente acatada e legitimada. No extrato narrativo abaixo, podemos observar que certos modos de agir entre os adolescentes e homens jovens decorrem desse esforço por serem aceitos num *status* privilegiado de pertencimento ao grupo ao qual se auto-referenciam: “(...) *Eu acho que isso na verdade significava a forma como os rapazes são socializados, a forma como esses meninos são socializados(...)* Essa é palavra de um jovem para mim uma vez. Ele disse assim: “*Mas para que evitar risco? Risco a gente enfrenta*”. *Que era a história de um dos rapazes (...) que fez surfe rodoviário (...) ficou com uma cicatriz enorme na cara (...) Cicatriz isso que por sinal era um distintivo precioso de coragem.(...) Homens colecionam cicatrizes, e as cicatrizes são distintivas da masculinidade. Então risco não é algo que se evite, é algo que se enfrenta. (...) Por mais paradoxal que possa parecer a noção de risco para os rapazes ela ganha uma outra dimensão.(...)*” (S4, homem, Sociedade Civil)

Neste caso, colocar-se em risco, “cicatrizarse” como prova do enfrentamento daquilo que é compreendido como ameaça à vida vai ao encontro à masculinidade hegemônica que atribui ao homem a força física, o destemor, de exposição ao limite do dano. Essas formas de agir são compreendidas segundo Simmel²⁵ como uma *forma lúdica de sociação*, um jogo de regras que devem ser partilhadas e cumpridas - formas da sociação - estabelecidas pelo grupo, ao qual se pretende referenciar, estabelecer-se, situar-se, realizar-se – conteúdo da sociação. Ingressar no mundo masculino impõe, neste caso, o enfrentamento do risco que deve ser demonstrado pelo indivíduo aos seus pares - expressão do primeiro rito de passagem associado ao ciclo de vida desses adolescentes e homens jovens.

O segundo rito de passagem se expressa seja nas esferas sociais mais restritas ao grupo de pares, seja nas esferas mais ampliadas, como a família e a comunidade local: o exercício da sexualidade, onde ao masculino se atribui o exercício da sexualidade sem controle com a associação desta com uma posição de poder local e, ao feminino, o autocuidado, o autocontrole, a submissão a um parceiro empoderado: “(...) *Falar de jovem mulher e falar de jovem homem é outra coisa, não é? Então assim, qual é papel da jovem mulher na comunidade? (...) Da família é: “Minha filha, se cuida. Usa o preservativo, cuidado para não engravidar. (...) Já do jovem homem é: “Meu filho pode*

ir, vai lá. Pega mesmo a menininha. Vai lá, você é homem, você tem que pegar todas as meninas da comunidade(...) E aí uma das coisas que foram apresentadas na hierarquia do que o levava [o adolescente ou homem jovem] lá [para as atividades ilícitas] era a relação com o poder. É essa relação do poder muito com a questão da sexualidade (...)os jovens comentavam: “(...) depois que eu entrei no tráfico eu pego todas as meninas. (...) Se eu tiver que sair com 50 numa noite eu vou sair com 50, porque eu estou com o fuzil na mão, eu estou ali, as menininhas me acham o tal”. Então tem essas relações de poder, da sexualidade.(...)” (S6, homem jovem, Sociedade Civil)

O ingresso no mundo masculino está associado ao exercício exacerbado de uma heterossexualidade como forma de obter o reconhecimento pelos pares, pela família e pela comunidade. O adolescente e o homem jovem vivenciam o “ser homem” ou “se tornar homem” a partir de valores que reafirmam os sentidos atribuídos à masculinidade hegemônica, reforçando a inequidade entre os gêneros numa trajetória de ciclo de vida em que a sexualidade é um tema central, já que coincide com o momento em que esses adolescentes e homens jovens iniciam o exercício de suas sexualidades. Recuperando a perspectiva de Honneth²⁶, a busca pelo reconhecimento pode ser alcançada por meio de princípios integradores de maior ou menor esfera de abrangência. Um deles seriam as *ligações afetivas fortes*, mediadas pelo amor, sendo mais primevas e fundamentais à formação da personalidade do sujeito. As relações afetivas familiares, entre parceiros e pares nas esferas mais íntimas participam da construção do reconhecimento por participarem intensamente dos processos de construção da auto-estima, auto-realização e auto-respeito.

Um terceiro rito de passagem que marca o ingresso dos adolescentes e jovens ao mundo do masculino e dos adultos é a sua inserção no mundo do trabalho. Tal valorização pode estar associada não só a questão de superação de uma situação de carência ou desfavorecimento social no caso de adolescentes e homens jovens das classes populares, mas da associação entre o homem ser o provedor do grupo familiar no qual está inserido. O extrato narrativo seguinte sinaliza a relevância que assume a inserção destes nos processos produtivos da sociedade: “(...)E que o rapaz adolescente perde muito aí, começa a trabalhar muito cedo, ele trabalha em trabalhos insalubres, ele fica na área rural, ele é o chinelo que trabalha mesmo, em carvoarias e tudo. (...)hoje em dia

a gente tem um programa de saúde do trabalhador adolescente, mas também nessa questão da masculinidade principalmente.(...) (S3, mulher, Especialista)

A centralidade da questão da produtividade na vida adulta que se opera através do mundo do trabalho, juntamente com a associação da idéia do homem como provedor, pode representar para os adolescentes e homens jovens um valor superlativo ao seu reconhecimento que, ao nosso ver, guarda uma estreita relação com o reconhecimento orientado por um segundo princípio integrador proposto por Honneth – o do campo dos direitos, já que a capacidade laborativa, de participar do universo das trocas econômicas, da busca por uma independência econômica que favorece uma autonomia do consumo por este adolescente e homem jovem são alguns dos valores que permeiam a questão do trabalho, algo universalmente reconhecido como um direito. O mundo trabalho, por apresentar um caráter mais público, toma parte de relações do campo dos direitos jurídico e econômicos de maior destaque e compartilhamento social, se comparado àquelas anteriormente argumentadas: (a) do reconhecimento pelos seus pares através do mundo lúdico e (b) do exercício da sexualidade como algo da esfera do privado.

