Texto para Discussão

SAÚDE

Políticas públicas de juventude: saúde em pauta?

Jorge Lyra

Instituto Papai

jorgelyra@papai.org.br

André Sobrinho

Canto Jovem

andre@cantojovem.org.br

Iniciamos esse texto com uma pergunta provocativa e adiantamos aos leitores/as[1] desavisados/as que não iremos responder, pelo menos com respostas que se proponham ser definitivas e absolutas, e sim com outras indagações, talvez até novas! Mas, por que iniciar um texto de análise, avaliação, balanço de políticas com perguntas que não vão ser respondidas? Bom, como podem ver já estamos formulando outras questões, mas nesse caso a resposta até que é simples, ou pelo menos nos parece em um primeiro momento.

Questionar se a Saúde seja como tema, seja como campo de saber, ou como área especifica de formulação e implementação de políticas, programas, projetos e serviços voltados aos jovens e, - incluímos aqui os adolescentes, mas depois voltaremos a esse ponto -, em algum momento da história recente foi ou é pauta para as políticas de juventude é um ponto que queremos explorar e refletir coletivamente nesse texto. Principalmente por que mesmo tendo a tarefa de fazermos esse balanço, acreditamos que a resposta a essa questão não é um consenso. Observamos pelas nossas experiências e trajetórias pessoais, profissionais e institucionais que a depender de onde olhamos, de onde falamos, de que lugar nos posicionamos, a resposta a essa questão pode ser positiva ou negativa ou mesmo pode ser considerada uma perda de tempo discutir sobre saúde. Afinal, há questões mais importantes, emergenciais, alguns até podem dizer: temos que fazer a revolução! Particularmente, do lugar do qual falamos que entende a saúde como direito, pensá-la como pauta/demanda/agenda de políticas ainda está longe do cenário das políticas de juventude.

---

[1] No decorrer do texto usaremos a grafia padrão da língua portuguesa, que toma a desinência plural masculina (os) para generalizar os casos em que os sujeitos são representados por homens e mulheres.

Em outras palavras o lugar do qual falamos - o Instituto Papai - é de uma Organização Não Governamental (ONG) feminista que trabalha a partir de uma perspectiva de gênero com homens (em particular jovens), masculinidades, saúde, direitos sexuais e reprodutivos e que desde a sua origem trabalhou com pais adolescentes e jovens, principalmente no campo da Saúde, e que tem como um dos princípios éticos o respeito às jovens gerações. Ainda estamos na labuta para que as nossas propostas de trabalho se constituam efetivamente em políticas públicas.

Outro lugar do qual falamos é também de uma ONG – o Canto Jovem - que tem trajetória histórica de defesa dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da população adolescente e jovem e, que ancora fortemente suas ações no campo da saúde e, que também encontra uma série de resistências e impasses para ver/ter sua agenda política implementada seja em diálogo com os movimentos sociais de juventude ou mesmo de adolescentes, seja com os governos e seus representantes, em sua maioria adultos, profissionais, especialistas que desenham ou desenvolvem as ações diretas com essa população.

Bom, após a explicitação de que lugar nós falamos com vistas a auxiliar o leitor a poder dialogar conosco e entender os pressupostos dos nossos argumentos, gostaríamos de apontar outro elemento que orienta as nossas reflexões. Estamos formulando esse texto de balanço sobre qual o lugar da saúde nas políticas de juventude, a partir da área de análise de políticas, adotando um referencial oriundo da Saúde Pública (Araujo-Junior, 2000).

Modelo de análise de políticas de saúde

Esmiuçando um pouco mais o que queremos dizer com isso, assinalamos que em estudo recente elaborado para a tese de doutorado em Saúde Pública sobre o lugar dos homens nas políticas de direitos reprodutivos (Lyra, 2008) adotamos a perspectiva concebida por José Luiz do A. C. de Araújo Junior (2000) em que ele define a *análise* como uma abordagem de estudo que permite formar uma opinião acerca das políticas públicas. Segundo este autor, a análise se caracteriza como uma categoria de investigação com metodologia própria, que deve ser claramente delineada e explicitada, pois reflete formas específicas de compreender as políticas públicas.

Na perspectiva da *análise* são considerados os discursos oficiais e não oficiais que sustentam as políticas públicas, ou seja, seus discursos explícitos e implícitos, compreendendo, inclusive, a não-política como uma política (ARAÚJO JUNIOR, 2000;

ARAÚJO JUNIOR; MACIEL FILHO, 2001; BRANCO, 2001; DYE, 1995; PARSON, 1995). Desse modo, a ausência de ações e estratégias, o silêncio acerca de uma determinada questão pode ser uma estratégia de ação frente à mesma (ARAÚJO JUNIOR, 2000).

Este referencial teórico-metodológico permite visualizar os diferentes elementos que influenciam a formulação e implementação de uma política. De acordo com os objetivos e do ponto a partir do qual se interpreta e analisa, podem ser obtidos diversos julgamentos sobre as políticas públicas produzidas (ARAÚJO JUNIOR, 2000). Desta forma, a análise amplia e facilita a observação dos diversos determinantes das políticas. Esses determinantes, segundo Araújo Junior, podem ser de ordem política, ideológica e social, ou ainda determinações calcadas em interesses pessoais ou em evidências, quer sejam elas epidemiológicas, sociais ou econômicas.

Entretanto, apesar de existir uma série de métodos para o estudo de políticas públicas, estes em sua maioria não conseguem dar conta da multiplicidade de fatores, atores e elementos que precisam ser considerados para apreender a complexidade deste evento processual em que se caracteriza uma política pública (ARAÚJO JUNIOR, 2000). Este autor salienta que com a *análise* tem-se o objetivo de intervir nas políticas públicas, quer seja no sentido de formulá-las ou de propor outras diferentes, analisando-as durante ou após sua implementação. O importante, ele salienta, é que a análise permita o fortalecimento teórico do campo e o desenvolvimento e aprimoramento no âmbito das intervenções públicas do setor saúde.

Levando isto em consideração, Araújo Junior (2000), propõe trabalhar com quatro categorias de análise de políticas públicas propostas inicialmente por Gill Walt e Lucy Gilson (1994) – o contexto, os atores, o conteúdo e o processo. O **contexto** caracteriza o ambiente no qual a política é proposta e implementada. Este ambiente engloba os contextos sócio-históricos, políticos, ou mesmo ideológicos que circunscrevem a política e que lhe dão sentido. A política surge como resposta a este contexto, interferindo e sendo interferida pelo mesmo. Isto implica em dizer que as políticas públicas são históricas e comprometidas com determinados contextos, quer seja com o objetivo de modificá-los, quer seja com o objetivo de perpetuá-los; **atores** de uma política são todas as pessoas, instituições e organizações sociais que contribuem direta ou indiretamente para a mesma, em todas as fases de seus

processos, desde a formulação até a implementação, considerando-se inclusive o controle social ou ainda os que atuam em oposição à política. A definição de atores se aproxima da concepção de vozes proposta por Mary Jane Spink (1999), inspirada em Michael Bakhtin (1994), que se refere tanto aos interlocutores diretamente envolvidos em uma produção discursiva como àqueles que são referidos neste discurso. Assim, os atores são também aqueles a quem os textos das políticas se referem explicitamente; em relação ao **processo,** as políticas públicas são dinâmicas e dialéticas, não sendo possível separar cada uma de suas fases, a não ser para fins didáticos. Para vários autores, inclusive Walt e Gilson (1994), estas fases ou etapas se resumem na identificação de problemas, formulação da política, sua implementação e avaliação. Entretanto, Araújo Junior (2000) salienta que para a análise das políticas são relevantes primariamente os momentos de formulação e implementação, os quais, mais uma vez vale ressaltar, não ocorrem de forma sistemática, paralela e articulada; e, como **conteúdo** são compreendidos todos os argumentos que sustentam a política e que se expressam nos programas, projetos e nas mais diversas ações programáticas e produtos, tendo em vista que uma política para se estruturar deve antes de tudo ser passível de efetivação, ou seja, precisa ser viável. Trata-se, então, de entender quais os valores, crenças, representações, interesses financeiros ou políticos que orientam a política. Araújo Junior (2000) evidencia alguns perfis das políticas de saúde como neoliberais, socialdemocratas, conservadores, socialistas ou feministas. Assim, propõe-se que uma política pode ser permeada por diversos conteúdos, por vezes até contraditórios, mas que se organizam de determinada forma a dar corpo e estrutura à mesma, não sendo muitas vezes possível definir um único perfil que a delimite.

Portanto, a análise de políticas aqui proposta teve como eixos estruturadores estes quatro componentes, mas não se preocupem que não é nosso propósito nesse texto passar de maneira exaustiva pelos quatro elementos, mas a partir do material empírico, no qual as análises foram baseadas, as informações destas políticas contidas nos documentos de governo, documentos de domínio público (Spink, P., 1999), que orientam a execução de programas, projetos e ações em juventude e saúde em nível federal, estadual e municipal e pelas nossas incursões pelo campo das políticas a partir das contribuições para a sua elaboração e/ou do lugar de controle social fazendo a crítica, além da leitura de textos,

artigos e livros que influenciaram a formulação e implementação das atuais políticas desse campo.

Explicitada a nossa proposta de análise vamos passar agora a descrição e reflexão critica de como observamos os diferentes momentos históricos e trajetória do debate sobre a saúde e juventude tendo como, por exemplo, o processo de formulação de propostas de documentos de políticas, de diferentes naturezas, nesses últimos anos.

Para tanto, precisamos voltar no tempo, pelo menos ao fim dos anos 80, momento em que por um lado estavam sendo discutidas e formuladas, no Brasil e fora dele, propostas de políticas, entre elas: a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o SUS, o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD entre outras; além disso, é interessante pontuar: como essas propostas se transformam em documentos? Que documentos tornaram-se de domínio público? Quais os processos de elaboração? Com quem dialogaram, que atores? A partir de que perspectivas? Quais conteúdos ganharam legitimidade na disputa de sentidos sobre políticas, juventude e saúde? Por outro, quando pensamos a Saúde precisamos também inserir o recorte etário, ou seja, introduzir a discussão sobre de quem estamos falando? É sobre jovens? Ou sobre adolescentes? A partir de que parâmetros, que indicadores, que elementos definem esses grupos? São meras palavras? Há conexões, diálogos, interelações entre essa condição de existência?

Atenção à saúde do adolescente: o início de um processo

Em 1989, as nações, atentas para a demanda da população juvenil, decidiram na 42.ª Assembléia Mundial da Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde - OMS criar um programa de saúde para adolescentes, com base em suas necessidades específicas, destacando alguns temas como a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, e a importância dos adolescentes serem vistos ao mesmo tempo como grupo beneficiário e como importante recurso para a promoção da saúde.

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde cria no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD (Portaria Nº 980 de 21/12/89) que dentre seus objetivos visa à implantação de programas que garantissem um atendimento adequado aos adolescentes e jovens entre 10 e 19 anos de idade, fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e

reabilitação, sendo orientada pelo princípio da atenção integral e abordagem multiprofissional (BRASIL, 1993a; 1993b; 1993c; 1996). O PROSAD funcionava em centros especializados em algumas cidades do país.

O modelo do PROSAD configurou, à época, um importante avanço, sendo estruturado conforme a lógica da atenção integral à saúde do adolescente. Contudo, a gradativa reorientação do modelo de atenção, aliada a pouca freqüência dos usuários, acabou por extinguir o Programa na maioria das cidades que havia sido implementado. De acordo com Luciana Souza Leão (2005):

> Em meio ao processo de descentralização dos serviços, a ação do Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) passa a ser questionada pela baixa cobertura alcançada e pela concentração da atenção na demanda espontânea. (p. 6).

Segundo essa mesma autora, na prática, apenas adolescentes residentes em localidades próximas à unidade que dispunha do PROSAD eram assistidos, deixando descobertos todos os demais.

Contudo, aqui observamos no mínimo um paradoxo, pois paralelo ao processo de extinção do PROSAD acompanhada pela reordenação das suas demandas para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (voltaremos a esse ponto mais adiante), observamos ainda uma grande força da formação de profissionais de saúde, principalmente médicos, em saúde do adolescente, os quais são nomeados como hebiatras (um desdobramento da Pediatria ou uma nova especialidade na área da Medicina?), durante seus grandes encontros que são chamados de Congressos Brasileiros de Adolescência, que em 2010 realizou sua 11ª. edição. Em nosso entender, aqui estamos nos referindo a uma das “tribos”, dos grupos, dos atores que alimentam a pauta da saúde voltada para os jovens, ou seria para os adolescentes?

Voltando ao ano de 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas realizou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo: a) o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano; b) a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; c) o reconhecimento como sujeitos de direitos; e, d) sua prioridade absoluta nas políticas públicas.

Incorporando integralmente todos os princípios e normas desta Convenção uma das iniciativas importantes do Governo Brasileiro em função de muita pressão de outras tribos, grupos, atores que disputam a cena das políticas de juventude/ adolescência foi a aprovação do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA aprovado em 13 de julho de 1990 pelo Poder Legislativo. No plano nacional o Estatuto da Criança e Adolescente regulamenta o Art. 227 da Constituição Federal de 1988 no tocante aos cuidados com a população juvenil, como podemos observar abaixo.

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Art. 227; Constituição Federal, 1988).

No que diz respeito ao campo da saúde tanto o artigo 196 da Constituição Federal como o Art. 7º do Estatuto da Criança e Adolescente considera de maneira explícita a atenção à saúde como um direito de todas as crianças e adolescentes. Como podemos observar nos trechos abaixo:

> Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção.
> Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência" (Estatuto da Criança e Adolescente – Lei n. º 8069, de 13.07.1990).

Em consonância com o novo conceito normativo de saúde como direito social a ser garantido pelo Estado, independente de contribuição dos cidadãos foram fixadas algumas diretrizes e princípios que devem nortear as ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS[2], e os modelos de atenção à saúde do adolescente e do jovem:

---

[2] Antes mesmo da aprovação da Lei que instituiu o SUS, em meados da década de 80, a insatisfação com o sistema de saúde vigente reuniu trabalhadores da saúde e setores da sociedade civil organizada em torno do movimento conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) ficou conhecida como o marco deste movimento, pois foi a primeira com possibilidade de participação dos usuários dos serviços. O relatório final desta Conferência continha as diretrizes para a formulação de um novo sistema de atenção à saúde no país (Oliveira; Lyra, 2010). Anteriormente a implementação do SUS, o modelo de atenção à saúde apresentava-se como primordialmente

I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II. integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII. participação da comunidade;
IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
X. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Com relação à saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos dos adolescentes e jovens, observamos que o governo brasileiro vem, especialmente, nas duas últimas gestões (tanto no Governo FHC – 1995/1998 - 1999/2002 bem como no governo Lula – 2003/2006-2007/2010), se esforçando para garantir a formulação de políticas públicas de saúde que considerem adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, cidadãos capazes de tomar decisões responsáveis nesta esfera. Este esforço se deve, em grande parte, à pressão de setores da sociedade civil organizada, como o movimento feminista (em particular as jovens

---

assistencial e privatista (representado por grandes unidades de saúde que concentravam várias especialidades e níveis de complexidade), excludente (destinava-se apenas aos trabalhadores formalmente regularizados e seus dependentes, não abrangendo a totalidade da população) e atrelado ao Ministério da Previdência Social (Melo *et al.*, 2005; Souza, 2002). O SUS ao reivindicar a saúde como direito social, implicou no fortalecimento do Estado democrático, onde a saúde foi colocada como um direito de cada cidadão e não privilégio de poucos - tendo o Poder Público o dever de prover o pleno gozo desse direito (Oliveira *et al.*, 2007).

feministas), o LGBT[3] e o de Juventude (ou parte dele?). Essa discussão está mais detalhada no capítulo do livro elaborado por Ana Roberta Oliveira e Jorge Lyra (2010) intitulado **Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica.**

Mas, com o fim do PROSAD quem "herdou" os adolescentes e jovens no campo da Saúde? Para essa questão, mais uma vez não temos uma resposta direta, todavia acompanhamos muito de perto essa transição e, mais adiante quando nos referirmos aos atuais documentos de políticas de saúde voltados aos adolescentes e jovens em nível federal iremos relatar esse percurso e seus percalços.

Os desafios e impasses da inserção da atenção à saúde dos adolescentes e jovens na atenção básica

Pelo menos no plano das diretrizes de políticas, a partir do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a atenção às questões de saúde do adolescente e do jovem foi reorientada primordialmente para a atenção básica (AB). Nos últimos anos, a AB, nível primário da atenção à saúde, tem se configurado como a porta de entrada dos indivíduos no sistema público de saúde (Viana; Dal Poz, 1998). A partir de 1994, a principal estratégia governamental de ação na AB foi o PSF e o PACS, caracterizado, dentre outras coisas, pelo atendimento à população em Unidades Básicas de Saúde – chamadas Unidades de Saúde da Família (USF) – e com equipe mínima de profissionais, formada por médico, enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde (Brasil, 2004).

No que concerne à saúde dos adolescentes e jovens, historicamente esta população não tem sido considerada foco da atenção das ações de saúde no PSF e nem no PACS, que ainda mantém uma tradição de atuação mais sistemática voltada para o público materno-infantil. Uma das justificativas para esta situação está ligada à interpretação de que há uma maior resistência (biológica) dos jovens favorecendo a pouca ocorrência de doenças nesta faixa etária. Assim, a pressuposição de um não-adoecimento (higidez) explicaria sua pouca freqüência nos serviços e a inexistência de atendimentos voltados para suas demandas específicas (Souza Leão, 2005).

---

[3] LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, Transexuais e Transgêneros.

Este tipo de argumento parte de uma concepção restrita de saúde, vinculada à ausência de doenças orgânicas, aliada a uma visão das ações dos serviços como apenas assistenciais e curativas. Além disso, é contraditório, já que dados de saúde-doença têm mostrado a alta incidência de mortalidade por causas externas (aqui se expressa principalmente a violência urbana) e morbidades relacionadas às infecções por DST/HIV/Aids nesta faixa etária (Lyra, 2010).

Trata-se de um quadro há muito evidenciado. Segundo José Ricardo Ayres (1990),

> [os jovens] utilizam pouco o serviço de saúde porque são poucas as necessidades interpretadas por este serviço de saúde para eles. Quer pelas condições concretas de estrutura biológica e das condições objetivas de existência, quer pelas características de trabalho do modelo clínico, o fato é que não há nos serviços de saúde um recorte mais acabado e próprio do grupo enquanto objeto para o trabalho. (p. 151).

Mesmo considerando as mudanças no modelo de atenção à saúde na AB, que deixou de ser eminentemente clínico e voltou-se à perspectiva da prevenção e promoção da saúde, é possível afirmar que, de maneira geral, a constatação do autor ainda se mantém. Na medida em que não obstante preocupação com a saúde coletiva e a ênfase nas ações de prevenção, promoção da saúde e o próprio foco na família, as diretrizes políticas da Atenção Básica prevêem áreas estratégicas de atuação, baseadas em indicadores epidemiológicos, segundo as quais as ações e serviços têm sido preferencialmente estruturados (Brasil, 2006). Informam Monica Franch e Márcia Longhi (2004):

> O PSF foi construído a partir de uma lógica territorial e familiar, o que quer dizer que existe a proposta de interação e articulação com a comunidade criando-se uma relação de parceria. Por outro lado, os programas oferecidos por ele reafirmam uma lógica compartimentalizada de atendimento, permitindo que algumas demandas sejam mais visibilizadas do que outras (p. 21).

Desta forma, na prática cotidiana da organização dos serviços da Atenção Básica (equipes de PSF/PACS) existe uma setorização que contribui para a redução de índices indesejáveis – como os de morbi-mortalidade infantil, câncer do colo do útero – e ações pela erradicação de endemias – como a hanseníase e a filariose. Por outro lado, acaba tornando residuais as necessidades de saúde de outros grupos populacionais, como os adolescentes e os homens; contribuindo para o afastamento destes grupos, e, com isso aumentando sua vulnerabilidade.