No entanto, mesmo se tratando de um campo permeado por todo um aparato jurídico e social do campo do direito, outras ambigüidades podem ser observadas na relação mundo do trabalho/adolescência e juventude. Se, por um lado, a ocupação, por hipótese, diminui a vulnerabilidade desses adolescentes e homens jovens ao ingresso em atividades ilícitas e marginais, por outro, a relação dos adolescentes e jovens com o mundo do trabalho se apresenta permeada pela precariedade do trabalho, pela ausência ou desinteresse em oferecer oportunidades de ocupação decentes. Isto porque, alguns valores que são associados à adolescência e à juventude - irresponsabilidade, não adocimento, imaturidade, capacidades em construção, sujeito em formação e menos capaz - podem participar negativamente na oferta de postos de trabalho de qualidade a esta população. Nesta direção, é emblemático o extrato abaixo: “(...) *E tem outra coisa perversa que é o discurso de que os adolescentes não estão preparados para o mercado de trabalho. Na verdade, (...) o que acontece é que não tem trabalho decente. Não é que eles não estão aptos, é que não tem vaga para o trabalho decente para os adolescentes... (...) E eles vão tentando encontrar caminhos escapes, porque eles vão tendo que arrumar dinheiro... Para a família é interessante que ele comece a ganhar, e ele precisa ganhar.*

Só que os meios de ganhar ou é o ilícito ou é o perverso. Então tem os que vão para o ilícito, e tem os que são capturados pelo perverso e tem os que tentam escapar.(...)” (S7, homem, Sociedade Civil)

Tais valores, quando associados aos adolescentes e homens jovens podem ser potencializados por se associarem aos sentidos de invulnerabilidade e força, o que acentuaria a delegação dos postos de trabalho mais precários a esta população, produzindo uma auto-referência nestes de exploração, incompetência, desvalorização profissional e não reconhecimento social de suas capacidades e potencialidades.

4 - Conclusões

Aprofundar o debate sobre o lugar do adolescente e do homem jovem no campo da saúde pública favorece a ampliação do debate do reconhecimento do adolescente e do homem jovem e da qualidade deste reconhecimento na sociedade de maneira mais ampliada. Cumpre destacar, no entanto, que sem deixar de considerar a questão das invisibilidades, nossas análises procuraram avançar no debate sobre a adolescência e a juventude como um ciclo de vida e, mais especificamente, na compreensão da masculinidade transversalmente a este ciclo. Por ser um momento em que importantes sentidos de reconhecimento desses sujeitos e de seu pertencimento social são experienciados, guarda importante influência prospectiva quando examinamos as trajetórias de vida desses adolescentes e homens jovens.

Pelas análises obtidas das narrativas, os sentidos e condições que comumente são oferecidos aos adolescentes e homens jovens são marcados intensamente pela não oferta de oportunidades e por atributos desvalorizadores de suas capacidades; desvalores estes disseminados culturalmente e que exercem uma força pela fixação de uma posição de sujeito a esses adolescentes e jovens na dinâmica social que os desqualificam e excluem.

O aprofundamento da categoria ciclo de vida evoca a questão do momento ótimo em que determinadas intervenções são necessárias e que, quando não identificadas e efetivadas, produzem desdobramentos para além daquele ciclo, potencializando o efeito negativo da não intervenção. Cumpre ressaltar que os esforços para a instauração de certos sentidos à adolescência, à juventude e destas articuladas à masculinidade

atribuem a este ciclo de vida atributos de reconhecimento negativo culturalmente disseminados.

As narrativas dos atores aqui analisadas expressam as falas e as demandas deste segmento populacional que denuncia os sentidos atribuídos à adolescência, à juventude e à masculinidade, vivenciados neste ciclo de vida e que ainda não conseguem ser acolhidas e reconhecidas por políticas públicas que favoreçam a inclusão, a participação mais intensa dos adolescentes e dos jovens na sociedade: ou seja, seu reconhecimento positivo.

Destacamos que a prática desses atores no campo da saúde e na educação para a promoção da saúde com os adolescentes e homens jovens permite a identificação de capacidades e potencialidades neste ciclo de vida que demandam intervenções que os qualifiquem positivamente, favorecendo a diminuição dos índices de morbimortalidade deste segmento populacional. A ausência de políticas públicas que assegurem a execução de programas e ações voltadas para a atenção básica para esta população implica o aprofundamento do seu reconhecimento negativo.

Por fim, concluímos que os esforços pela legitimação da proposição da PNAISAJ expressam a compreensão dos atores participantes deste projeto político da luta pelo reconhecimento positivo não só da adolescência e da juventude como um ciclo de vida, mas também da masculinidade vivenciada pelos adolescentes e homens jovens, numa perspectiva relacional de gênero, como uma dimensão fundamental que atravessa este ciclo.

5 - Referências

1. Schraiber, LB et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(5):961-970.
2. Couto, MT et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface* 2010; 14(33):257-270.
3. Gomes, R et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011, 16(Supl. 1):983-992.
4. Gomes, R et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis* 2010, 21(1):113-128.

5. Connel, RW. *La organización social de la masculinidad*. [on line] [http://www.cholonautas.edu.pe/biblioteca virtual de ciencias sociales](http://www.cholonautas.edu.pe/biblioteca_virtual_de_ciencias_sociales) (acessado em 20/out/2007).
6. Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Rev. bras. estud. popul.* 2003; 20(1):79-92.
7. Castro, LR de. Da invisibilidade à ação: crianças e jovens na construção da cultura. In: *Crianças e Jovens na construção da cultura*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU 2001.
8. Groppo, LA. *Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: DIFTEL; 2000.
9. Kuh, Ben-Shlomo. In: OMS. *La salud desde la perspectiva del ciclo vital*. Genebra: OMS; 2000.
10. Castro, LR de. Da invisibilidade à ação: crianças e jovens na construção da cultura. In: *Crianças e Jovens na construção da cultura*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU 2001.
11. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2007.
12. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC; 2002.
13. Fontanella, BJB, Ricas, J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
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. Bardin, L. In: Deslandes, SF, Gomes R, Minayo, MCS (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007, p. 79-108.
17. Simmel, G. *Questões fundamentais da Sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.
18. Honneth, A. In: Mendonça, RF. O Reconhecimento em debate. *Rev. Sociol. Polít.* 2007; 29:169-185.