No caso dos homens, a vulnerabilidade aparece, principalmente, em função da construção histórica e social de que a eles não cabe a responsabilidade pelos cuidados com a saúde, seja de si, seja de outros. Assim, “é necessário construir novas práticas, superando barreiras individuais (de homens e de mulheres), institucionais (particularmente no Setor Saúde) e culturais (que remete a uma transformação simbólica do machismo e do patriarcado)” (Medrado; Lyra; Azevedo; Granja; Vieira, 2009).

E no caso dos adolescentes, através de duas vias: a) por considerar que suas demandas não se enquadram na lógica assistencial, portanto, não há o que lhes oferecer nos serviços de saúde; b) a naturalização do argumento de que adolescentes não estão preocupados em cuidar da saúde.

Vários estudos têm mostrado que a política nacional de atenção integral à saúde dos adolescentes e dos jovens, bem como outras normas e documentos a ela relacionados ainda enfrenta obstáculos quanto à sua efetiva implementação (Franch; Longhi, 2004; PAPAI, 2005; 2006; Mendonça, 2002; Brasil, 2004b; Souza Leão, 2005). Dentre os obstáculos identificados, ressalta-se:

- adolescentes, por não constituírem população que requer cuidados específicos no vetor da assistência (considerando-se os dados epidemiológicos), não têm sido prioridade das gestões em termos de implementação de políticas de saúde;
- a atenção à saúde do adolescente está organizada principalmente em torno da prevenção e promoção à saúde; mas verifica-se que a oferta de ações a eles destinados ainda depende, muitas vezes, da disposição pessoal de profissionais e/ou equipes de saúde, ou seja, a oferta parece ser assimétrica e não sistemática;
- vários profissionais e/ou agentes de saúde que desenvolvem ações educativas com adolescentes compartilham representações de adolescência que se afastam da perspectiva da afirmação do sujeito de direitos, considerando-os irresponsáveis, imaturos, sem condições de tomar decisões conscientes no campo da sexualidade e reprodução;
- o arcabouço moral/religioso de muitos profissionais e/ou agentes de saúde acaba por interferir no vínculo que poderia ser estabelecido entre os/as adolescentes e o serviço, na medida em que valoram negativamente o exercício da sexualidade para esta população;

- adolescentes do sexo masculino são os que se mantêm mais afastados dos serviços, por considerarem que a unidade é lugar para mulheres e crianças; ainda nesse sentido, alguns gestores e profissionais de saúde ora reconhecem a premente necessidade de alcançá-los (mas "desconhecem" estratégias para atraí-los ao serviço).

Em seguida vamos assinalar alguns exemplos de documentos que foram formulados nesses últimos anos pelo campo da Saúde em diálogo com outras áreas temáticas e com diferentes atores. Descreveremos de maneira sintética alguns pontos referentes aos seus conteúdos e, principalmente, alguns dilemas no processo de formulação.

Documentos Norteadores das Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem: conquistas e desafios

Como relatamos anteriormente, com o processo de reorientação do PROSAD para a atenção básica, em particular o PSF e o PACS era necessária a elaboração de documentos (guias, normas técnicas, protocolos de ação etc.) que levassem em conta os novos contextos e governos em que se ancoravam as propostas de políticas, inclui-se aqui a ampliação do escopo de ação da área técnica incorporando os jovens entre 20 e 24 anos em suas ações. É interessante assinalar que ao dialogar com as políticas de saúde e de juventude um desafio se apresenta, ou seja, além de consolidar as ações para esse grupo etário (20 a 24 anos), ainda precisaremos lidar com o grupo de 25 a 29 anos que compõe parte da população que está atualmente sob responsabilidade da Secretaria Nacional de Juventude.

Nesse sentido, alguns documentos vinham sendo elaborados desde 2000 por especialistas da área de saúde e direitos dos adolescentes a convite da área técnica de saúde do adolescente e do jovem (ASAJ) do Ministério da Saúde, contando com a contribuição, mas também as críticas do movimento social.

Durante o período de elaboração desses documentos lidamos com um longo processo de idas e vindas não apenas das versões do texto, mas também com a transição de governos (FHC *versus* Lula), entradas e saídas dos profissionais da ASAJ incluindo no período das duas gestões (segunda gestão FHC e primeira de Lula) pelo menos 4 coordenadoras, (re)definição de prioridades da pauta/agenda de políticas e, em um determinado momento a quase extinção da área técnica, sem contar com a questão do orçamento. Ou seja, ter esses documentos publicados e publicizados tem um significado muito importante para o campo na medida em que eles foram frutos de alianças, mas

também de disputas de sentidos, de concepções do que eram as principais demandas, os principais problemas da saúde da população jovem e a quem competia se responsabilizar por essas questões.

Só para dar um exemplo desse momento, um dos gestores na época defendia que não era necessário ter uma área técnica específica para a atenção à saúde dos adolescentes, na medida em que os problemas dos adolescentes se resumiam a três: gravidez, HIV/Aids e violência. Em sua proposta essas questões seriam redirecionadas a outros setores do próprio Ministério da Saúde, gravidez para a área técnica de saúde da mulher; HIV/Aids para o setor de prevenção da Coordenação Nacional DST/Aids e as questões de violência seria literalmente um caso de justiça, simples assim!

Nesse diálogo crítico com a gestão defendíamos através de uma articulação política entre ONG, núcleos de pesquisa sobre a temática, redes, fóruns e alguns representantes de governo e do sistema ONU, uma posição diametralmente oposta. Em nosso entender, para construirmos a legitimidade de uma agenda dos adolescentes e jovens na Saúde, era necessário elaborarmos um documento efetivo de política pública ao invés de documentos preliminares de programas, projetos, serviços e ações voltados a este público. Esse diálogo não foi nada fácil, na verdade foi permeado de tensões, impasses e desafios.

Após uma série de articulações realizamos, em fevereiro de 2004, a primeira reunião de elaboração do texto da **Política de Atenção à Saúde dos Adolescentes e Jovens** com representantes de diversos e diferentes segmentos dos atores envolvidos com esse campo. Em novembro desse mesmo ano, 2004, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, realizou uma Oficina de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Este momento foi fruto do controle social exercido pelo movimento social e por especialistas na temática da saúde e direitos dos adolescentes; e de esforços conjugados da gestão federal com outros atores e instâncias.

O diferencial que permeou na construção deste documento foi justamente a incorporação e participação de adolescentes e jovens integrantes de grupos organizados de vários lugares do país. Compromisso governamental expresso no sentido de fomentar a implementação de políticas, programas, ações e serviços voltados a esta população, considerando que “a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa

população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde" (Brasil, 2007a).

Nesse contexto, e como desdobramento dessa articulação entre diferentes atores o Ministério conseguiu lançar, no segundo semestre de 2005, dois documentos: "Marco Legal da Saúde dos Adolescentes", compilando trechos dos instrumentos legais que fundamentam a garantia do pleno exercício do direito à saúde dos adolescentes (Brasil, 2005a), e "Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização de serviços de saúde", a fim de recomendar e "nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde que atendam aos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa" (Brasil, 2005b). Vale assinalar que o processo de elaboração desses textos se iniciou em 2000.

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde publicou a versão preliminar do Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Nesse documento foi compilado informações sobre as realidades desta população no Brasil e identificado diversas necessidades específicas no bojo da sexualidade e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, tais como: prevenção de HIV/Aids, questões relacionadas à gravidez, violência/abuso/exploração sexual, entre outros; igualmente, veio problematizar a situação de grupos específicos de adolescentes como, por exemplo, os portadores de necessidades especiais e aqueles em situação de privação de liberdade.

Porém, o mais amplo e importante documento, ainda em versão preliminar, mas sem o qual os demais perderiam sua força, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, cuja aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2008, representou uma vitória da gestão e dos movimentos sociais rumo à implementação de uma efetiva atenção à saúde do adolescente e do jovem. Funda-se na prevalência dos direitos humanos, tendo como pilares normativos a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual "crianças e adolescentes são reconhecidos como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado" (Brasil, 2007a). Contudo, como o processo de formulação e implementação de uma política não é um processo fácil e muito menos rápido, a proposta de termos uma política esbarrou na negociação da comissão tripartite. A nosso ver entre outros motivos, explícitos ou implícitos, ao atribuir o estatuto de política, cria-se compromissos e

obrigações para os governos federal, estaduais e municipais, que até o momento, mesmo os governos ditos democráticos e participativos ainda não assumiram efetivamente.

Outro documento intitulado “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (Brasil, 2010) que não substitui o texto da política, mas contribui para o fortalecimento do campo foi elaborado pela ASAJ em diálogo com representantes do segmento e lançado em agosto de 2010 durante o Simpósio de Saúde de Adolescentes e Jovens - Compromissos para a nova década como uma ação conjunta entre a Área Técnica, a Secretaria Nacional de Juventude, o Conselho Nacional de Juventude e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Nesse mesmo Simpósio, além de elaboramos sugestões de ações para a implementação dessas diretrizes, foi divulgado e discutido um documento da OPAS intitulado “Plano de Ação Regional para a Saúde de Adolescentes e Jovens” (OPAS, 2009).

Outros documentos mais recentes[4] ou não específicos da saúde do adolescente também prevêem a garantia do acesso e o respeito aos direitos desta população, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool, Fumo e outras drogas.

Em que pese o governo brasileiro vir engendrando esforços para implementar ações que assegurem a garantia dos direitos humanos dos adolescentes e jovens - expressos, dentre outras coisas, pela possibilidade de exercício dos direitos e acesso a informações seguras e adequadas sobre as questões de sexualidade e saúde reprodutiva – muito ainda há por se fazer em termos programáticos e estruturais. Espera-se que o panorama aqui traçado auxilie na construção de políticas de saúde voltadas aos adolescentes, que privilegiem a perspectiva não da tutela, mas da garantia de direitos, da autonomia do sujeito adolescente e jovem e da cidadania.