19. Honneth, A. *A Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34; 2003.
20. Hall, S. *A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo*.
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 (acessado em 22/ago/2005).
21. Pinheiro, AA de A. A criança e o adolescente como sujeitos de direitos: emergência e consolidação de uma representação social no Brasil. In: *Crianças e Jovens na construção da cultura*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU; 2001.
22. Laclau, E. *Emancipação e diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2011.
23. Mota, MP da. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cad. Saúde Pública* 1998, 14(1):145-155.
24. Villela, WV, Doreto, DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública* 2006, 22(11):2467-2472.
25. Simmel, G. *Questões fundamentais da Sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
26. Honneth, A. *A Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.

Contribuições

SB Lopez trabalhou na concepção, delineamento, produção e análise da pesquisa, e redação final e

MCN Moreira trabalhou na concepção, orientação teórica, desenho metodológico, redação final, revisão crítica e aprovação da versão do artigo para publicação.

CSP_1602/11

Adolescentes e homens jovens: do debate sobre a dupla invisibilidade à luta pelo reconhecimento.

Histórico

Evento	Data
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	08/12/2011
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	09/12/2011
Artigo em avaliação pelos consultores ad hoc	02/02/2012
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	04/03/2012
Decisão enviada para o autor	19/03/2012

Capítulo 3
Considerações Finais

Considerações Finais

O trabalho empírico e as análises desenvolvidas sobre a caracterização do campo, das fontes documentais e dos sentidos emergentes das narrativas analisadas nos possibilitou a observação das dimensões que buscávamos desde a proposta da pesquisa. No entanto, desse mesmo campo, outras inusitadas considerações foram-nos se apresentando como dimensões sensíveis e igualmente relevantes dos esforços da pesquisa e do aprofundamento de seus problemas – dimensões que se mostravam como inesperadas, mas que são promovedoras de uma análise mais densa.

Nas fases primeiras da pesquisa, quando da busca pelo acervo documental oficial que versava sobre a instauração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, um momento de impasse se inaugurou quando nos deparamos com a não promulgação do texto propositor dessa política, passados cerca de três a quatro anos da convocatória para a elaboração do texto oficial aos profissionais, especialistas, membros de governo, organizações não governamentais e jovens, pela própria coordenação da Área Técnica da Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde. A constatação do *gap* político, expresso na ausência de uma política nacional específica, produziu uma série de questionamentos e indagações de como essa população, considerada aquela que seguirá com a estruturação e salvaguarda social e política em termos de coletividade, é reconhecida pelas instâncias sociais mais ampliadas.

Num segundo momento, as narrativas obtidas dos participantes dos debates e oficinas organizados para a elaboração da proposição da PNAISAJ nos apresentaram a um grupo de atores que, para além do conhecimento técnico sobre o campo da saúde da população de adolescentes e jovens, afirmam um posicionamento de enfrentamento das

questões relacionadas a esse campo muito próximo aos próprios adolescentes e jovens, quase que como cooptados pela população sobre a qual produziam o conhecimento. Frequentemente, por se posicionarem com uma escuta diferenciada frente a esses adolescentes e jovens, expressavam como defendiam o argumento de que a proposição política relacionada a essa população tinha como foco as demandas declaradas diretamente pela população a qual se dirigia, ou seja, os adolescentes e jovens. As vezes, os espaços para o debate político e as prioridades estabelecidas deveriam ser ocupados pelos próprios adolescentes e jovens reconhecidos em sua plena capacidade decisória e de participação social e política por esse grupo de atores. Uma militância construída na relação com os adolescentes e jovens pôde ser observada, e uma frequente autorreflexão sobre o trabalho desenvolvido pelos atores adultos participantes deste grupo, declarada. O trabalho no campo dos adolescentes e jovens afetou os adultos com os quais se relacionam, produzindo novos olhares e conhecimento sobre o potencial e as capacidades dessa população. Podemos observar que os adolescentes e jovens que participaram da construção da proposição política também afirmaram como o trabalho com esses adultos os afetou em seu autorreconhecimento e estima, potencializando-os como agentes de mudança numa relação, mesmo que, por vezes, questionada.

Outrossim, para esses atores, o próprio sistema de atenção básica em saúde produz exclusão quando se trata dos cuidados relacionados à saúde e ao cuidado de si da população de adolescentes e jovens. Exclusão esta ainda mais acentuada e expulsiva quando considerado o não acolhimento do masculino nesse setor da saúde. Com isso, as dimensões da adolescência e da juventude masculinas corroboram para a exclusão de um segmento da população aos serviços de atenção básica, na medida em que o campo da saúde na oferta de seus serviços não guarda um olhar diferenciado em relação ao

homem, ao adolescente e ao jovem. Numa paradoxal produção de desigualdades, o Sistema Unificado de Saúde – SUS - que, por princípio, se afirma inclusivo, posto que universal, produz uma assimetria entre os gêneros e/ou entre os diferentes ciclos de vidas e serviços, com agravamento dos quadros de morbimortalidade entre os adolescentes e homens jovens.

Além das questões suscitadas pelo escopo empírico, já nas análises comparativas entre as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da população de homens nos ciclos de vida da adolescência/juventude e vida adulta, pode-se observar a descontinuidade das práticas de saúde por expressarem lógicas e sentidos, sobre a masculinidade, díspares entre si. Enquanto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, a masculinidade é vista mais fortemente associada a uma perspectiva biomédica, na proposta da Política Nacional de Atenção integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, a masculinidade é considerada em suas relações com o mundo do trabalho, numa perspectiva relacional de gênero, onde uma multiplicidade de aspectos é levada em conta, não se restringindo aos aspectos das doenças e seus agravos, mas à relação dessas com o contexto em que o adolescente e o homem jovem estão inseridos.

Com isso, observamos que a PNAISH confere centralidade a sentidos que associam a masculinidade a aspectos relacionados à morbimortalidade desse extrato populacional, colocando o homem adulto no lugar da doença. Reforça, assim, um distanciamento do homem à ideia de promoção e de prevenção da saúde em suas múltiplas dimensões. Tangencia o debate sobre a inequidade entre os gêneros, no entanto enfatiza a atribuição ao homem quanto à sua inserção no mercado de trabalho e nos processos de produção, não promovendo um debate mais aprofundado das questões

de gênero, dos múltiplos sentidos que podem ser atribuídos às masculinidades e da consequente pluralização das vivências dessas masculinidades. Vale dizer que favorece, mas não dá centralidade ao debate sobre seu papel social, suas interações afetivo-sexuais e sobre os processos de socialização masculina, só para citar alguns.

Numa outra direção, a não legitimação da PNAISAJ, ao propor uma ruptura, uma nova compreensão sobre a adolescência e juventude no Brasil e, mais especificamente, sobre a vivência da masculinidade nesse ciclo de vida, não consegue ascender em seu projeto político, em sua agenda de ações, cenário que compreendemos como um reforço da vulnerabilidade dessa população.

A falência do projeto para a proposição de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ - foi compreendida pelo grupo de atores participantes da sua construção como uma reafirmação da desvalorização e do descuido conferidos aos adolescentes e jovens bem como do reconhecimento negativo atribuído a esse ciclo de vida, numa leitura adultocêntrica, que reforça uma necessidade de tutela a essa população, ao mesmo tempo em que não reconhece suas fragilidades e vulnerabilidades. Em outras palavras, a proposta não promulgada do texto político da PNAISAJ expressa a luta por uma mudança de paradigma em relação à adolescência e à juventude, reconhecendo-os como agentes autônomos e capazes de uma ampla participação social e política.

Defendemos a identificação e a reflexão sobre os sentidos hegemônicos atribuídos à adolescência, à juventude e à masculinidade no campo da saúde como fundamental para a compreensão e o acolhimento da dinâmica das sociedades, reafirmando uma perspectiva social-ambiental e não biologicista⁷² para as análises dos determinantes da saúde.

Assumir tal posição, a nosso ver, é ampliar o debate no campo da saúde pública para além dos paradigmas médicos ou econômicos, assegurando a abertura de espaços e possibilidades para novos posicionamentos aos segmentos populacionais ainda excluídos do sistema, ampliando a agenda de ações e intervenções para o campo da saúde que reconheça as diferenças, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade preconizados pelo SUS.

Cumpramos destacar ainda que assumimos alguns limites em relação ao último objetivo específico proposto por esta pesquisa e apontamos a necessidade de gerar novos estudos sobre diferenças e tensões presentes no interior das narrativas. Tais tensões foram identificadas nos discursos dos atores sociais entrevistados que se apresentaram como antagonismos⁷³ e que foram deixados em reserva, fora do debate para proposição do texto da PNAISAJ, se considerarmos a possibilidade de ampliação do número de narrativas para essas análises: (1) a questão das múltiplas modalidades sobre como se trabalhar com os adolescentes e jovens de maneira a promover a emancipação, a participação e a ocupação dos espaços de poder e de decisão pelos próprios adolescentes e jovens, que não passe por uma leitura adultocêntrica, mas por uma legítima leitura e visão de mundo, orientada pelos próprios adolescentes e jovens; (2) a questão sobre as formas de representação dos jovens pelos profissionais – práticas de *advocacy*, militância política, educadores de organizações não governamentais -, nas quais foram identificados discordantes posicionamentos entre esses atores quanto a uma maior legitimidade de representar, que transita pelo “falar por”, “defender com” e “instrumentalizar para”; e (3) a inclusão da questão da categoria *território* no debate sobre o alcance das políticas de atenção à saúde aos adolescentes e jovens, que não pode ser desvinculada da questão das culturas e modos de ser locais.

Por fim, cabe ressaltar a pertinência quanto à continuidade de outros estudos em função de um denso material que ainda está em produção no cenário da adolescência e juventude no Brasil, com o desenvolvimento de estudos de diálogos entre políticas de saúde e políticas de outros setores, como, por exemplo, a recente aprovação do *Estatuto da Juventude* no Brasil, pela Câmara dos Deputados, em 05 de outubro de 2011, mas ainda em tramitação pelo Senado, como expressão da compreensão da adolescência e da juventude no Brasil em suas interlocuções com outras dimensões da sociedade que não a da saúde, foco desta pesquisa.

3.1 – Referências*

1. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2007.

2. Éboli, E. Comportamento de Alto Risco: pesquisa revela que Brasil tem altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 16 set 2008. *Caderno Ciência*, p.31.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos - PCAP 2008, Dez 2011. 130p.

4. Unbehaum, S, Cavasin, S, Silva, V. Violência , sexualidade e saúde reprodutiva: contribuições para o debate sobre políticas públicas de saúde para rapazes. In: AO, R de CF, Alvarenga, AT de, Vasconcellos, M de PC (orgs.) *Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos*. Fapesp: EDUSP, 2005, p. 221.

5. Ayres, JRC et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003, p. 117-139.

6. WHO. World Health Organization. What about boys? A review of literature on the health and development of adolescent boys. WHO/FCH/CAH/00.7 Geneva: WHO, 2000.

7. WHO. World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. *Working with Adolescent Boys, a workshop report*. WHO/FCH/CAH/00.9. Geneva: WHO, 2000.

* As referências seguem as normas propostas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ.