Seguindo em nossas reflexões/questões, traremos agora uma abordagem já refletida em outro texto, sobre como a agenda das Políticas Públicas vão constituindo sujeitos a partir de vários caminhos, em especial os mais recentes dados epidemiológicos sobre morbi-mortalidade por violência por causas externas (Lyra, 2010).

---

[4] Para conhecer outros documentos formulados visando à atenção integral à saúde do adolescente, visite a biblioteca do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br

A visibilidade de dados epidemiológicos como estratégia discursiva que justifica políticas, define prioridades e produz sujeitos

Desde a década de 1990, têm-se empreendido esforços no sentido de dar visibilidade a informações sobre morbidade e mortalidade da população masculina no Brasil. Todavia, só quase uma década depois, em 2006, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pela primeira vez, publica um documento específico que apresenta uma síntese sobre o homem e as políticas públicas de saúde: *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - IDB 2006 Brasil* (Rede interagencial de informações para a saúde, 2007)[5]. Esta publicação, produzida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) – composta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPEA), Fundação SEADE e Ministério da Saúde entre outras instituições –, informa que os homens e mulheres vivem, hoje, mais do que na década de 1980. Assim, entre 1980 e 2005, a vida média dos homens, por exemplo, passou de 59,7 para 68,4 anos, ou seja, em duas décadas e meia, houve para os homens um ganho aproximado de dez anos na esperança de vida ao nascer. Porém, destaca-se que a diferença entre homens e mulheres vem se mantendo, ou seja, há uma expectativa de vida ao nascer expressivamente maior para o sexo feminino, desde 1980, com diferença média de aproximadamente sete anos, conforme mostra o gráfico a seguir.

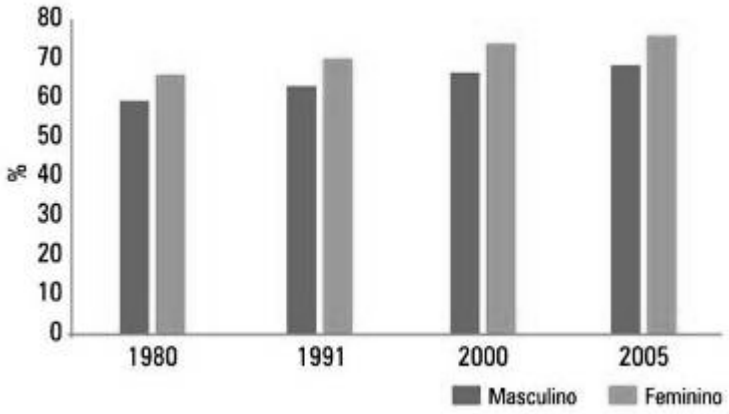


Gráfico 1 - Esperança de vida ao nascer, segundo o sexo - Brasil, 1980-2005
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)
Nota: a partir de dados do IBGE

[5] Para maiores informações consulte o site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em 20 out. 2007.

No que se refere aos dados sobre adoecimento (quadro 1), o IDB 2006 destaca que as lesões decorrentes de causas externas motivaram parcela considerável (28,4%) da hospitalização de homens de 15 a 29 anos em 2005. Os transtornos mentais também pesam na hospitalização de homens jovens e adultos e estão associados ao uso/abuso de álcool (mais de 1/3 dos casos). Na idade de 30 a 59 anos, foram mais freqüentes (15,3%) as doenças do aparelho digestivo, superando ligeiramente as doenças do aparelho circulatório (14,9%) e as causas externas (14,3%). A partir dos 60 anos, predominaram as doenças dos aparelhos circulatório (28,6%) e respiratório (18,4%), despontando as neoplasias como quarta causa de internação (8,8%).

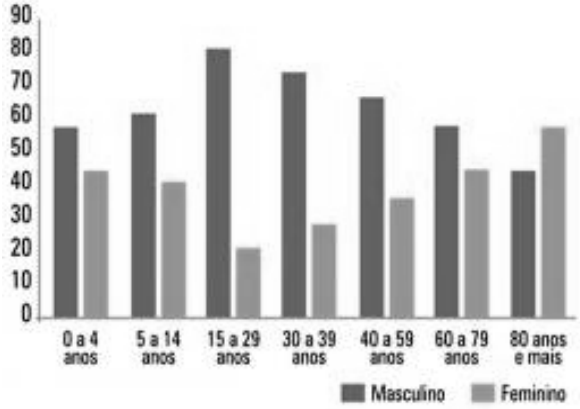
Faixa etária	1.ª causa	2.ª causa	3.ª causa	4.ª causa	5.ª causa
15 a 29	Causas externas (28,4%)	Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	Infecciosas(9,9%)	Doenças do aparelho respiratório (9,8%)	Transtornos mentais (8,2%)
30 a 59	Doenças do aparelho digestivo (15,3%)	Doenças do aparelho circulatório (14,9%)	Causas externas (14,3%)	Doenças do aparelho respiratório (9,3%)	Transtornos mentais (9,0%)
mais de 60	Doenças do aparelho circulatório (28,6%)	Doenças do aparelho respiratório (18,4%)	Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	Neoplasias (tumores) (8,8%)	Infecciosas(6,6%)

Quadro 1 - Principais causas de internação hospitalar no SUS em homens, segundo faixas etárias selecionadas - Brasil, 2005

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)

Nota: a partir de dados do Ministério da Saúde/SAS/SIH-SUS

Além disso, a publicação do IDB 2006 informa que os homens predominam entre os nascimentos vivos (5% a mais de meninos, ao nascer). Todavia, como ilustra o gráfico 2, os homens apresentaram, em 2004, sobremortalidade em todas as faixas etárias, com exceção do grupo a partir de 80 anos.[6] O excedente de mortes masculinas é ainda mais acentuado nos grupos etários de 15 a 29 (80%) e de 30 a 39 anos (73%).



[6] Observa-se que há no Brasil uma população majoritária de mulheres com idade acima de 80 anos, o que pode justificar a sobremortalidade feminina nesta faixa etária.

Gráfico 2 - Percentual de óbitos por sexo, segundo a faixa etária - Brasil 2004
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)
Nota: a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS/SIM

No que se refere aos dados sobre mortalidade, como ilustra o gráfico 3, as cinco principais causas de morte dos homens jovens (15-29 anos) são por fatores externos (76% dos óbitos totais nessa idade), com destaque para agressões e acidentes de transporte. Entre os homens adultos (30-59 anos), a distribuição das causas é mais homogênea, preponderando causas externas (especialmente agressões e acidentes de transporte) e doenças do aparelho circulatório (doenças do coração e cerebrovasculares). Entre os homens idosos (mais de 59 anos)**,** as causas externas não aparecem entre as principais, destacando-se as doenças do aparelho circulatório, que representam mais de um terço das mortes.

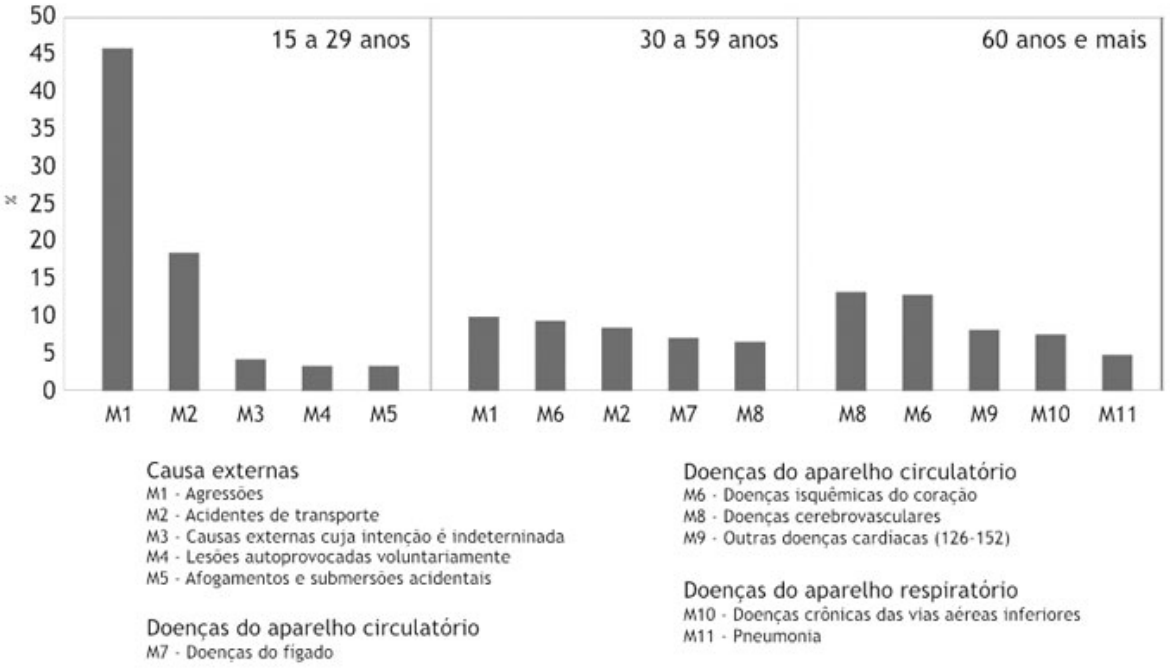


Gráfico 3 - Mortalidade proporcional (%) pelas principais causas no sexo masculino, em faixas etárias selecionadas - Brasil, 2004
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)
Nota: a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS/SIM

O IDB informa que, desconsiderando as faixas etárias, no conjunto, as principais causas de morte dos homens brasileiros são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas.

Porém, chama-nos a atenção a significativa diferença entre homens e mulheres no que se refere às mortes por causas externas (que incluem especialmente homicídios e acidentes de transporte). Segundo outra publicação elaborada pela Secretaria de Vigilância

em Saúde do Ministério da Saúde (2006), em 2004 foram notificados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) um total de 127.470 óbitos por causas externas. Deste número, 107.032 mortes (84%) referem-se a homens (Rede interagencial de informações para a saúde, 2007).[7]

Fazendo ainda uma análise dos dados de 2004 relativos às mortes por causas externas entre os homens, por faixa de idade, o gráfico 4 mostra a acentuada predominância dos óbitos por agressões nas faixas situadas entre 15 e 39 anos. Os acidentes de transporte também têm uma participação significativa, sendo a segunda principal causa externa de morte nesse grupo etário.

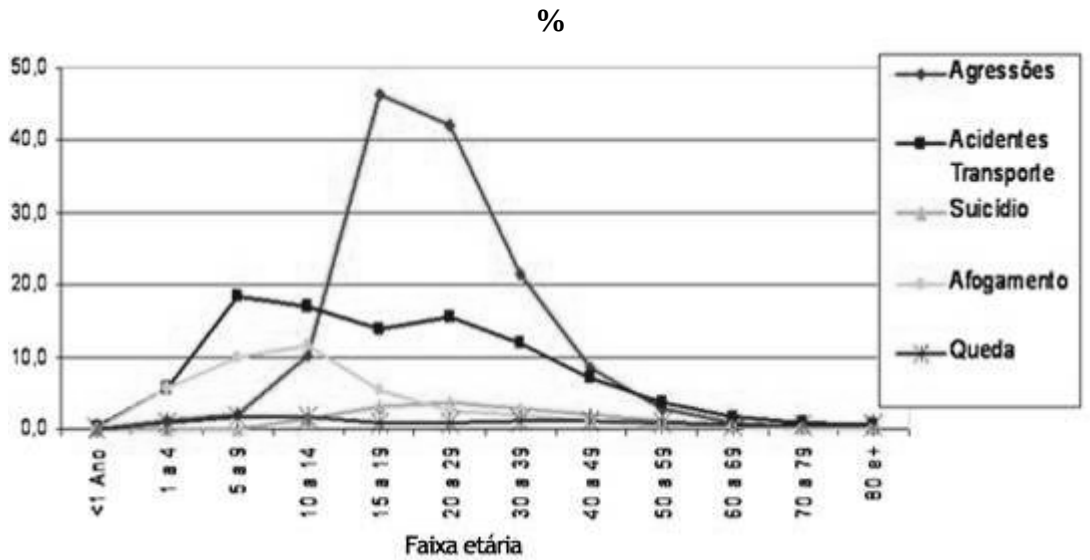


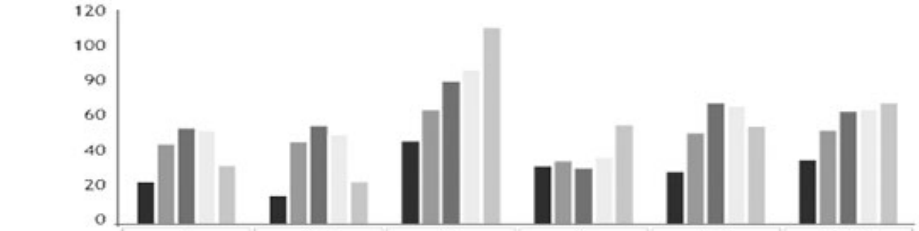
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos óbitos masculinos por causas externas selecionadas, segundo as faixas etárias - Brasil, 2004
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – MS[8].

Ao mesmo tempo, de acordo com informações da Secretaria de Vigilância em Saúde – MS, esse homem atingido por causas externas é predominantemente de "raça negra" (somando os valores das pessoas que se auto-declaram de cor/raça parda e preta), em todas as regiões do país, conforme ilustra o gráfico a seguir.

---

[7] As microrregiões com taxas mais elevadas se situam: em áreas litorâneas do sul da Bahia até o sul de São Paulo; no interior pernambucano e noroeste da Bahia; nos estados de Mato Grosso do Sul e de Mato Grosso; e em áreas de expansão na região Norte, como Roraima e sul do Pará.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Evolução da Mortalidade por Violência no Brasil e Regiões.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Para maiores informações consulte o site: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24448>



	N	NE	SE	S	C-O	Brasil
branca	24,22	15,91	47,37	34,14	30,11	37,13
total cor	45,03	47,58	64,38	35,51	52,24	52,88
parda	54,81	54,95	81,46	31,69	68,65	63,61
negra	52,97	50,94	86,92	37,84	67,16	64,21
preta	34,24	24,26	110,69	56,28	55,18	68,3

Gráfico 5 - Taxa padronizada de homicídios [1] no sexo masculino, segundo raça/cor auto-referida, por região - Brasil, 2004
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – MS/SIM[9].

Nota: [1] Óbitos por 100.000 habitantes.

Como destaca Maria Inês Barbosa (1998), cabe ao homem negro o maior ônus de uma sociedade que se organiza a partir da ordem de classe, geração, gênero e raça, uma vez que este se configura como antítese do modelo hegemônico. Assim, ela pergunta, em outras palavras: por que o racismo impede o homem negro de cumprir, de modo pleno, o modelo masculino desejável? A partir de questionamentos como este, Luiz Eduardo Batista (2005), em uma das poucas pesquisas sobre *Masculinidade, raça/cor e saúde*, analisa registros de óbitos do estado de São Paulo, do ano de 1999. Segundo ele, as taxas de mortalidade entre os homens negros são maiores do que as dos brancos, especialmente na faixa etária entre 15 e 29 anos.

Em suma, as informações em saúde no Brasil, sejam de pesquisas epidemiológicas, demográficas ou oriundas da sistematização de dados com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas – sintetizados, por exemplo, nos Indicadores e Dados Básicos para Saúde (Rede interagencial de informações para a saúde, 2007) –, ressaltam uma preocupação importante sobre as mortes por causas externas entre homens e nos apresentam um novo sujeito para as políticas públicas em saúde: o homem, jovem, negro e pobre.

As informações sobre adoecimento e morte dos homens não constituem necessariamente uma novidade, tendo em vista que têm sido apresentadas, na literatura, como tendência crônica e não como incidente agudo. Porém, chama-nos a atenção o fato dessas informações não terem sido ainda incorporadas, em sua complexidade, na construção

[9] Para maiores informações consulte o site: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24448>.

de políticas públicas em saúde no nosso país (Medrado; Lyra; Azevedo; Granja; Vieira, 2009).

Na nossa perspectiva, a formulação das políticas públicas em saúde no Brasil tem tido um olhar parcial para a visibilidade produzida pelas pesquisas epidemiológicas. Ou seja, a dimensão de gênero e raça, fortemente evidente nos dados das pesquisas, é sempre referida de maneira enfática quando se pensam as políticas públicas em saúde para a população jovem e pobre, mas as ações estruturais para a transformação desta condição social são negligenciadas (Longhi, 2008). A perspectiva das políticas públicas para a questão da violência urbana, por exemplo, adota muito mais um caráter repressivo com aumento do rigor das leis do que ações de prevenção e promoção da saúde visando uma crítica à cultura machista e a ressignificação das relações de poder.

Saúde nas Políticas de juventude: um foco nos atores

Como vimos anteriormente, os recentes indicadores de morbimortalidade; fatores de risco e agravos à saúde vêm justificando a premência de um olhar mais cuidadoso para as políticas públicas de saúde da população jovem. Mais ainda: por eles, entendemos a insurgência das demandas específicas dos atores políticos envoltos no tema; bem como a necessária atenção à transversalidade em outras áreas, as quais apresentam uma forte influência na saúde dos jovens brasileiros.

Levantamento do IPEA (2009) registra que entre 2003 a 2005, a taxa de mortalidade de jovens entre 20 a 24 anos, foi de 261,80 por 100 mil habitantes para jovens do sexo masculino. Em relação às mulheres, os índices chegam a 58,43 por 100 mil habitantes. Os estudos apontam que o motivo do enorme contingente de jovens do sexo masculino neste índice, deve-se ao fenômeno da violência urbana.

As mulheres, por sua vez, são mais internadas em unidades hospitalares, representando 19,4% de um total de 2.196,654 internações na faixa de idade entre 15 a 24 anos. As causas de internação variam entre complicações na gravidez; doenças de transmissão sexual; lesões, envenenamentos e transtornos mentais e psicossociais (Ipea 2009: 132).

Estes dados levantados aqui rapidamente, apenas ilustram e justificam uma agenda prioritária para a atenção à saúde dos jovens, mencionadas nas diretrizes nacionais lançadas pelo Ministério da Saúde em 2010 sobre a qual nos referimos acima (Brasil, 2010). Tal

documento sinaliza na situação de saúde dos jovens brasileiros, o impacto da violência; a sexualidade e saúde reprodutiva; e o uso de álcool e outras drogas, como prioridades que devem acionar recursos políticos, financeiros, humanos e materiais com vistas a fortalecer a promoção à saúde e a assistência nos mecanismos de atendimento nas distintas esferas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, sem deixar de considerar os dados divulgados nos documentos oficiais, entendemos que ao voltarmos a nossa atenção para a composição da agenda do tema de saúde dos jovens, abre-se outro caminho de análise que escapa aos indicadores. Este caminho diz respeito aos meandros do processo político que se forja pela movimentação de atores e que se reflete na consolidação de pautas. De forma muito particular, trataremos aqui de considerar o diálogo/confronto em torno das Políticas Públicas de Juventude no campo da saúde, especialmente na última década.

Marília Spósito e Paulo Carrano (2003), em um texto sobre uma avaliação das políticas direcionadas aos jovens no período do governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), ponderavam sobre a ausência de uma *concepção ético-política*. A necessidade de uma maturação desta concepção destacou naquela ocasião, os desafios de uma nova gestão federal que se iniciava do governo Lula, sugerindo ir para além da integração de programas e projetos até então dispersos, mas, sobretudo, dar-lhes um arcabouço conceitual e político, que se aproximasse de uma nova condição juvenil[10]; das demandas dos jovens; e dos reclamos por direitos.