8. Minayo, MCS. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF (orgs.) *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 83-108.
9. Ball, S. Performatividade, privatização e o pós-Estado do bem-estar. In: *Educação e Sociedade*, v. 25 (89), 2004, p. 1105-1126.
10. Dupas, G. O futuro dos Estados Nacionais. In: *Atores e poderes na nova ordem global*. São Paulo: Editora Unesp, 2005, p. 137-174.
11. Hall, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
12. Hall, S. *A Centralidade da Cultura: Notas sobre as Revoluções Culturais do Nosso Tempo* [on line] Disponível na internet via www url: http://www.educacaoonline.pro.br/art_a_centralidade_da_cultura.asp Acessado em 22/08/2005.
13. Foucault. M. Verdade e Poder. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
14. Gomes, R. *A Construção da masculinidade como fator impeditivo do cuidar de si* [projeto de pesquisa de bolsa de produtividade apoiado pelo CNPq - período 2004-2006].
15. Costa, RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. In: *Revista Brasileira de Estudos da População*, v. 20, n. 1, jan./jun. 2003.
16. Gomes R, Nascimento, E F, Araújo, F C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior? CSP, Rio de Janeiro, 23(3), mar 2007, pp. 565-574.

17. Silva, CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. In: *Revista de Saúde Pública*, v. 36 (4 Supl), 2002, p. 40-49.
18. Gomes, R, Nascimento, EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5), 2006, p. 901-911.
19. Rebello, LEFS. *A iniciação sexual e masculinidade: uma análise das narrativas de homens jovens*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz: 2006.
20. Villela, WV.; Doreto, DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11), nov 2006, p. 2467-2472.
21. Mota MP da. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos temas da AIDS. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(1), jan-mar1998, p.145-155.
22. Heilborn, ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldenberg, P.; Marsiglia, RMG. & Gomes, MHA. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
23. Gagnon, JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
24. Keijzer, B. Hasta donde el cuerpo aguante: Gênero, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S (coord.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003, p. 137-52.

25. Wertzell-Lang, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. In: Estudos Feministas, Ano 9, 2/2001, p. 460 – 482.
26. Connel, RW. *La organización social de la masculinidad*. [on line] Disponível na internet via www url: [http:// www.cholonautas.edu.pe/biblioteca virtual de ciencias sociales](http://www.cholonautas.edu.pe/biblioteca_virtual_de_ciencias_sociales). Acessado em 20/10/2007.
27. Oliveira, PP. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora da UFMG/rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2004.
28. Medrado, B. Adolescência, juventude, pré-adolescência, adultocência... Entre modelos culturais ideais e a ruptura com os padrões etários que (de)limitam lugares. In: *Adolescências em Movimento: traços, tramas e riscos*. Lyra, J et al (orgs.) Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto Jovem, 2011, p. 23-40.
29. Castro, LR de. Da invisibilidade à ação: crianças e jovens na construção da cultura. In: *Crianças e Jovens na construção da cultura*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU 2001.
30. Groppo, LA. *Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: DIFTEL, 2000.
31. Lyra, J. Políticas públicas para/com jovens: Tensões no processo de construção de sujeitos políticos. In: *Adolescências em Movimento: traços, tramas e riscos*. Lyra, J et al (orgs.) Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto Jovem, 2011, p. 67-80.
32. Abramo, HW. Juventude e política. In: *Adolescências em Movimento: traços, tramas e riscos*. Lyra, J et al (orgs.) Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto Jovem, 2011, p. 41-63.
33. Mendonça, R. Olhares críticos sobre o protagonismo juvenil e participação social: Uma releitura dos movimentos sociais de adolescentes. In: *Adolescências em*

Movimento: traços, tramas e riscos. Lyra, J et al (orgs.) Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto Jovem, 2011.

34. Mouffe, C. *O regresso do político.* Lisboa: Gradiva, 1996.

35. Marchat, O. Teoria do Discurso, pós-estruturalismo e paradigma da Escola de Essex. In: Mendonça, D de, Rodrigues, LP. *Pós-estruturalismo e Teoria do Discurso: em torno de Ernesto Laclau.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

36. Burity, JA. Discurso, política e sujeito na teoria da hegemonia de Ernesto Laclau. In: Mendonça, D de, Rodrigues, LP. *Pós-estruturalismo e Teoria do Discurso: em torno de Ernesto Laclau.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

37. Laclau, E. Articulação e os limites da metáfora. In: Laclau, E. *Emancipação e diferença.* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2011, p. 183-216.

38. _____. *La Razón Populista.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A., 2005.

39. _____. Por que os significantes vazios são tão importantes para a política? In: Laclau, E. *Emancipação e diferença.* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2011, p. 183-216.

40. Mouffe, C. *O regresso do político.* Lisboa: Gradiva, 1996, p. 27.

41. Laclau, E. *Emancipação e diferença.* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2011.

42. Mouffe, C. *O regresso do político.* Lisboa: Gradiva, 1996.

43. Hall, S. *A Centralidade da Cultura: Notas sobre as Revoluções Culturais do Nosso Tempo* [on line] Disponível na internet via www url: http://www.educacaoonline.pro.br/art_a_centralidade_da_cultura.asp Acessado em 22/08/2005.

44. Haas, PM. Introduction: epistemic communities and internacional policy coordination. In: Haas, PM (ed.) *Knowledge, Power and International Policy Coordination*. Columbia: University of South Carolina Press, 1992, p. 3
45. Faria, CAP. de. Idéias, conhecimento e políticas públicas – um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira das Ciências Sociais*, vol.18, nº 51, 2003, p. 21-29, fev. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>.
46. Antoniades, A. Epistemic communities, epistemes and the construction of (world) politics. *Global Society*, vol. 17, nº 1, p. 21-38.
47. A. Dias, RE. e Lopez, SB. Conhecimento, Interesse e Poder na Produção de Políticas Curriculares. *Currículo sem fronteiras*, v. 6 (2), 2006, p. 53-66. Disponível em: <[http:// www.curriculosemfronteiras.org](http://www.curriculosemfronteiras.org)>.
48. Carvalheiro, JR. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados*. 13 (35), 1999, p. 7-20.
49. Denzin, N, Lincoln, Y et col. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
50. Bourdieu, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 2004.
51. _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
52. Grigorowitschs, T. O Conceito “Socialização” Caiu em Desuso? Uma Análise dos Processos de Socialização na Infância com Base em Georg Simmel e George H. Mead. In: *Educação e Sociedade*. 29 (102), jan./abr. 2008, p. 33-54.
53. Simmel, G. *Questões fundamentais da Sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.
54. Honneth, A. In: Mendonça, RF. O Reconhecimento em debate. *Rev. Sociol. Polít.* 29, 2007, p.169-185.

55. Neto, JAC de A. A categoria “reconhecimento” na teoria de Axel Honneth. In: *Argumentos*. Ano 3, n. 5, 2011, p.139-147.

56. Honneth, A. *A Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34; 2003.

57. Deslandes, SF. Gomes, R. A. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi M.L.M., Mercado F.J. (org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 99-120.

58. Minayo, MCS. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF (orgs.) *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 83-108.

59. Velho, G. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

60. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC; 2002.

61. Fontanella, BJB, Ricas, J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(1), p.17-27.

62. Jovchelovitch, S, Bauer, MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. (orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Editora vozes, 2002, p. 90-113.

63. Ministério da Saúde/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: Ministério da Saúde; 2007.

64. Ministério da Saúde/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, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

65. 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.

66. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

67. Severino, AJ. *Metodologia do Trabalho Científico*. Cortez. São Paulo, 1993.

68. Gomes, R, Mendonça, EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, MCS, Deslandes S F, organizadores. *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002, p. 109-132.

69. Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, MCS (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007, p. 79-108.

70. Ball, SJ. Cidadania Global, Consumo e Política Educacional. In: Silva, Luiz Heron (org.) *A Escola Cidadã no Contexto da Globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998, p.121-137.

71. Bowe, R, Ball, SJ, Gold, A. *Reforming education and changing schools*. London: Routledge, 1992.

72. Ibañez, N. Globalização e Saúde. In: *Desafios da Globalização*. Petrópolis: Vozes, pp. 215-230, 1998.

73. Laclau, E. *Emancipação e diferença*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2011.

• **Andamento do projeto - CAAE - 0073.0.008.000-10**



Título do Projeto de Pesquisa

Uma análise dos discursos de protagonistas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens sob a perspectiva do masculino.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	04/11/2010 10:30:05	03/02/2011 09:35:04		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	04/11/2010 10:30:05	Folha de Rosto	0073.0.008.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	03/11/2010 15:44:15	Folha de Rosto	FR383517	Pesquisador
3 - Protocolo Pendente no CEP	02/12/2010 17:36:43	Folha de Rosto	0073/10	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	03/02/2011 09:35:03	Folha de Rosto	0073/10	CEP

[Voltar](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa intitulado: ***“Uma análise dos discursos de protagonistas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens sob a perspectiva do masculino.”***

Pesquisador(a) principal: Silvia Braña Lopez

Telefone: (21) 81729238

Por meio deste documento, autorizo minha participação na pesquisa sob a coordenação do pesquisador(a) principal supracitado por livre e espontânea vontade, tendo sido previamente esclarecido(a) de que:

- a pesquisa tem por finalidade constituir um acervo de narrativas sobre os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude sob a perspectiva do masculino, considerados na produção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, a partir da minha participação na construção deste texto político;
- os fatos por mim narrados devem estar associados ao tempo de minha permanência nos grupos de trabalho envolvidos no debate e na produção de proposições de textos para a consolidação da PNAISAJ;
- os fatos por mim relatados serão analisados e relacionados às informações fornecidas por outros participantes e/ou demais informações obtidas de documentos e textos oficiais do e/ou de outras entidades governamentais e/ou de produções científicas relacionadas ao tema, com o objetivo de construir uma interpretação sobre as dimensões relacionadas à PNAISAJ e abordadas na entrevista;
- os procedimentos relacionados à pesquisa podem prever além da entrevista, observações e registros em diário de campo;
- as entrevistas serão gravadas e/ou anotadas pelo entrevistador;
- meu relato será transcrito para uma linguagem escrita e poderá ser reproduzido no todo ou em parte em relatórios, artigos e quaisquer outras publicações de natureza acadêmica e/ou de pesquisa relacionadas aos objetivos dessa pesquisa, preservando o anonimato de minhas declarações;
- meu relato integrará um acervo que poderá ser utilizado por outros estudos de caráter acadêmico e de pesquisa, os quais poderão se utilizar das informações ali fornecidas;
- ao ceder meu relato para esta pesquisa, estarei contribuindo com um ramo de pesquisas associadas à análise da produção de políticas públicas no Brasil e com o aprofundamento dos estudos relacionados à compreensão dos aspectos culturais associados à adolescência e juventude no Brasil;

- poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer tempo sem prejuízo de qualquer natureza.
- o fornecimento de meu relato é voluntário, o que significa que não receberei qualquer forma de remuneração por parte dos pesquisadores.

Em caso de dúvida sobre essa pesquisa, entre em contato com:

Nome do pesquisador: Silvia Braña Lopez

Endereço: Rua Décio Vilares, 66 apto 101 – Copacabana – Rio de Janeiro – RJ

Cep: 20.041- 020

Telefones: (21) 8172-9238 ou 3435 4400

Página de assinaturas

A minha assinatura abaixo significa que concordo em participar dessa pesquisa. Esta assinatura ocorre após a leitura deste formulário, tendo sido respondidas todas as perguntas por mim formuladas ao longo da leitura.

Nome completo do participante (em letra de forma)	
Assinatura do participante	Data da assinatura

Nome completo do membro da equipe de pesquisa (em letra de forma)	
Assinatura do membro da equipe de pesquisa	Data da assinatura

Este formulário de consentimento será assinado em 2 (duas) vias pelo participante e pelo membro da equipe de pesquisa. A 1ª via será entregue ao participante e a outra será mantida junto aos registros em arquivo desta pesquisa, sob a guarda do(a) pesquisador(a) principal.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Projeto de pesquisa intitulado: ***“Uma análise dos discursos de protagonistas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens sob a perspectiva do masculino.”***

Pesquisador(a) principal: Silvia Braña Lopez

Telefone: (21) 81729238

Por meio deste documento, estou ciente e autorizo a participação de membro desta instituição na pesquisa sob a coordenação do pesquisador(a) principal supracitado, tendo sido previamente esclarecido(a) de que:

- a pesquisa tem por finalidade constituir um acervo de narrativas sobre os sentidos atribuídos à adolescência e à juventude sob a perspectiva do masculino, considerados na produção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ;
- os relatos obtidos por membro desta instituição poderão analisados e relacionados às informações fornecidas por outros participantes e/ou demais informações obtidas de documentos e textos oficiais do e/ou de outras entidades governamentais e/ou de produções científicas relacionadas ao tema, com o objetivo de construir uma interpretação sobre as dimensões relacionadas à PNAISAJ e abordadas na entrevista;
- os procedimentos relacionados à pesquisa podem prever além da entrevista, observações e registros em diário de campo;
- as entrevistas serão gravadas e/ou anotadas pelo entrevistador;
- os relatos obtidos serão transcritos para uma linguagem escrita e poderão ser reproduzidos no todo ou em parte em relatórios, artigos e quaisquer outras publicações de natureza acadêmica e/ou de pesquisa relacionadas aos objetivos dessa pesquisa, preservando o anonimato das declarações obtidas;
- os relatos integrarão um acervo que poderá ser utilizado por outros estudos de caráter acadêmico e de pesquisa, os quais poderão se utilizar das informações ali fornecidas;
- os relatos obtidos para esta pesquisa irão contribuir com um ramo de pesquisas associadas à análise da produção de políticas públicas no Brasil e com o aprofundamento dos estudos relacionados à compreensão dos aspectos culturais associados à adolescência e juventude no Brasil;
- o fornecimento dos relatos serão voluntários, o que significa que não foi recebida pelo membro desta instituição qualquer forma de remuneração por parte dos pesquisadores.

Em caso de dúvida sobre essa pesquisa, entre em contato com:

Nome do pesquisador: Silvia Braña Lopez

Endereço: Rua Décio Vilares, 66 apto 101 – Copacabana – Rio de Janeiro – RJ

Cep: 20.041- 020

Telefones: (21) 8172-9238 ou 3435 4400

Página de assinaturas

A minha assinatura abaixo significa que estou ciente e autorizo a participação de membro desta instituição nessa pesquisa.

Nome completo do representante da instituição (em letra de forma)	
Assinatura do representante	Data da assinatura

Nome completo do membro da equipe de pesquisa (em letra de forma)	
Assinatura do membro da equipe de pesquisa	Data da assinatura

Este formulário de consentimento será assinado em 2 (duas) vias pelo representante da instituição autorizadora e pelo membro da equipe de pesquisa. A 1ª via será entregue ao representante da instituição e a outra será mantida junto aos registros em arquivo desta pesquisa sob a guarda do pesquisador(a) principal.

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão **et al**. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos **Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos** (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. **Artigo padrão** (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. **Instituição como autor**

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. **Sem indicação de autoria**

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. **Número com suplemento**

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. **Indicação do tipo de texto, se necessário**

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. **Indivíduo como autor**

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. **Organizador ou compilador como autor**

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. **Instituição como autor**

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. **Capítulo de livro**

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. **Resumo em anais de congressos**

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. **Trabalhos completos publicados em eventos científicos**

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

12. **Dissertação e tese**

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. **Artigo de jornal**

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. **Material audiovisual**

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. **Documentos legais**

Brasil. Lei 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; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. **Artigo em formato eletrônico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. **Monografia em formato eletrônico**

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. **Programa de computador**

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

Introduction

Ciência & Saúde Coletiva publishes debates and unpublished analyses and research results on **specific themes** considered relevant to the Collective Health field, as well as articles with discussion and analysis on the state of the art in the overall field and its component areas, even when such articles do not focus on the specific issue's central theme. The journal, published monthly, aims to tackle the field's challenges, seek its consolidation, and constantly keep pace with the trends of thought and practices in Collective Health, in dialogue with the contemporary Science and Technology agenda.

The journal *C&SC* adopts the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals** of the International Committee of Medical Journal Editors. The Portuguese language version of which was published in *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. The original document in English is available on various websites in the World Wide Web, such as www.icmje.org; www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. It is recommended that authors read these requirements carefully.

Sections in the publication

Editorial: Responsibility of the Editors. This manuscript should be limited to a maximum 4,000 characters including spaces.

Debate: articles written at the Editors' invitation, focusing on the journal issue's central theme, and receiving signed criticism and comments from up to six experts (also guests), with a subsequent reply by the first author. The article should be limited to a maximum of 40,000 characters, including spaces, while the reviews by the discussants and the author's reply should have a maximum of 10,000 characters each, also, with space.

Theme articles: critical review or the result of empirical, experimental, or conceptual research on the main topic in the theme issue. Research manuscripts should be limited to a maximum of 40,000 characters and review texts should have a maximum of 50,000 characters, both including spaces.

Free theme articles: not included in the theme issue's main content, but focused on research, analyses, and evaluations of a theoretical/methodological or conceptual nature in the Collective Health field and component areas. The maximum article size is the same as for theme articles.

Opinion: manuscript expressing an expert opinion by one or more authors, or interviews with experts on the topic under debate in the issue; limited to a maximum of 20,000 characters, including spaces.

Book reviews: critical analysis of a book related to the issue's thematic field, published during the two previous years, with a maximum of 10,000 characters. The authors should send a high-definition reproduction of the book's cover to the journal Secretariat.

Letters: critique of an article published in a previous issue of the journal or a short note critically describing emerging situations in the thematic field (maximum of 5,000 characters including spaces).

Note: The maximum number of characters includes spaces and both the body of the text and the references; the abstract and illustrations (figures and charts) are tabulated separately.

Submitting manuscripts

1. The originals may be written in Portuguese, Spanish, French, or English. Manuscripts in Portuguese or Spanish should have the title, abstract, and key words in both the original language and English. Manuscripts in French should have the title, abstract, and key words in both the original language and Portuguese. Footnotes and endnotes will not be accepted under any circumstances.

2. Manuscripts should be double-spaced with Times New Roman font, size 12, 2.5 cm margins, in Word format and only submitted via www.cienciaesaudecoletiva.com.br according to the guidelines in the menu Artigos e Avaliação. In doubt, contact the editor (cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Articles submitted may not be reported in another publication or be submitted simultaneously to other journals. Any subsequent reporting of the article in another publication should have the explicit approval of the editors of both journals. The secondary publication should indicate the source of the original publication.

4. Ethical issues pertaining to publication of research on human subjects are the full responsibility of the authors and should comply with the principles contained in the Helsinki Declaration of the World Medical Association (1964, revised in 1975, 1983, 1989, 1996, and 2000).

5. Manuscripts should be submitted with the respective authorizations to reproduce previously published material, to use illustrations that may identify persons, and to transfer any necessary copyrights and/or rights on other documents.

6. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the exactness and origin of the citations, are the exclusive responsibility of the author(s).

7. Published articles will be the property of *C&SC*, and total or partial reproduction in any medium whether print or electronic, without prior authorization by the journal, is expressly prohibited.

8. Manuscripts are generally (but not necessarily) divided into sections with the titles Introduction, Methods, Results, and Discussion, and sometimes it is necessary to include subtitles in some sections. Section titles and subtitles should not be organized with consecutive numbering, but with graphic resources (capital letters, indentation, etc.).

9. The abstract, with a maximum of 1,400 characters with space (including the key words),

should explain the object, objectives, methodology, theoretical approach, and results of the study or investigation. Immediately below the abstract the author(s) should list a maximum of six key words. We call attention to the importance of clarity and objectivity in drafting the abstract, which is expected to contribute to the reader's interest in the article, as well as the key words, which will aid in the article's multi-indexation.

Authorship

1. The persons (people) designated as authors should have participated in the elaboration of the article in such a way that they can take public responsibility for its content. Qualifying as an author presupposes: a) conception and design or data analysis and interpretation, b) drafting or critically revising the article, and c) final approval of the version to be published.

2. When submitting a manuscript, the individual contribution of each author should be specified in the article's elaboration (e.g., LM Fernandes worked in the design and final draft and CM Guimarães in the research and methodology).

Nomenclatures

1. The rules of biological nomenclature should be strictly observed, as should those of abbreviations and conventions adopted in specialized disciplines.

2. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

3. The complete designation to which an abbreviation refers should accompany its first occurrence in the manuscript, except in the case of standard measurement units.

Illustrations

1. Illustrations in *Ciência & Saúde Coletiva* include **tables** (demonstrative elements such as numbers, measurements, percentages, etc.), **charts** (demonstrative elements with textual information), **graphs** (schematic demonstration of a fact and its variations), **figures** (schematic display of information by means of maps, diagrams, flowcharts, drawings, and photographs). Note that the journal is printed in black and white only, and if illustrations are in color they will be transformed into gray tones.

2. The number of illustrations should not exceed **five** per article, except for systematization articles referring to specific areas of the thematic field, in which case there should be prior negotiation between the editor and author(s).

3. Illustrations should be numbered consecutively in Arabic numerals, with their respective legends and sources, and a brief title should be given to each. All the illustrations should be cited in the text.

4. **Tables** and **charts** should be prepared in the same program used in the article (Word 2003, 2007).

5. **Graphs** should be prepared in Corel Draw or Photoshop and should be sent in opened archive format.

6. Figures (e. g. Maps) should be saved in (or exported to) CDR (Corel Draw) format. This format maintains the vector information, that is, maintain the maps' drawing lines. If it is impossible to save the figures in this format, the files may be sent in the TIFF or BMP formats, which are image formats and do not maintain their vector information, which jeopardizes the quality of the results. If the TIFF or BMP format is used, save at the highest resolution (300 DPI or greater) and in the largest size (longest side = 18cm). The same applies to photographic material. If it is not possible to send the illustrations in digital medium, the original material should be sent in good condition for reproduction.

Acknowledgments

1. When acknowledgments are made, they should come before the references (only in the Word file attached in the site).
2. The authors are responsible for obtaining written authorization from the persons named in the acknowledgments, since readers may infer that such persons subscribe to the data and conclusions.
3. Acknowledgements for technical support should be made in a separate paragraph from those for other types of contributions.

References

1. References should be numbered consecutively by the order in which they are cited in the text. Whenever a reference is by more than two authors, the text should cite only the name of the first author followed by the expression *et al.* In the References section, all authors should be cited.
2. References should be identified by superscript Arabic numerals, according to the following examples: ex. 1: Some researches have proposed that global climate change is likely to have an effect in the future on asthma¹.; ex. 2: Harold Blum's 4 description of a Jewish patient⁴. References cited only in the charts and figures should be numbered beginning (starting) after the number of the last reference cited in the text.
3. Cited references should be listed at the end of the article in numerical order, according to the overall norms of the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>).
4. Names of journals should be abbreviated according to the style used by Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. Names of persons, cities, and countries should be cited in the publication's original language.

Examples of how to list references

Articles in periodicals

1. **Standard article** (all authors should be included) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.
2. **Institution as author**
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284.
3. **Without indication of authorship**
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. **Issue as supplement**
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Pública* 1993; 9 Supl 1:71-84.
5. **Indication of type of text, if necessary**
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Books and other monographs

6. **Individual as author**
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. **Organizer or compiler as author**
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. **Institution as author**
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.
9. **Book chapter**
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. **Abstract in congress proceedings**
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. **Complete papers published in scientific events**
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Theses and dissertations

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Other published works

13. Newspaper article

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 31 jan. p. 12.
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Audiovisual material

HIV+/AIDS: the facts and the future [video-cassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Legal documents

Brasil. Lei 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; 19 set.

Material in press or unpublished

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Electronic material

16. Article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2):[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monograph in electronic format

CDI, Clinical Dermatology Illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Computer program

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

- Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

- Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais

sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- Processo de submissão *online*

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema **SAGAS**. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- Envio do artigo

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link*

"Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter

no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich

Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