No conjunto das iniciativas diacrônicas da última década, tanto no plano de pesquisa, como da intervenção social ou de debates públicos (inclusive a primeira versão deste seminário), emergiram um entendimento partilhado da necessidade de dialogar especificamente sobre a categoria *juventude*. De um modo bastante intuitivo, estabeleceu-se a distinção ou diferenciação daquilo que se formulava em torno dos adolescentes em relação aos jovens. Obviamente que esta diferenciação foi posteriormente maturada; conceitualizada; chegando a ser mesmo objeto de anotações específicas em materiais

---

[10] Seguimos a seguinte conceituação sobre a condição juvenil na atualidade: "A condição juvenil é dada pelo fato de os indivíduos estarem vivendo um período especifico do ciclo de vida, num determinado momento histórico e cenário cultural. No contexto atual, juventude é, idealmente, o tempo em que se completa a formação física, intelectual, psíquica, social e cultural, processando-se a passagem da condição de dependência para a de autonomia em relação à família de origem. (...) A condição juvenil não pode mais ser compreendida como apenas uma fase de preparação para a vida adulta, embora envolva processos fundamentais de formação. Ela corresponde a uma etapa de profundas definições de identidade na esfera pessoal e social, o que exige experimentação intensa em diferentes esferas da vida. (Projeto Juventude: 2004: 10).

publicados[11]. De toda forma, observação empírica nos faz crer que ainda há um caminho a percorrer para que esta maturação ou diferenciação venha a ser absorvida por diferentes atores, e particularmente, pelos operadores das Políticas Públicas, seja dos postos mais elevados de gestão; até a ponta dos serviços públicos.

De todas as iniciativas que foram constituindo um *campo* (Bourdieu, 1983), nos parece ser bastante emblemática, as ações realizadas no âmbito do Projeto Juventude[12] do Instituto Cidadania, entre 2003 e 2004. Este projeto apresentou por meio de suas publicações, a urgência de respostas por parte dos atores governamentais à situação juvenil revelada (Branco; Abramo, 2005).

Já no ano de 2005, a criação da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), com a competência de articular políticas e programas dos diferentes ministérios; o lançamento do PROJOVEM, gerido pela SNJ; e a criação do Conselho Nacional de Juventude foi talvez, a resposta institucional mais significativa em direção as Políticas Públicas de Juventude por parte do governo federal nesta primeira década.

Colocando como pano de fundo, a existência prévia de Políticas e Programas direcionados aos jovens antes das institucionalidades mencionadas; o momento histórico do surgimento delas mesmas; e a movimentação criada ou gerada em diferentes instâncias pelo processo de maturação em torno das Políticas de Juventude; é que talvez seja mais compreensível discutirmos sobre os *atores em campo* na área das políticas públicas de saúde direcionadas aos jovens nos tempos atuais.

Três ordens de questões, que produzem implicações interdependentes, nos parecem fundamentais debater. São elas:

- O modo como se "representa" o segmento juvenil usuário de saúde, que tem a ver com as classificações de idade, caracterizada nos marcos referenciais nacionais e internacionais da área;

---

[11] FREITAS, Maria Virginia de (org). *Juventude e adolescência no Brasil*: Referências conceituais. São Paulo. Ação Educativa, 2005.

[12] O Projeto Juventude se constituiu em um amplo diagnóstico que incorporou consultas aos governos e sociedade civil em diferentes regiões e resultou numa pesquisa que buscou retratar a realidade da juventude brasileira, com vistas a subsidiar a elaboração de propostas para as políticas de juventude.

- A forma pela qual o tema da saúde da população jovem, que sem dúvida contêm contornos autônomos, vem reiteradamente se situando numa agenda transversal, ou seja, implicada em diferentes áreas.
- As características dos atores, com especial ênfase aos atores juvenis, que "tomam à frente" quando se trata de debater o tema da saúde.

Atenção à saúde do adolescente e do jovem: desafios para sua consolidação

Se em outras áreas[13], já se visualiza relativo acúmulo em torno das demandas dos jovens pensadas distintamente em relação às de adolescentes, é possível inferir que na área de saúde, ainda é preciso avançar. Não nos cabe aqui inventariar as diferentes classificações de idade pelos documentos nacionais e internacionais. Avalia-se, no entanto, que o modo como são concebidos e as (não) distinções que fazem, expressam um entendimento acerca dos usuários jovens dos serviços e que, ao não serem debatidos ou diferenciados, informa as práticas e os processos formativos dos profissionais de saúde.

Apenas para mencionar, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) cujo mandato trata de População e Desenvolvimento, e por ele o tema da Saúde Reprodutiva, considera população jovem a faixa etária dos 10 aos 24 anos. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), no seu plano de ação 2010-2018 que nos referimos anteriormente, menciona esta mesma classificação etária para adolescentes e jovens. Sabemos que o Plano Nacional de Juventude compreende jovens na faixa etária dos 15 aos 29 anos (Opas, 2009).

Pode-se conjecturar que os marcos incluem adolescentes na faixa etária juvenil e que tal questão se constitui num falso dilema, porquanto não é preciso especificar com ênfase as diferenças, uma vez que no próprio ato do serviço esta diferenciação seria realizada intuitivamente[14]. Porém, as práticas públicas dos serviços tradicionalmente referidas aos adolescentes, sobretudo com a maciça formação dos profissionais baseadas no saber-poder do discurso médico sobre as populações[15], obscurecem fatores sócio-culturais em detrimento de aspectos biológicos e psicopatologizantes, que tem impacto na forma com a qual são concebidas as ações em saúde e que se refletem no momento do serviço, seja no campo da

---

[13] No campo da Educação e do Mundo do Trabalho, nos parece ter alguns avanços conceituais nesta perspectiva.
[14] Esta questão nestes termos foi colocada por uma profissional de saúde, enfermeira do Programa de Saúde da Família, na comunidade da Vila de Ponta Negra, em Natal/RN.
[15] A conhecida obra de Michel Foucault dá conta de revelar como se institui o discurso científico, com especial ênfase ao saber médico na gestão das populações (Governamentalidade), que ao deslocar de um controle opressivo, age em exercícios de classificação e divisão.

promoção ou da assistência. E isto nos parece ter um efeito significativo não apenas circunscrito as instituições ligadas ao SUS, mas em todas as outras políticas e programas que *transversalizam* em suas agendas à promoção à saúde (com menor ou maior consciência disso) e que de algum modo estabelecem (ou deveriam estabelecer) contatos intersetoriais.

Tomando as áreas prioritárias para saúde do jovem contidas no documento das diretrizes (Brasil, 2010), visualizamos que no contexto dos indicadores de violência, as medidas de promoção à saúde para além de definir ações específicas, confiam em outras Políticas e Programas. Nesse cenário, destacamos o caso da área de Segurança Pública, cujas políticas com base em território visam garantir melhor "Qualidade de Vida" e atualmente concentram esforços com um corte etário evidente, direcionado aos jovens.

O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), por exemplo, realiza um conjunto de ações que intenta envolver a comunidade na prevenção da violência, buscando mobilizar os jovens para ingressarem em processos formativos de "resgate da cidadania" e de qualificação profissional, privilegiando como mobilizadoras dos jovens, as instituições sociais mais amplas, como as famílias; ou aquelas que operam ações sociais nas comunidades, como as entidades religiosas.

Sem entrar no mérito do conjunto de ações do PRONASCI[16], se consideramos família e religião como mobilizadores para a inserção de jovens em projetos que trazem modelos verticais e normativos de "Qualidade de Vida", temos aí uma evidência já identificada em outros estudos, de fatores sócio-culturais da condição juvenil contemporânea, que não parecem estar sendo ponderados devidamente. Ao mesmo tempo em que são inegavelmente importantes na formação integral de qualquer indivíduo, estas instituições assumem, todavia, contornos diversos e relativamente conflitantes, pelo que simbolicamente representam em suas relações particulares no processo de construção de autonomia na juventude. Não é menos importante essa consideração quando se sabe que é comum o olhar corrente sob os sujeitos juvenis, carregado de prescrições de como *"deveriam ser"* e não *"como são"*.

E se "Qualidade de Vida" faz parte da Promoção à Saúde e vice-versa, estando referida num modelo de "enquadramento" dos jovens nas ações destinadas a eles,

---

[16] O Programa está com variações de momentos em sua implementação e não há registro, pelo que saibamos, que já exista alguma avaliação qualitativa publicada.

exatamente em um momento peculiar no seu processo de autonomização (em que os limites do “viver em risco” são potencializados; bem como os modos distintos de viverem as suas práticas sexuais e reprodutivas escapam aos modelos pré-estabelecidos), temos provavelmente alcances restritos logo de entrada à sua sensibilização ou permanência nos Programas.

Esta problemática colocada apenas como ilustrativa, no que consideramos ainda frágil a compreensão da condição juvenil na operacionalização das ações em Saúde (específicas e transversais), demonstram que um mínimo de diálogo intersetorial que tenha pelo menos uma das áreas, atualizado o seu arcabouço político e conceitual sobre as especificidades dos segmentos da população juvenil, pode-se fazer diferença nas abordagens e no impacto das políticas.

De algum modo, o mesmo documento que contém as diretrizes para atenção à saúde dos/as jovens, dá conta de explicitar as especificidades da condição juvenil, orientando os serviços e transitando entre as normativas internacionais e os novos marcos políticos de institucionalização das Políticas de Juventude no Brasil.

No entanto, tomando o formato do SUS, suas diretrizes e princípios de descentralização, vemos que a necessária capilaridade deste debate, sugere o desenho de diferentes estratégias comunicativas para sensibilizar os profissionais, gestores e usuários em tais especificidades, e que traduzam nos seus produtos: o momento peculiar de desenvolvimento característico da adolescência; o processo de autonomização e experimentação que distingue a juventude atualmente; tendo em conta ainda as diferenças de gênero, raça/etnia, orientação sexual e contextos regionais.

Aliado a isto, as diretrizes e normas técnicas acompanhadas com as campanhas de sensibilização, bem como um alinhamento no campo conceitual e operativo junto as outras áreas/campos temáticos que tocam na promoção à saúde, é uma aposta que podem de fato estabelecer um novo parâmetro para atenção à saúde da população jovem. Consideramos ainda o papel articulador que tem (ou deveria ter) a Secretaria Nacional de Juventude nesta questão. O exemplo do trabalho realizado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres na última gestão pode ser exemplar nesta perspectiva.

A transversalidade de Política de Saúde: implicações para o campo da juventude

Já tocamos brevemente neste ponto. Porém o seu destaque aqui, atendendo os objetivos de nosso seminário, está mais ligado em pensar no movimento dos atores, e no modo como se estabelece ou se forja as demandas para a área, do que nos deter na definição conceitual e metodológica da saúde como tema transversal.

Tê-la como transversal, se por um lado apresenta uma potencialidade, por outro, ao acioná-la desta maneira, em um campo de Políticas Públicas já consideradas por muitos como transversais (no caso das Políticas de Juventude), em nossa maneira de ver, compromete os setores ligados ao tema e na forma como defendem ou incidem, tanto na gestão governamental como na própria Sociedade Civil. Ou seja, perde-se robustez política.

É fato que pela universalização e descentralização do SUS, com a inserção dos "ciclos de vida" no conjunto do sistema, não cabe espaço de privilegiar segmentos, mesmo que legislações específicas normatizem prioridades.[17] Contudo, pensar a incidência política de modo mais incisivo no campo da saúde para Juventude, é ter em conta a urgência de novos enfoques. Isto quer dizer que as estratégias de incidência (no plano interno dos governos; ou da sociedade civil *para* os governos), necessitam dosar o discurso da transversalidade da Política como resposta. Mas sim, se afirmar como área prioritária, quando se pontua as situações que marcadamente envolvem a peculiaridade da condição juvenil. Ou, dito de outro modo, reverter a ordem – *da transversalidade à prioridade* – ao acentuar como os contextos econômicos; as disparidades educacionais; enfim, os conflitos sociais de diversas ordens, geram desigualdades brutais que afetam substancialmente e de maneira diferenciada a saúde dos jovens.

Obviamente, que este debate que compreende a prioridade da saúde, vem sendo refletido nos espaços de interlocução entre *atores do campo*. Entretanto, voltando aos desafios que se colocam quando consideramos a descentralização que é característica do SUS, para usar um termo utilizado em campanhas eleitorais – "*temos que ganhar a sociedade*"; ou na linguagem carnavalesca -*"colocar o bloco na rua"* - instaurando outro patamar discursivo em que se pode forjar uma agenda que coloque as políticas de saúde para a população jovem em primeiro plano.

---

[17] O *caput* do artigo 227 da Constituição Federal, que normatiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, reza que crianças e adolescentes são prioridade absoluta.

Para elucidar ancorando na realidade empírica, e seguindo nas trilhas abertas por Rua[18] (1990), sinaliza-se em evidências encontradas em inúmeros diagnósticos, o modo como os e as jovens são atendidos nos serviços, por exemplo, naqueles voltados à sexualidade e saúde reprodutiva. Ora, é fato o aspecto normativo e conservador que estão colocados no desejo de "enquadramento" das práticas sexuais dos jovens por parte dos profissionais, especialmente na atenção básica. Então, se tal fato vem gerando um distanciamento aos serviços e, no limite, um risco à saúde quando os jovens evitam acessar informações ou insumos à proteção, cremos que esta é uma demanda legítima que se traduz em uma negação de direitos, e que, portanto, deveria envolver uma articulação política para afetar as causas, que vão desde o desconhecimento (e não aceitação) dos modos de vida dos/as jovens tais como se apresentam; até a violação do princípio de laicidade do Estado, uma vez que, não raro, encontraremos a influência religiosa dos profissionais nos serviços, especialmente os que operam na atenção básica.

Esta questão demonstrada, como tantas outras que podemos relatar e que já vem sendo objeto de estudos detalhados[19], explicita também os limites das tentativas atomizadas de ações por parte de ONG ou outros projetos sócio-educativos em responder as realidades. É inegável o valor dos esforços que geram produção de conhecimento, mobilizam recursos humanos, financeiros, estratégias pedagógicas e ações políticas para atuarem frente à questão. Contudo, a proporção ampliada de escala que estas e tantas outras problemáticas ligadas à saúde da população jovem vêm tomando, conclama a um maior envolvimento dos organismos governamentais. Posto que, ainda com base nas reflexões de Maria das Graças Rua, *"as políticas públicas são 'públicas'- e não privadas ou apenas coletivas. A sua dimensão 'pública' é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo seu caráter 'imperativo'. Isto significa que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público".*

Deste modo, é preciso avaliar quais as questões prementes na especificidade do campo da saúde dos/as jovens, que podem se converter de problema social à problema político e que neste momento particular da história da institucionalização da Política de

---

[18] Maria das Graças Rua em seus escritos, nos explica como um problema social se transforma em um problema político, gerando demandas e atores.

[19] Para exemplificar: A pesquisa GRAVAD (Gravidez na Adolescência, 2002), que revelou inúmeras evidências sobre questões da sexualidade e gravidez juvenil. Ou as pesquisas do Instituto PAPAI sobre a situação dos homens jovens e a ausência destes sujeitos nas Políticas de Saúde

Juventude, responda objetivamente a demanda; como também forneça bases sólidas que simbolicamente contribua para mirar a saúde como campo prioritário, dando-lhes um status estrutural, no debate sobre juventude.

Em que pese o papel específico e importante que podem desempenhar grupos e movimentos que tem a agenda da saúde como foco prioritário, e a necessária articulação entre eles para constituírem ou fornecerem solidez as demandas, não se deve por outro lado, negligenciar a função cabal dos organismos gestores governamentais no tocante a própria configuração da política pública. Recolocar a saúde dos jovens como agenda prioritária e estruturante, requer também destes organismos uma formulação que ultrapasse o limite das recomendações e da adequação à lógica do SUS tal como ele é, mas siga com foco direcionado, sim para o atendimento das demandas, mas de modo estratégico, para a adesão por apoio e legitimidade às especificidades aqui mencionadas.

Quais os atores juvenis no campo da Saúde?

É evidente que existe um relativo consenso dos distintos *atores em campo* sobre a importância da área de saúde para jovens. Ninguém discorda de sua relevância e ela está sempre bem posicionada, seja nos debates (aqui mesmo no nosso seminário); ou nos documentos específicos que tratam da juventude. Contudo, temos um indicador bastante significativo de sua colocação subalterna no conjunto mais amplo das preocupações da juventude brasileira. Se considerarmos, por exemplo, a representatividade da I Conferência Nacional de Juventude realizada em 2008, a diversidade de atores juvenis no grupo de trabalho em saúde foi tímida; a presença marcante foi mesmo das mulheres jovens feministas e do movimento LGBT. Com efeito, nas resoluções aprovadas em sua plenária final, o tema da saúde está destacado como extensão para as questões de sexualidade e gênero[20]. E nas 22 prioridades aprovadas, a saúde como área simplesmente não está colocada.

Dentre tantos outros fatores, mencionamos dois que nos parecem fundamentais: em primeiro lugar o efeito da idéia de transversalidade - *o qual já nos detivemos um pouco* – que ocorre nos dois planos, da saúde e da juventude, e que ao transmutar-se em discurso,

---

[20] Em resumo, na resolução "Sexualidade e Saúde", mencionam-se os programas – Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE); a necessidade de ampliação do mesmo e de acesso aos insumos de prevenção. Toca também na qualificação de profissionais em torno da Saúde Sexual e Reprodutiva e nas especificidades dos segmentos da população. Na resolução "Cidadania LGBTT", toca-se na necessidade de produção de materiais de prevenção específicos; e na humanização do atendimento ao público LGBT.

pulverizou de tal maneira as demandas, que elas simplesmente desaparecem do horizonte de preocupações como área estruturante. Em segundo, e muito associado ao primeiro, o modo de incidência política e comunicativa frágil e atomizada, que sem formular outra gramática discursiva sobre a agenda, somada ao desconhecimento do funcionamento do SUS, compromete a adesão de novos e amplos setores.

Por outro lado, mesmo sem adesão ampla como pauta estruturante, é preciso valorizar e caracterizar que são os *atores juvenis no campo da saúde*.

Temos a compreensão basilar de que assim como a educação ou outras áreas, o tema da saúde como demanda não se constitui isoladamente. Ele tem a ver ou se reflete com a forma pela qual os serviços atravessam os setores; segmentos sociais; ou mais especificamente, as identidades excluídas ou discriminadas. Deste modo, saúde é acionada como uma pauta numa agenda que inclui tantas outras áreas, nas quais os grupos ou segmentos sociais à margem dos direitos (e constituindo-se em atores políticos) demarcam-na em suas definições de prioridades, motivados em alguns casos por indicadores sociais; ou por outros - quando já organizados em institucionalidades - para acesso a recursos que forneçam condições de infra-estrutura para práticas pedagógicas e políticas.

Talvez se constitua como uma questão importante de pesquisa, a posição que toma *saúde* nos diferentes atores políticos presentes no espaço público, com especial ênfase ao *campo da juventude*. Podemos mencionar no cardápio dos movimentos sociais, o movimento feminista com a pauta da sexualidade e saúde reprodutiva na perspectiva dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; ou o movimento LGBT, que articulado historicamente à luta contra a AIDS[21], mobiliza os sujeitos para influenciarem a agenda da saúde, com especial enfoque para incidência aos órgãos gestores de políticas e programas de prevenção e assistência às DST/AIDS. Ambos, trazendo na esteira o "segmento jovem" [22]. Entretanto, empreendimentos de caráter mais autônomo em *saúde*, pelos chamados movimentos juvenis (estritamente constituídos por jovens), não temos muitos registros. Ainda, outros movimentos clássicos que se caracterizam por abrigar pautas juvenis como o Movimento

---

[21] Mais recentemente, podemos registrar iniciativas juvenis de articulação, como por exemplo, a Rede Nacional de Jovens Vivendo e Convivendo com o HIV/AIDS.

[22] A participação autônoma ou partilhada dos jovens em diferentes movimentos sociais parece ser um dado importante a ser problematizado. A pesquisa *Juventude Sulamericanas* (IBASE e PÓLIS, 2010) abre interrogações valiosas neste sentido, destacando os diálogos/confrontos que se dão internamente, que tem a ver com espaços de poder e categorizações de idade; a forma pela qual os jovens acionam identidades, dentro e fora dos movimentos etc.

Estudantil, por definição preocupado com a agenda da educação, não explicitam questões visíveis e estratégicas para a saúde.

Mas então, quem são os/as jovens que estão nos espaços de articulação; nas conferências públicas; nos grupos de diálogo sobre saúde?

Podemos anotar por nossa verificação empírica de que são as ONG o "lugar" institucional por excelência, que por meio de seus processos mobilizadores e formativos, congregam jovens e os constituem como atores sociais - *por suas próprias convicções, ou por outras motivações* – que passam a trazer *saúde* de um modo mais incisivo ou prioritário para o *campo da juventude*. A despeito de serem as ONG em menor ou maior medida vinculadas aos movimentos sociais - *sendo elas mesmas, em alguns casos, aporte institucional para eles* - o que nos interessa considerar é a complexidade com que se apresentam estas institucionalidades no cenário mais amplo das Políticas Públicas e do modo como atuam ou envolvem os jovens em sua cultura política e operativa.

Algumas dimensões interconectadas desta complexidade cabem mencionar rapidamente:

- Os distintos projetos políticos (quando existem) que defendem ou reproduzem no espaço público;
- Os pressupostos políticos, pedagógicos e ideológicos que acionam em seus *projetos*;
- A posição que ocupam no espectro mais amplo do desenho institucional das Políticas Públicas, em que sendo estas descentralizadas, podem operar como executoras de um modo "terceirizado"; ou atuar nas esferas de formulação, experimentação de metodologias, controle social, monitoramento e/ou avaliação.

Sendo mais específicos para não nos estendermos, e a guisa de conclusões parciais, cabe ressaltar para os objetivos de nosso seminário, que se as ONG são as institucionalidades expressivas que estimulam o debate da saúde da população jovem reunindo atores juvenis, é preciso avaliar o quanto de acúmulo sobre a condição juvenil contemporânea, tem se revestido nas suas ações. Estamos nos referindo não estritamente sobre as ONG que estão presentes e em diálogo no *campo da juventude* ou no *campo da*

saúde. Mas aludimos a tantas outras que estão nos territórios; que acessam recursos públicos e privados; que tratam saúde de acordo com os seus pressupostos ideológicos; que são convocadas nas diferentes políticas públicas direcionadas aos jovens etc. Se historicamente, na realização de suas práticas, construíram um arsenal diferenciado de atuação com adolescentes distintos de outros espaços educativos e de socialização, torna-se premente uma análise acurada sobre como representam os jovens e o lugar que estes ocupam no interior das organizações.

Não nos parece difícil observar - *retornando quase que ciclicamente às primeiras questões levantadas* - que os (poucos) jovens que hoje enunciam de modo mais incisivo uma agenda sobre a pauta da saúde, foram os adolescentes que "cresceram" nas ONG. E neste sentido, diante do que neste texto foi refletido, questiona-se: Isto os avaliza ou deslegitima na busca por alçarem outro patamar em incluir saúde como agenda prioritária? Com a palavra, *o campo*.

Referencias

ABRAMO, Helena W.; BRANCO, Pedro P. **Retratos da juventude Brasileira: análise de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Instituto Cidadania/Fundação Perseu Abramo. 2005.

ARAUJO JUNIOR, José L. C.; MACIEL FILHO, Romulo. Developing an Operational Framework for Health Policy Analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 01, n. 03, p. 203-221, 2001.

AYRES, José Ricardo C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, Lilian. (org.). **Programação em Saúde Hoje**. p. 139-182. São Paulo: Hucitec, 1990.

BARBOSA, Maria Inez. **Racismo e saúde**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BATISTA, Luís Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, jan./mar. 2005.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família.** [Online]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, 2010. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. [versão preliminar]. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0053_M1.pdf

BRASIL. Secretária Executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. **Programa de Saúde do Adolescente*:* Bases Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, 1993a. v. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Brasília, 1993b. v. 2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_12.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à

Saúde do Adolescente. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Brasília, 1993c. v. 3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_13.pdf

CAMPOS, Gastão W. de S. **Reforma da reforma. Repensando a Saúde.** Editora Hucitec. São Paulo, 1997.

CASTRO, Jorge Abrahão de., AQUINO, Luseni Maria Cordeiro de., ANDRADE, Carla Coelho de. **Juventude e Políticas Sociais no Brasil.** Brasília: IPEA, 2009.

CASTRO, Mary Garcia. Quebrando mitos: juventude, participaçãoe e políticas. Perfil, percepções e recomendações dos participantes da 1 Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude. Brasília: RITLA, 2009.

CHAVES, Elizeu; VENTURA, Miriam. **Direitos da população jovem – um marco para o desenvolvimento**. Brasília. UNFPA, 2003.

CONJUVE. **Política nacional de juventude. Diretrizes e perspectivas**. Brasília, 2006. 2ª edição.

CORRÊA, Sonia. Cairo + 10: a controvérsia que não acabou. In: Caetano, André J., Alves, José Eustáquio D., Correa, Sonia (orgs.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004. 82 p. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10correa49a58.pdf

FRANCH, Monica; LONGHI, Márcia. Refletindo sobre a saúde dos jovens: desafios e contradições na Atenção Básica. Comunicação Oral. Recife, 2004.

IBASE; PÓLIS. **Juventudes sul-americanas: diálogos para a construção da democracia regional**. Relatório Brasil. Informe final – 2008.

IBASE; PÓLIS. **Livro das Juventudes Sul-americanas**. Rio de Janeiro: Ibase, 2010.

IBGE. **Projeção da população brasileira por sexo e idade no período de 1980 a 2050 – revisão de 2004**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao.../metodologia.pdf. Acesso em janeiro de 2009.

LONGHI, Marcia R. **Viajando em seu cenário:** reconhecimento e consideração a partir de trajetórias de rapazes de grupos populares do Recife. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

LYRA, Jorge. Homem, jovem, negro e pobre: um novo sujeito para as políticas públicas? In: LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; OLIVEIRA, Ana Roberta; SOBRINHO, André (orgs.). **Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem, 2010, 2ª edição, pp. 109-130.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; NASCIMENTO, Pedro; GALINDO, Dolores; MORAES, Maristela; PEDROSA, Cláudio. "A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete". Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cadernos Cedes**, vol. 18, nº 57. p. 9-21. Campinas, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622002000200002&lng=en&nrm=iso

MEDRADO, Benedito. Adolescência, juventude, pré-adolescência, adultescência... Entre modelos culturais ideais e a ruptura com os padrões etários que (de)limitam lugares In: LYRA, Jorge; SOBRINHO, André; RIBEIRO, Cláudia; CAMPOS, Teresa; LUZ, Leonel; MEDRADO, Benedito (Orgs.). **Riscos, traços e tramas: reflexões sobre adolescências, juventudes e participação social.** Recife: Instituto Papai; Canto Jovem; MAB, 2010.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana; GRANJA, Edna e VIEIRA Sirley. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: http://www.feminismo.org.br Acesso em: 23/03/2010.

MELO, Ana Paula; LYRA, Jorge; OLIVEIRA, Ana Roberta; ARAÚJO, Andréa. Percepções e demandas dos jovens nos serviços de saúde. In: **IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia**. Comunicação Oral. Disponível em: http://www.conpsi.psc.br. Salvador, 2005.

MENDONÇA, Maria Helena M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, suplemento. P. S113-S120. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700012&lng=en&nrm=iso

MUZA, Gilson; COSTA, Marisa. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento – o olhar dos adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100033&lng=en&nrm=iso

NUNES, Eduardo, CUNHA, Luiz Roberto. **Retratos do Brasil.** [apresentação. online]. PUC: Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.econ.puc-rio.br/material/contsoc/Ret%20Brasil%20JUNHO%202007%20LRAC.pdf

OLIVEIRA, Ana Roberta. A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. Projeto de Pesquisa da disciplina Prática de Pesquisa I, da Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005.

OLIVEIRA, Ana Roberta; ALBUQUERQUE, Cintia; GRANJA, Edna; MEDRADO, Benedito. Os jovens e o sistema de saúde: refletindo sobre o acolhimento. Artigo de conclusão da disciplina Gênero e Sexualidade, do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007.

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde). **Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem**. Tema 4.8 da agenda provisória (Port.). Washington/ D.C, 2009. (Original em inglês).

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **IDB 2006 BRASIL:** indicadores e dados básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 20 out. 2007.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. Acessado em http://vsites.unb.br/ceam/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol_publicas.PDF

RUA, Maria das Graças. As políticas públicas e a juventude nos anos 90. In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, CNPD, 1998.

SILVA Jr., Aluizio; MASCARENHAS, Monica Tereza. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; p. 241-55. 2004.

SIMIONI, Fabiane; PINHAL, Paula; SCHIOCCHET, Tays. Saúde, Sexualidade e adolescentes no contexto jurídico brasileiro. **Series para el debate. Campana por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos**. N. 2. Lima, 2003. Disponível em: http://www.convencion.org.uy/08Debates/Serias2/Simioni_Pinhal.pdf

SOBRINHO, André. Entre a cruz e a caldeirinha: Disputa de sentidos em torno das ONGs e de suas práticas educativas direcionadas à população Jovem. In: LYRA, Jorge; SOBRINHO, André; RIBEIRO, Cláudia; CAMPOS, Teresa; LUZ, Leonel; MEDRADO, Benedito (Orgs.). **Riscos, traços e tramas: reflexões sobre adolescências, juventudes e participação social.** Recife: Instituto Papai; Canto Jovem; MAB, 2010.

SOUZA LEÃO, Luciana. **Saúde do Adolescente: atenção integral ainda no plano da utopia**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Recife: NESC – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz, 2004. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005leao-lms.pdf

SOUZA, Renilson. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud Málaga, España del 24-27 de febrero del 2002. Disponível em: http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala98.pdf.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Marcelo. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf