



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Comunicação e Saúde

CAES

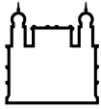
**VOZES DAS JUVENTUDES: APROPRIAÇÕES DE
INFORMAÇÕES E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
VEICULADAS PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA CAZUZA NA
ZONA OESTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Marcus Vinícius da Silva Santos

Modalidade: Projeto de Pesquisa
Orientadora: Doutora Marcia Rodrigues
Lisboa

Rio de Janeiro

2019



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

VOZES DAS JUVENTUDES: APROPRIAÇÕES DE INFORMAÇÕES E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VEICULADAS PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA CAZUZA NA ZONA OESTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

MARCUS VINÍCIUS DA SILVA SANTOS

Trabalho apresentado ao Instituto de
Comunicação e Informação Científica e
Tecnológica em Saúde, da Fundação
Oswaldo Cruz

Modalidade de trabalho: Projeto de Pesquisa

Orientadora: Doutora Marcia Rodrigues Lisboa
(Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação
Oswaldo Cruz).

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial meu avô paterno, por acreditarem que eu poderia ir além de minhas expectativas e não me deixarem desanimar.

Aos meus amigos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que confiaram em minha capacidade intelectual e profissional.

Aos amigos do Curso de Especialização em Comunicação & Saúde pelos dias de muito aprendizado e trocas positivas que puderam me propiciar.

Aos profissionais, adolescentes e jovens do RAP da Saúde, por me mostrarem todos os dias valores humanos tão importantes; e que as juventudes possuem um potencial significativo e que devem ser assistidos em suas demandas.

Aos Coordenadores Igor e Janine por sempre estarem dispostos a nos ensinar e aprender conosco; além de sentirmos juntos a dor desse momento histórico e doloroso que vivemos.

A minha orientadora Doutora Márcia Rodrigues Lisboa pela paciência e a disponibilidade em ajudar no processo de construção do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em C&S.

RESUMO

A pesquisa tem o objetivo de estudar as apropriações de adolescentes e jovens no que tange às informações e às ações de promoção da saúde veiculadas pela Atenção Primária carioca nos territórios assistidos pela Clínica da Família Agenor de Miranda Araújo Neto, Cazusa, localizada no bairro de Guaratiba, na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Terá como foco o processo comunicacional das ações de promoção da saúde, entendendo que extrapolam os muros da clínica e almejam propiciar a saúde integral da coletividade. Será adotada abordagem qualitativa, que contará com a participação de dez jovens, integrantes dos grupos RAP da Saúde e o Tempo Não Para, como entrevistadores. Espera-se que o estudo contribua para avaliações sobre as ações de comunicação e saúde na Atenção Básica e para o planejamento de políticas públicas locais, que envolvam adolescentes e jovens.

Palavras-chave: Saúde; Juventudes; Adolescentes; Atenção Primária e Saúde; Apropriação.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	6
1.1-O território e a atenção primária em saúde	6
1.1.1-O município do Rio de Janeiro	6
1.1.2-A Zona Oeste do município do Rio de Janeiro e a região de Guaratiba	7
1.1.3-A Atenção Primária no município e em Guaratiba	9
1.1.4-Estratégias de participação juvenil	12
1.2-Juventudes/Adolescências	14
1.2.1-Delimitações	14
1.2.2-Vulnerabilidade da população jovem	15
1.2.3-Políticas públicas para adolescentes e jovens no Brasil	15
1.2.4-Direito das juventudes à comunicação associado ao direito à saúde	16
2-TEMA	18
3-TÍTULO	19
4-PERGUNTA	20
5-OBJETIVOS	21
5.1-Objetivo Geral	21
5.2-Objetivos Específicos	21
6-JUSTIFICATIVA	22
7-REFERENCIAL TEÓRICO	29
7.1-Juventudes e protagonismo	29
7.2-Risco e vulnerabilidade	32
7.3-O papel das mediações comunicativas nas apropriações por jovens de informações e ações	34
8-METODOLOGIA	38
9-CRONOGRAMA DA PESQUISA	41
10-REFERÊNCIAS	42

1-INTRODUÇÃO

1.1-O território e a Atenção Primária em Saúde

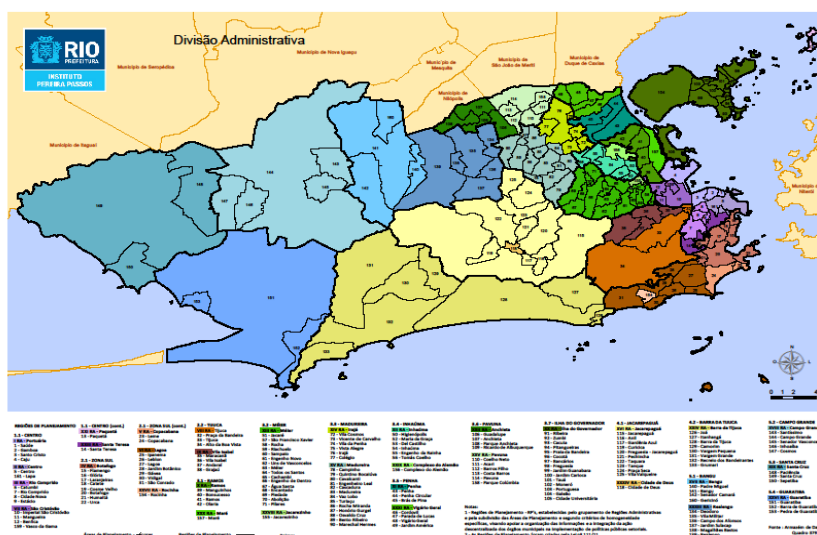
1.1.1-O município do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro é um município brasileiro, capital do Estado com o mesmo nome. É dividido em quatro zonas político-administrativas: Zona Norte, Zona Sul, Centro e Zona Oeste. De acordo com o IBGE (2010), possui 6.320.446 habitantes, o que corresponde a 40% do total de moradores do Estado do Rio de Janeiro.

O município tem 1.224 Km² de área, e densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km². Está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 161 bairros. A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde.

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP) (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2013, p. 20).

Figura 1: Divisões Administrativas da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2011.

A área mais populosa da capital é a Zona Norte, com 87 bairros e 42% da população do município. A maior densidade demográfica (10.185 hab/Km²) também se situa na Zona Norte. A Zona Oeste apresenta a segunda maior população, 2.614.728 habitantes, representando 41,36 % da população do município; e a menor densidade

demográfica (2.851 hab./Km²), já que sua área territorial é extensa. Nela estão os três bairros mais populosos da cidade: Campo Grande (328.370 hab), Bangu (244.728 hab) e Santa Cruz (217.333 hab). A densidade demográfica do Centro e Zona Sul é de 9.794 hab/km², bem próxima da Zona Norte (IETS /SEBRAE/RJ, 2015).

De acordo com o Censo do IBGE (2010), na cidade do Rio de Janeiro, 15,4 % da população é formada por jovens entre 14 e 24 anos; nas favelas, esse percentual chega a 19,1 %, e 52,5 % desses jovens são negros; dos jovens cariocas, 24,2 % vivem em domicílios pobres e 10,6 % em extremamente pobres.

A dinâmica de ocupação da cidade e a rede de interações entre as Áreas de Planejamento (APs), através das atividades econômicas, da circulação, da mobilidade e da distribuição dos equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer, determinam as características de cada região e das formas de adoecimento e mortalidade. As APs são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação.

A AP 1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%). Por outro lado, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. Já a AP 2.1 tem a maior população de idosos (23,1%), a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km²), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e concentra o maior IDH do município. A exceção fica por conta da favela Rocinha (29ª no ranking do IDH). A AP 2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1. A participação do grupo etário idoso na AP 2.2 também é alta, a segunda maior da cidade (22,1%). As APs 3.1, 3.2 e 3.3, juntas, se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região. A AP 4 é a segunda maior em área, com 294 Km², aproximadamente 1/4 do território da capital fluminense. Esta região é um vetor de expansão urbana de rendas média e alta. Hoje, tem a segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./Km²). Por fim, as APs 5.1, 5.2 e 5.3, em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2013).

1.1.2-A Zona Oeste do município do Rio de Janeiro e a região de Guaratiba

A área da Cidade do Rio de Janeiro denominada e conhecida por Zona Oeste compreende um conjunto de diferentes bairros que se identificam a partir de uma história

comum relacionada a um passado onde a produção agrícola destacou política e economicamente o local. A nomenclatura Zona Oeste é hoje mais do que uma referência geográfica, pois está aliada a uma série de representações coletivas que produz um estilo de vida que particulariza a região.

Habitualmente chamada de Zona Oeste, apesar de, a rigor, geograficamente, essa região também incluir os bairros da Área de Planejamento (AP)¹4, a denominação passou, pelo uso popular, a identificar somente a Área de Planejamento (AP)5 e alguns bairros da (AP)4, com características sócio-econômicas parecidas a da (AP)5. Esta imprecisão na nomenclatura é resultado da estreita relação entre a localização espacial e nível social, uma característica da Cidade do Rio de Janeiro, onde descrições geográficas são generalizadas e confundidas com caracterização social. Neste amplo espaço de planícies e morros, os núcleos urbanos se adensaram em torno de estações ferroviárias, alguns tão distantes do Centro da Cidade, como Campo Grande e Santa Cruz, que chegam a 70 km de distância, que se apresentam como se fossem ‘outras cidades’ ou cidades satélites (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012a).

Entre os dez bairros mais populosos no Município do Rio de Janeiro, sete são da zona oeste. O líder da relação é Campo Grande, com 328 mil moradores, seguido por Bangu (243 mil), Santa Cruz (217 mil) e Barra da Tijuca (136 mil). Os dados, divulgados fazem parte do Banco de Dados Agregados (Sidra) do IBGE, que tem como base o Censo do IBGE de 2010.

A Zona Oeste do Rio de Janeiro apresenta diferentes IDHs (Índices de Desenvolvimento Humano que variam entre 0 - baixo e 1 - elevado) no Município, oscilando entre 0,959 (Barra da Tijuca e Joá) e 0,742 (Santa Cruz), acentuando significativas desigualdades sociais e realidades contrastantes (PNUD/IPEA/FJP, 2010).

Bairros próximos à Barra da Tijuca, que têm imóveis mais baratos, recebem atualmente boa parte da população que migra para a região. Entre eles estão Camorim, Vargem Pequena e Recreio dos Bandeirantes, cujas populações aumentaram mais de 100% na última década. Esse ritmo é bem superior ao de crescimento médio da cidade, de 7,9% ao ano nos últimos dez anos (IBGE, 2010 apud TERRA, 2011)

¹Áreas de Planejamento (AP) são subdivisões da cidade em regiões administrativas e bairros que, por suas vocações e peculiaridades do uso do solo, a Prefeitura da cidade utiliza para o planejamento e implementação de suas políticas públicas (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1999, p. 13).

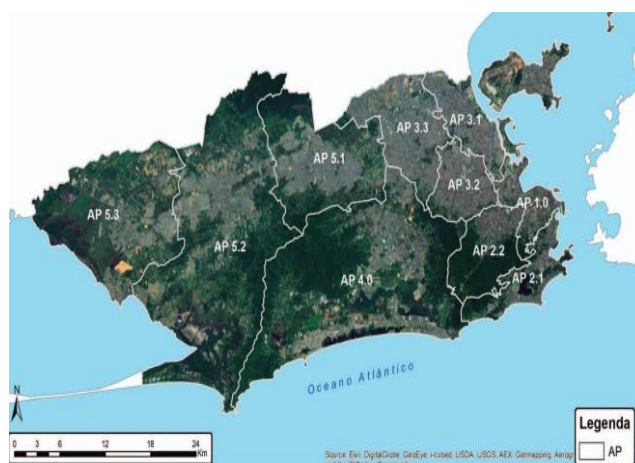
Os bairros de Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba se reúnem para formar a Região Administrativa XXVI, na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2018). Ainda, de acordo com o censo de 2010 do IBGE, Guaratiba possui 110.049 habitantes; sendo a população masculina, representada por 53.764 habitantes e a população feminina, 56.285 habitantes; e do total de habitantes, 9.695 indivíduos possuem entre 15 e 19 anos.

1.1.3-A atenção primária no município e em Guaratiba

A Atenção Primária em Saúde (APS) consiste no comprometimento dos governos em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços – e/ou políticas – sociais (STARFIELD, 1992). Definida por Harzheim, Lima e Hauser (2013, p. 31) como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde, caracteriza-se pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro sistema de saúde.

No Brasil, estudos mostraram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população. Entretanto, a heterogeneidade na qualidade da atenção ainda é uma marca da ESF, assim como os desafios de se ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, especialmente as doenças crônicas (HARZHEIN; LIMA; HOUSER, 2013, p. 11)

Figura 2 – Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993



Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2013, p. 20

Até 2009, o município do Rio de Janeiro apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na APS (HARZHEIN; LIMA; HOUSER,

2013, p. 19). A cobertura de Estratégia de Saúde da Família² era em torno de 7%. A partir desse ano, uma mudança na gestão da saúde pública foi iniciada. Forte ênfase foi dada para a APS, por meio de estímulo à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 a uma cobertura de ESF de cerca de 40% (BRASIL, 2012). Entretanto, essa ênfase não foi apenas quantitativa, quer do ponto de vista da cobertura da ESF, quer do volume de financiamento municipal para a APS. A antiga Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMS-RJ) qualificou a proposta normativa da ESF Brasil (2012) ao criar as Clínicas da Família.

As Clínicas da Família representam um marco na Atenção Primária e na gestão do cuidado no município do Rio de Janeiro, além de contribuírem para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

Tal estratégia, prioritária, segundo o Ministério da Saúde, visa organizar a atenção básica, tendo como um de seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante ao cadastramento e vinculação do usuário (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012b, p. 10)

A Estratégia de Saúde da Família apoia-se no conceito de promoção da saúde, definido como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação no controle desse processo. A promoção da saúde incorpora a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde, portanto dependendo de ações intersetoriais e não exclusivamente de ações isoladas do setor Saúde para seu desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Cada Unidade Básica de Saúde cariocas possui uma equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância em saúde, dentistas, auxiliar de saúde bucal e técnicos de saúde bucal. Esses

²A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. (BRASIL, 2019)
A Equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento (BRASIL, 2019)

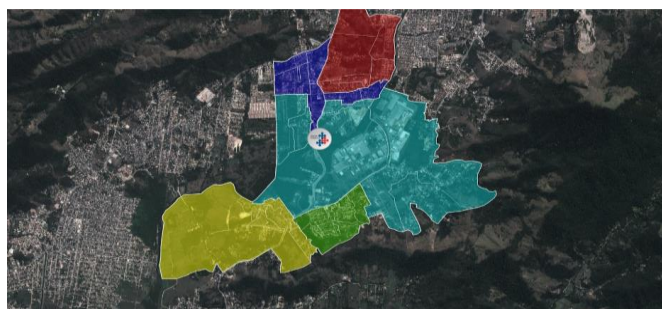
profissionais são divididos nas Clínicas da Família por equipes responsáveis pela sua área (local de moradia). Ao chegar à unidade, o usuário é acolhido por um profissional de sua equipe e é orientado e atendido de acordo com sua necessidade. Ainda são oferecidos pelas Unidades de Atenção Primária diversos serviços; entre eles atividade física, controle do tabagismo, prevenção, tratamento e acompanhamento das ISTs e HIV, e ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

A comunidade do Largo do Correia, em Guaratiba, passou a contar com três equipes de Saúde da Família em 17 de dezembro de 2007, quando duas equipes que antes pertenciam ao Centro Municipal de Saúde Maia Bittencourt foram realocadas para aumentar a cobertura da Saúde da Família da área. “As equipes realizavam o mapeamento e divisão de um novo território, dando início ao Posto de Saúde da Família Largo do Correia. Essa unidade era responsável por um território com aproximadamente 8.000 habitantes” (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012b)

Havia, ainda, a necessidade de ampliação das equipes e mudança para uma unidade de saúde maior e melhor estruturada. Assim sendo, após quatro anos, foi inaugurada, na Estrada do Mato Alto – S/Nº, a Clínica da Família Agenor de Miranda Araújo Neto “Cazuza”, em homenagem ao cantor e compositor brasileiro (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012b). A imagem a seguir ilustra as 05 equipes que compõe o território assistido pela Clínica da Família supracitada.

Figura 3 – Mapa do Território de atuação dos profissionais da Clínica da Família

Cazuza



Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2012c.

Inicialmente, a respectiva unidade de Atenção Primária em Saúde contava com cinco médicos, cinco enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas, cinco técnicos de enfermagem,

trinta Agentes Comunitários de Saúde, cinco Agentes de Vigilância em Saúde e estava responsável por 20.000 habitantes de Guaratiba (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2012b, p. 268). Atualmente, devido à alta rotatividade e trocas de gestão municipal, segundo Brasil (2019), a Unidade de Saúde conta com vinte e oito Agentes Comunitários de Saúde, cinco Enfermeiros, dez Agentes de Vigilância em Saúde, cinco Médicos de Saúde da Família, sete técnicos de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, dois Auxiliares de Saúde Bucal, um Auxiliar Administrativo, um Farmacêutico, um diretor de unidade e um gerente de unidade.

1.1.4 – Estratégias de participação juvenil

À Estratégia de Saúde da Família soma-se a recomendação da participação juvenil como estratégia específica de promoção da saúde e como forma de garantir do direito à liberdade dos adolescentes, assegurado no Estatuto da Criança e do Adolescente. Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; II - opinião e expressão; III - crença e culto religioso; IV - brincar, praticar esportes e divertir-se; V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação; VI - participar da vida política, na forma da lei; VII - buscar refúgio, auxílio e orientação. Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990.

A participação juvenil, na concepção posta, contribui para a construção da cidadania, da autonomia, autoestima, assertividade e projeto de vida juvenil, ao mesmo tempo em que contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das ações de saúde, devendo ser considerado no planejamento, na execução e na avaliação das ações do setor, beneficiando tanto os jovens quanto o setor Saúde (BRASIL, 2007).

Assim sendo, promover saúde significa equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, relacionados especificamente à Promoção da Saúde, os serviços oferecidos à população pela Atenção Primária em Saúde carioca são ações intersetoriais, protagonismo de grupos sociais, fortalecimento de vínculos familiares, estratégias de comunicação e informação em saúde (construção, planejamento e execução de ações educativas e de mobilização; e elaboração e veiculação de materiais educativos),

fortalecimento do autocuidado e da autonomia das pessoas, alimentação saudável, promoção da atividade física e controle do tabagismo (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2011, p. 80).

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) vem investindo na participação juvenil por meio de diferentes estratégias: treinamentos, parcerias, criação do Comitê Assessor de Adolescentes e Jovens do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), entre outras. Em 2000, foi inaugurado o Adolescentro Maré, financiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) e gerenciado por meio de um convênio com o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) (BRANCO et al., 2015).

O nome Adolescentro atendia à ideia de caracterizar um centro de atividades que não só tivesse o adolescente em suas especificidades como centro das atenções, mas que o envolvesse também como protagonista na multiplicação de ações de promoção da saúde. O Adolescentro Maré envolvia duas unidades de saúde, que cediam suas instalações para o projeto aos sábados, quando aconteciam atividades de atenção à saúde (atendimento clínico, psicológico, odontológico e ginecológico), ações educativas, culturais e esportivas. O projeto contava com uma equipe de profissionais e jovens que planejavam, executavam e avaliavam conjuntamente as ações de promoção e atenção à saúde. Esta experiência, bem-sucedida, abriu caminhos para a conquista de apoio político e recursos do orçamento municipal, para projetos de protagonismo juvenil, o que permitiu a renovação do convênio com o CEASM, a inauguração do Adolescentro Paulo Freire em 2004 e a implantação do RAP da Saúde em 2007 (BRANCO et al., 2015).

O RAP da Saúde – Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde – é um projeto da Superintendência de Promoção da Saúde (SPS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) que tem como objetivo fortalecer as ações de promoção da saúde tendo os jovens como protagonistas e agentes de participação social e comunicação.

O protagonismo juvenil traz em si a ideia dos jovens como sujeitos de intervenções e de ações transformadoras de seus contextos sociais e comunitários, no RAP eles são protagonistas em todas as etapas: no planejamento e na realização das ações de promoção da saúde, no acesso e acolhimento de jovens nas unidades de saúde com propósito de fortalecer a educação entre pares e na avaliação do desenvolvimento do curso. O projeto,

que existe desde 2007, foi reformulado em 2015 com a sua institucionalização. A partir de então, passou a ser gerido integralmente pela SMS-RJ e ganhou formato de Curso para Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde.

1.2-Juventudes/adolescências

1.2.1-Delimitações

A adolescência é um fenômeno contemporâneo, que tanto pode ser breve, e passar despercebido em muitas sociedades, quanto bastante prolongado, como em sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente (TRAVERSO-YÉPEZ PINHEIRO, 2002).

Apesar da delimitação pouco precisa, admite-se que este período tenha o seu início nos marcos biológicos da puberdade e o seu fim com a entrada do jovem na vida adulta, quando ele, então, assume responsabilidades e deveres estabelecidos pela cultura (ARNETT, 2000).

Nas últimas décadas, o termo “juventude” vem sendo utilizado para evocar a faixa etária entre 15 e 24 anos, ao identificar particularidades deste grupo referentes ao adiamento para assumir responsabilidades tais como iniciar e concluir um curso de graduação, entrar no mercado de trabalho, casar e formar a sua própria família (ARNETT, 2000; OMS, 2009).

Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) apontam que a ambiguidade ao redor dessa delimitação tem provocado problemas operacionais que dificultam uma conceituação mais precisa e uma definição de limites etários comuns aos diversos atores sociais.

A adolescência implica na complexidade das experiências diversificadas, que variam em função de características individuais e socioculturais, de gênero, classe social, região geográfica, cultura, entre outros. Uma revisão destas diferentes características, apesar de complexa, merece a atenção não apenas dos serviços de educação e saúde, mas também, das famílias e dos pesquisadores da área, no sentido de respaldar ações e políticas mais adequadas de cuidado e proteção, educação e aconselhamento dos adolescentes. Apesar da importância do critério etário, cabe reconhecer certa arbitrariedade que, de fato, não demonstra a diversidade da condição socioconstruída do adolescente (HORTA & SENA, 2010).

Outra forma de delimitar o período da adolescência é pela adoção de um critério cronológico, bastante útil na identificação de parâmetros importantes para a investigação

epidemiológica e para a elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e de programas sociais e saúde pública. Este critério, adotado pela Organização Mundial da Saúde e reconhecido pelo Ministério da Saúde do Brasil e, também, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, define a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade. Já, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, para efeitos da Lei 8069, de 13/07/1990, a pessoa é considerada criança até os 12 anos de idade incompletos e, adolescente, entre os 12 e os 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Portanto, a delimitação da adolescência envolve tanto critérios cronológicos e físicos, quanto sociais e culturais, e sua definição se pauta, essencialmente, na ideia das transformações múltiplas e simultâneas, fundamentais ao desenvolvimento humano. Tais transformações acontecem no próprio indivíduo e em suas relações com os contextos dos quais ele faz parte.

1.2.2-Vulnerabilidade da população jovem

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o Brasil possui cerca de 50 milhões de jovens, com idade entre 15 e 29 anos; e muitos permanecem sem acesso aos cuidados, educação, trabalho, cultura – sem acesso a direitos básicos, portanto.

Segundo Ayres et al. (2003), conceitualmente, a vulnerabilidade tem relação com a garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos Direitos Humanos. Nessa área, o termo nomeia grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania, estando vinculado a situações de iniquidade e desigualdade social, bem como de enfrentamentos relacionados a indivíduos, grupos e coletividade.

1.2.3-Políticas públicas para Adolescentes e Jovens no Brasil

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi criado pela Lei 8.069, sancionada em 13 de julho de 1990, e se tornou um marco legislativo no país. O texto garante direitos a crianças e adolescentes, que passam a ter acesso à cidadania e proteção social. Na esteira da redemocratização do país, da Constituição de 1988 e da Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pelas Nações Unidas em 1989. Esse Estatuto trouxe como um de seus enfoques o conceito de proteção integral para crianças e adolescentes. O artigo 11, reformulado em 2016, assegura o “acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observando o

princípio de equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL,1990).

E em 2013 foi promulgado o Estatuto da Juventude, que determina quais são os direitos dos jovens que devem ser garantidos e promovidos pelo Estado brasileiro ([Lei 12.852/2013](#)), detalhando garantias já previstas pela [Constituição Federal de 1988](#) com maiores especificidades ao público jovem. A base do Estatuto da Juventude é alicerçada em princípios, diretrizes e direitos com reflexos da [Constituição Federal de 1988](#), da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do Código Civil (CC), da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), e muitas outras normas. O Estatuto da Juventude contempla a população jovem dos 15 aos 29. O art. 1º, § 2º ressalva, ainda, que aos adolescentes “com idade entre 15 (quinze) e 18 (dezoito) anos aplica-se a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e, excepcionalmente, esse estatuto, quando não conflitar com as normas de proteção integral do adolescente”, ou seja, os direitos assegurados aos jovens no Estatuto da Juventude não podem ser interpretados em prejuízo do disposto na Lei nº 8.069, de 12 de julho de 1990 (BRASIL, 2013).

1.2.4-Direito das juventudes à comunicação associado ao direito à saúde

A comunicação, no campo da saúde, não se dissocia da noção de direito e segundo Araújo e Cardoso (2007, p. 61):

[...] é dirigida a ‘cidadãos’, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Em consequência, não se pode limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a idéia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a aplicação de sua participação cidadã nas políticas de saúde.

A Promoção da Saúde no município do Rio de Janeiro utiliza diversas estratégias de comunicação para promover a saúde integral das juventudes como distribuição de materiais educativos, oficinas, grupos de adolescentes e jovens na unidade de saúde, palestras em espaços de controle social; visando a prática do autocuidado por parte desses jovens e a garantia de direitos; trabalhando temas caros a essa população como saúde das populações vulneráveis, cultura da paz, bullying, violências, arboviroses, saúde bucal, e

etc. Importante salientar a participação das juventudes na construção de políticas públicas para adolescentes e jovens.

A integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, perpassando todo o processo de produção da saúde, quer seja individual ou coletivo (BRASIL, 2010).

Na Atenção Primária carioca, no que tange aos serviços oferecidos às juventudes, o jovem é o centro de todo o processo educativo (protagonismo juvenil); ele participa, junto aos profissionais, do planejamento, produção de materiais e execução das ações educativas e de mobilização, seja na unidade de saúde e nos territórios, compartilhando múltiplos olhares e saberes; falando sobre saúde e garantia direitos com outros jovens, através da metodologia da educação entre pares; em espaços de frequência constante das juventudes.

Evidenciada a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens, enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

2-TEMA

Apropriações por jovens de informações e ações de promoção da saúde veiculadas pela Atenção Primária na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro.

3-TÍTULO

Vozes das Juventudes: apropriações de informações e ações de promoção da saúde veiculadas pela Clínica da Família Cazusa na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

4-PERGUNTA

Como os jovens se apropriam de informações e ações de promoção da saúde veiculadas pela Atenção Primária em Saúde nos territórios assistidos pela Unidade de Saúde da Família “Cazuza”, em Guaratiba, na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro?

5-OBJETIVOS

5.1-Objetivo geral

Compreender como as juventudes se apropriam de informações e ações de promoção da saúde veiculadas pela Atenção Primária em Saúde Carioca, nos territórios assistidos pela Unidade de Saúde da Família “Cazuza”, em Guaratiba, na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro.

5.2-Objetivos específicos

*Investigar como as juventudes residentes nos territórios assistidos pela Unidade de Atenção Primária Cazuza, em Guaratiba, se informam sobre cuidados em saúde.

*Analisar a relação entre o conhecimento dos jovens pesquisados e as estratégias em comunicação e saúde propostas pela Atenção Primária em Saúde envolvendo adolescentes e jovens.

6-JUSTIFICATIVA

As juventudes, assim como outras populações que residem em Guaratiba, têm demandas sociais e de saúde complexas, que necessitam ser assistidas pelo poder público. A garantia do direito à cidade é frequentemente negada aos jovens da Zona Oeste; problemas vinculados à qualidade do transporte público e às desigualdades dos serviços entre as diversas regiões do município marcam a vida e o cotidiano dos jovens da região (INSTITUTO RIO, 2016).

Tanto a adolescência quanto a juventude nem sempre estiveram em evidência no cenário social, político e econômico do país. Com relação à experiência brasileira, o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) (1990) e o Estatuto da Juventude (2013), são os principais ordenamentos jurídicos que sinalizam a condição juvenil, os recortes etários e a concepção de “sujeitos de direitos”.

A “questão juvenil” vem ocupando, nas últimas duas décadas, um lugar de significativa relevância no contexto das grandes inquietações mundiais. Isso se expressa tanto em preocupações mais gerais relacionadas com a inserção dos jovens na vida adulta quanto em âmbitos específicos que relacionam os jovens com as famílias, a educação, o mundo do trabalho, a sexualidade, as novas tecnologias, as drogas e a violência, dentre outros aspectos. (CARRANO, 2012, p. 85)

O cuidado da saúde de adolescentes e jovens constitui um importante desafio para as práticas em saúde, seja pelas diversidades desse grupo populacional, seja pelas formas de organização dos serviços de saúde. São diversos os motivos da baixa frequência das juventudes às unidades, como o despreparo dos profissionais; o acolhimento inadequado desses jovens ou a falta dele, e as informações incorretas oferecidas.

O processo de passagem para a vida adulta, dentro do *continuum* evolutivo do ser humano, pode ser entendido como um processo articulado de ações e decisões dos sujeitos que, por seu turno, sofrem constrangimentos das estruturas sociais e econômicas dos diferentes dispositivos institucionais (BRASIL, 2010 apud LIMA, 2014).

A relação entre o adoecimento dos adolescentes e jovens e a pouca frequência dessas populações às Unidades de Atenção Primária em Saúde dos Territórios não se sustenta sem uma análise sobre as causas de adoecimento dessa população. Tampouco é possível afirmar que apenas adolescentes e jovens costumam encarar a unidade de saúde como um espaço curativo e não preventivo.

Do ponto de vista da saúde, são comuns referências à população adolescente como aquela que menos adoecer ou que menos procura os serviços de saúde. Porém, há que refinar esta observação, pois, na faixa de 15 a 19 anos, esse grupo engrossa as estatísticas brasileiras de violência, apresentando elevadas taxas de mortes. Também, os jovens nessa idade são muito mais propícios a experimentar drogas lícitas e ilícitas e, seu uso abusivo repercute na saúde (MINAYO; GUALHANO, 2015).

A violência é um fenômeno multicausal que não deve ser entendida como parte constituinte da natureza humana, não tem raízes biológicas. Ela é gerada e desenvolvida nas relações sociais, devendo ser entendida e analisada em rede. Vivemos em um país onde as imensas desigualdades econômicas, sociais e culturais são evidentes. Segundo de Moura (2014) uma parcela significativa de adolescentes vive uma realidade marcada pela pobreza e pela privação de bens e serviços, o que os torna mais vulneráveis às situações de violência. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), promulgado em 1990, dispõe:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (...) assegurando-lhes, por lei ou outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental e moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (ECA, 1990).

A violência envolvendo adolescentes, por ser um fenômeno sócio-histórico, não é, em si, uma questão exclusiva da saúde pública, mas inegavelmente afeta fortemente a saúde desse grupo etário. Segundo Minayo (2006):

- *Provoca morte, lesões, traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais.
- *Diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades.
- *Exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde.
- *Coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo.
- *Evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.
- *Ocorre no ambiente doméstico, na sociedade e nas instituições e perpassa todas as classes sociais.

De acordo com Moura (2014) as principais formas de violência praticadas contra adolescentes são físicas, sexuais e psicológicas, negligências, exploração do trabalho, violência urbana, violência institucional, violência por meio de redes sociais, racismo e bullying. Seja qual for o tipo de violência, ela ocorre pela condição de vulnerabilidade do adolescente. Entretanto, por medo, vergonha ou por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para obter assistência e proteção, muitos adolescentes ficam calados.

Com relação aos profissionais de saúde, Moura (2014) afirma, ainda, que esses estão numa posição estratégica para identificar os adolescentes em situação de violência. Essa compreensão demanda do setor saúde uma articulação com a rede de proteção social e com os demais setores governamentais e não governamentais para a elaboração de estratégias de enfrentamento das situações de violência e promoção da saúde.

A violência urbana, que reforça a sensação de angústia dos jovens dos territórios; e o assédio e a violência contra mulheres, marcados pelo alto percentual de estupros registrados no ano de 2015 na Zona Oeste, constituem um fenômeno significativo; pois muitas dessas opressões se desenvolvem com base no racismo, no machismo, no padrão de beleza produzido pela mídia, no preconceito de cor e de cabelo, e na naturalização da desigualdade social, racial e de gênero. A expressão mais dramática da violência e do racismo está ancorada na constatação de que os e as jovens negros/as das periferias são as principais vítimas de homicídios (INSTITUTO RIO, 2016)

Outra questão a ser refletida e analisada com as juventudes da Zona Oeste é a formação educacional oferecida a elas: existe um sistema de baixa qualidade, com carências básicas de infraestrutura e a falta de compromisso do poder público com a promoção da educação de qualidade para todos e todas. A baixa oferta de postos de trabalho nessa região e as fragilidades no processo de formação escolar são visíveis e deixam os jovens numa posição mais vulnerável, considerando os elevados índices de evasão escolar registradas no âmbito do ensino médio em diversas localidades da região (INSTITUTO RIO, 2016).

O acesso restrito e deficiente às estruturas de oportunidades, principalmente à escolarização, trabalho, saúde, cultura e lazer, colabora para a manutenção da vulnerabilidade social (ABRAMOVAY et al, 2002). Somada a essa situação, a condição econômica ocasiona uma grande tensão entre os jovens, agravando os processos de

integração social que, em algumas situações, fomenta o aumento da violência e da criminalidade. Abramovay et. al (2002, p. 12) ressaltam que

a violência, embora, em muitos casos, associada à pobreza, não é sua consequência direta, mas sim a forma como as desigualdades sociais, a negação do direito ao acesso a bens e equipamentos de lazer, esporte e cultura operam nas especificidades de cada grupo social desencadeando comportamentos violentos.

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a décima-quinta causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte. No Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte entre jovens nessa faixa etária (BRASIL, 2017).

O aumento de casos de tentativa de suicídio na Área de Planejamento 5.2 (AP) trouxe à tona a necessidade de dar maior visibilidade às mesmas, pois se trata de um agravo à saúde que causa grande impacto não apenas na vida da vítima, quanto de toda família (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2016, p. 73)

Figura 4: Notificação de Violência Autoprovocada de Jovens entre 15 e 19 anos

PERÍODOS	LOCALIDADES											Total
	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	S/C	
Acumulado de 2010 a 2016	28	22	18	79	19	71	54	92	66	27	21	497
2016	6	9	6	27	8	21	25	38	38	13	8	199

Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2010...2016

Outra causa de morbimortalidade de jovens é a infecção por HIV/AIDS. Os dados trazidos pelo Boletim Epidemiológico de 2016 produzido pelo Ministério da Saúde apontam que, de 2006 para 2015 a taxa de infecção por HIV/AIDS entre jovens brasileiros de 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2016). Neste sentido, para que a AIDS seja enfrentada em todas as suas dimensões se faz necessário compreender todas as formas de vulnerabilidade social, seja ela política, étnica, racial, de gênero ou cultural a que estão submetidos todos os segmentos sociais,

especialmente, os jovens. O Município notificou entre 2010 e 2017 866 casos de jovens entre 15 e 19 anos infectados por HIV/AIDS; sendo 25 casos somente na região de Guaratiba (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2010...2017).

Figura 05 – Notificação de HIV/AIDS em jovens de 15 a 19 anos

AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS E MAIS - Sinan Net									
Local	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cidade do Rio de Janeiro	34	33	50	66	123	204	185	171	866
Guaratiba	0	1	1	2	5	6	6	4	25

Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2010...2017

As estratégias de comunicação em saúde da Atenção Primária também contemplam adolescentes grávidas do município do Rio de Janeiro, pois a iniciativa pública entende que gravidez na adolescência contribui para a mortalidade, evasão escolar e morbidade dessa população.

A proporção de mães adolescentes, com menos de 20 anos, caiu de 19,3% no ano 2000 para 14,1% em 2017, uma redução de 26,8%. Esta redução foi maior nas AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel), 2.1 (Zona Sul) e 4.0 (Barra da Tijuca e Jacarepaguá) e menos pronunciada nas AP 3.3 (Irajá, Madureira, Pavuna e Anchieta), 3.1 (Ramos, Penha, Ilha do Governador, Maré e Alemão), 5.3 (Santa Cruz) e 1.0 (Centro e São Cristóvão) (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2017a). Ao analisar o número de nascidos vivos especificamente na AP 5.2 (Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba) tem-se 9.537 nascimentos; sendo 16,91% de mães adolescentes; segundo dados de 2017 foram 11.460 nascidos vivos; com 14,21% de mães adolescentes, expressando redução no número de grávidas adolescentes nessa região; e o bairro de Guaratiba registra, nesse mesmo ano, 299 nascimentos de mães em idade de 15 a 19 anos, ocupando o 5º lugar no ranking de 161 bairros da Cidade do Rio de Janeiro, no que tange ao quantitativo de mães jovens nessa faixa etária (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2017b).

Figura 06 - Nascimentos no bairro Guaratiba segundo a idade da mãe

De 10 a 14 anos (2017):	14		
de 15 a 19 anos (2017):	299		
de 20 a 29 anos (2017):	1035		
de 30 a 39 anos (2017):	596		
de 40 a 49 anos (2017):	68		
de 50 anos e mais (2017):	0		

Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2017b.

Figura 07 – Nascimentos no bairro Guaratiba segundo raça/cor da mãe

Branca (2017):	472		
Preta (2017):	137		
Amarela (2017):	4		
Parda (2017):	1391		
Indígena (2017):	1		
Não informado (2017):	6		
Ignorado (2017):	3		
Total (2017):	2014		

Fonte: Município do Rio de Janeiro, 2017b.

Consideramos a mudança de padrões da gravidez na adolescência a fatores multicausais, como a expansão do Programa Saúde da Família, o acesso a métodos contraceptivos e ao Programa Saúde na Escola. Contribuíram para o êxito dessas estratégias, iniciativas de educação em saúde, como aquelas desenvolvidas pelo RAP da Saúde e pelos Adolescentes, que levam ao empoderamento de adolescentes ao fazerem escolhas livres e determinarem o seu projeto de vida. Exemplos dessas iniciativas.

A Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro investe em promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens buscando sensibilizar gestores para uma visão completa do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população.

Essas reflexões e dados conduzem ao projeto de pesquisa apresentado, que se propõe a entender como se configura o processo comunicativo entre a Atenção Primária em Saúde e a população juvenil da zona oeste carioca, visando contribuir para a melhoria

do SUS na garantia do direito a saúde e a cidadania de adolescentes e jovens da Cidade do Rio de Janeiro.

7-REFERENCIAL TEÓRICO

7.1-Juventudes e protagonismo

Para a compreensão do problema de pesquisa, buscaremos refletir inicialmente sobre o conceito de juventude, contemplando especificidades e diversidades desse público. Trazemos à luz os autores Pierre Bordieu, Regina Novaes, José Machado Pais, para reflexão acerca dessas definições.

A combinação dos termos juventude e juventudes alerta tanto sobre a importância de singularizar o jovem, enquanto parte de uma geração e de um período histórico (população de um determinado corte), como para a importância de considerar ambiências sociais e sistemas de identidades pelos quais diferentes jovens circulam.

Os sistemas de classe, raça e gênero – e neste o de sexualidade – identificam jovens quanto a necessidades, imaginários e tipos de vivências. Contudo, vem também se alertando que tais marcadores sociais não são os únicos para tal singularização. No caso do Brasil, que prima por desigualdades sociais várias, à pertença territorial e à inserção nas instituições socializadoras, somam-se também aquelas comumente mencionadas (NOVAES, 2009).

Segundo Bourdieu, tomar a juventude por objeto implica pensá-la num contexto de relações no qual está inserida, adotando, como método, uma luta constante contra qualquer forma de percepção do mundo social como substancialista. Pensar em termos de relações significa, aqui, também colocar em evidência os mecanismos relativamente arbitrários na categorização de populações pré-construídas. “[...] seria tomar para objeto o trabalho social de construção do objeto pré-construído: é aí que está o verdadeiro ponto de ruptura” (BOURDIEU, 1998, p. 28).

A teoria da juventude homogênea é desconstruída por José Machado Pais (2003) na sua obra intitulada “Culturas Juvenis”. Na realidade, o autor defende que a juventude aparece socialmente dividida em função das suas origens sociais, perspectivas e interesses. Contudo, a juventude pode ser homogênea se a compararmos com outras gerações ou heterogênea se a encaramos como um conjunto de atributos sociais que diferenciam os jovens uns dos outros.

Pais analisa que os caminhos de passagem para a vida adulta não são apenas obscuros.

São caminhos longos, sinuosos, com escolhos. De fato, assiste-se, na sociedade contemporânea, a um prolongamento da condição juvenil: porque os percursos escolares são mais longos, porque há mais tardia inserção no mercado de trabalho; porque o acesso à casa própria é difícil; porque os casamentos retardam, devido também a uma maior liberalização das relações sexuais (PAIS, 2001, p. 81).

Para o sociólogo, qualquer política pública destinada à juventude necessita da ampliação do entendimento dos modos de ser jovem e uma escuta sensível para a construção da participação juvenil, pois os impasses do presente não podem transformar o futuro num tempo ausente (PAIS, 2001, p. 419).

A Atenção Primária em Saúde carioca utiliza estratégias e metodologias para promover a saúde integral de adolescentes e jovens. A escolha por realizar pesquisa participativa com adolescentes e jovens dos grupos RAP da Saúde e O Tempo Não Para, enquanto entrevistadores, converge com a noção de protagonismo juvenil, entendida como contributo à formação de um jovem solidário e autônomo simultaneamente; que seja capaz de apreender as novas linguagens que surgem diariamente e ganhar espaços no disputado mercado de trabalho ao mesmo tempo em que possa dar conta das consequências da globalização, como a desigualdade e a exclusão social (COSTA 1996; 2000).

Elencar esses conceitos auxilia a entendermos as potencialidades juvenis, a comunicação entre os jovens e as iniciativas construídas e postas em prática nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, na cidade do Rio de Janeiro. Os autores Adriana Almeida Camilo, Maria Cristina Assunção, Márcio Fontoura, Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira contribuem para essas discussões; e Cynthia Ozon Boghossian e Maria Cecília Minayo, e Lucia Rabello de Castro acentuam observações quanto à utilização do protagonismo juvenil enquanto estratégia comunicativa nos serviços de saúde e participação política dessas juventudes junto à coletividade.

Camilo (2010) ressalta o que considera serem as especificidades do modo de participação política juvenil, na atualidade. As políticas juvenis tendem a ser parte da vida em grupo e permear os processos de socialização característicos da adolescência e juventude. Como efeito, ações sociopolíticas juvenis se misturam a questões identitárias, culturais, econômicas, de gênero e étnico-raciais, entre outras. No lugar de fazer política de

palanque, que tem por instrumento principal as mídias, o jovem ocupa-se preferencialmente de questões micropolíticas, organiza-se por meios singulares e comunica suas ideologias por linguagens não convencionais, a exemplo dos graffiti, fanzines e blogs. E afirma, ainda, que o modo predominante de ação encontrada nos chamados coletivos juvenis é a política do cotidiano, a qual objetiva ressignificar, a partir da base, as formas dos sujeitos se situarem no mundo, contribuindo para a conquista de uma inserção de grupos mais cidadã, ética, autônoma e engajada (CAMILO, 2010)

A transição da juventude desde o lugar de objeto de ações sociais para o de agente de intervenções no campo social, processo em relação ao qual se configura o tema da participação política juvenil, se deu de modo tímido, até muito recentemente. Como objeto da pesquisa em ciências sociais, a chamada participação política juvenil é, com frequência, tratada de forma divorciada da experiência social e subjetiva do jovem, reduzida a um mero dispositivo a serviço da inserção adaptativa do jovem à sociedade (CAMILO, 2010; CAMILO, ASSUNÇÃO, FONTOURA & LOPES DE OLIVEIRA, 2002a; 2002b). Temos um exemplo desse divorcio no aumento do interesse pelo tema do protagonismo juvenil, nas últimas décadas.

Conforme Lucia Rabello de Castro (2008), a qualidade da participação política dos mais jovens tem estreito vínculo com as “condições subjetivantes que dão forma ao sentimento de pertencimento à coletividade” (p. 253) e com o modo como essa coletividade é por eles representada. Nesse sentido, no contexto de uma sociedade marcada por tantas desigualdades tal como a brasileira, a força da participação política esmorece, dependendo do modo como cada um se reconhece como parte desse território de desigualdades.

A revisão de estudos realizada por Cynthia Ozon Boghossian & Maria Cecília Minayo (2009) aponta que o chamado protagonismo jovem passou, ao longo dos anos 1990 e seguintes, a ser encarado como uma via para o enfrentamento de situações de risco e vulnerabilidade, de agravos à saúde e a escassez de trabalho para os mais jovens. Em outras palavras, a participação se daria não como demanda subjetiva do jovem, ao sensibilizar-se com os desafios da realidade social, mas para atender a uma função instrumental, na qual sua força criativa se colocaria a serviço de interesses da sociedade, que o levaria a agir para ter atendidos seus direitos no campo da saúde, educação, cultura.

7.2-Risco e vulnerabilidade

Abordar e refletir os conceitos de vulnerabilidade e risco são necessários, para conhecermos as populações a que se destinam os serviços de saúde, suas demandas e contextos. A pesquisa buscará apoiar-se em reflexões de autores como Martha Travesso Yépez, Miriam Abramovay, José Ricardo Ayres, Jonathan Mann, Daniel Tarantola, Thomas Netter, Deborah Lupton, Luis David *Castiel*, Maria Cristina Rodrigues *Guilam e Mary Jane Spink*.

Embora se fale de saúde integral, de modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção, na prática continua-se com um atendimento centrado na doença e, portanto, na proposta curativa (Travesso-Yépez, 2001). No caso das adolescências, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente, que, ao partir de uma visão unidimensional de saúde, desconsidera a diversidade de patologias “não orgânicas” que ameaçam a vida de crianças e adolescentes; como a necessidade dos adolescentes e jovens cariocas no que tange à ações de saúde mental, por exemplo.

No início dos anos 2000, o termo vulnerabilidade era mais usado nas reflexões sobre a pobreza na América Latina, e sobre os limitados resultados das políticas públicas para combater o problema e seus nefastos efeitos colaterais. Esse conceito deixa em evidência a preocupação com o contexto “macro”, apontando os efeitos das desigualdades estruturais e as “configurações” de “debilidades ou desvantagens para o desempenho ou mobilidade social dos atores” (Abramovay et al., 2001, p. 13).

Segundo Ayres e colaboradores (2003/2006), o conceito de vulnerabilidade é vinculado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. Os autores atribuem a Mann, Tarantola e Netter (1993/1996/2000) a elaboração do quadro conceitual sobre vulnerabilidade, que emerge, com sentido interdisciplinar, do debate suscitado com o surgimento da AIDS nos anos 1990. Desde esse contexto epidemiológico, a construção conceitual da vulnerabilidade configura superação do preconceito inspirado pela identificação de grupos de risco e da culpabilização individual que acompanhava a focalização nos comportamentos de risco.

Na representação conceitual de vulnerabilidade, articulam-se: o componente individual, referente às informações que a pessoa tem sobre o problema e à capacidade de operá-las na construção de práticas protetoras integradas ao cotidiano; o componente social, relativo à obtenção de informações e ao poder de influir social e politicamente para

alcançar livre expressão, segurança e proteção; e o componente programático, pertinente à qualidade e ao funcionamento efetivo dos programas de controle e serviços. Os três componentes do quadro conceitual interligam-se permitindo análises multidimensionais, sendo a vulnerabilidade definida pelo entrelaçamento de condições materiais, psicológicas, culturais, morais, jurídicas, políticas, que podem direcionar saberes e práticas em saúde (Ayres et al., 2003/2006a/2006b). A vulnerabilidade é proposta de síntese teórica da determinação complexa, colocando-se como conceito mediador, abrangendo ações e mecanismos de enfrentamento dos riscos e orientando intervenções a partir da representação de cenários de múltiplas relações entre elementos de natureza diversa. (AYRES, 2009, p. 18).

Para a compreensão da noção de risco consideramos importante historicizá-la. Segundo Lupton (2004), a origem do termo risco se associa ao início das grandes navegações na Idade Média e aos perigos intrínsecos às viagens, como algo sobrenatural que envolve desde a vontade de Deus, até a ocorrência de tempestades ou algum outro evento marítimo. Dessa forma, os primeiros significados atribuídos ao risco eximiam a responsabilidade humana sobre estes eventos.

A expansão da noção de risco relaciona-se, ainda que indiretamente, com as mudanças ocorridas no Ocidente durante os séculos XVIII e XIX e com a ascensão da racionalidade científica. O risco surge como um balizador de valores, como um meio de se conceituar e calcular a ‘norma’ e assim identificar o seu desvio, reforçando a crença de que o ordenamento racional pode controlar a desordem (LUPTON, 2004).

Spink (2000) aponta os múltiplos usos do termo risco em diferentes setores da vida social. No campo da saúde é um conceito chave da Epidemiologia, mas problemático pela tendência a migrar do nível macro do contexto sócio-demográfico para o nível micro dos comportamentos.

Risco, segundo Guilam e Castiel (2006), “é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]”. Palavra oriunda do espanhol *risco* – grande penhasco –, possivelmente se relacionava aos perigos ligados às grandes navegações; assim, indicava tanto a ideia de perigo como a de possibilidade de ocorrência de algum evento. Se, no passado, relacionava-se aos jogos de azar para indicar as chances de ganhar e perder, durante a Segunda Grande Guerra passou a indicar a estimativa de danos no lidar com materiais perigosos.

O conceito de risco traduz tanto a probabilidade de ocorrência de um evento danoso quanto se constitui em um termo não-técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis (GUILAM; CASTIEL, 2006). Para estes autores, a ideia de probabilidade pode ser lida de modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística).

Segundo Spink (2000), a sociedade define o que vem a ser risco, fazendo referência a aspectos objetivos, mas sempre perpassado pela subjetividade. Interessa, desse modo, saber como a sociedade “vê quem corre risco: como vítima de uma fatalidade; como sujeito de uma vulnerabilidade orgânica ou socialmente definida; ou como portador de racionalidade e capaz, portanto, de analisar o que é risco e definir possibilidades de ação”.

7.3-O papel das mediações comunicativas nas apropriações por jovens de informações e ações

Entendendo a unidade de saúde e os locais de controle social, como praças, clubes, escolas; etc, enquanto espaços de mediação, onde informações, materiais, conhecimentos, culturas e ações integram processos comunicativos e influenciam comportamentos e iniciativas dos adolescentes e jovens, é necessário compreender os conceitos relacionados às mediações comunicativas, midiaticização e circulação. Os autores Martín-Barbero, Eliseo Verón e José Luiz Braga trazem reflexões que auxiliam o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa.

Martín-Barbero (2009), em sua obra *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*, de 1987, faz duras críticas ao modelo hegemônico para a análise da comunicação na América Latina dos anos sessenta e setenta. A partir daí, o teórico desloca o objeto das pesquisas em comunicação para os atores sociais, os quais, no ato de recepção/interpretação de uma mensagem, recorrem aos sentidos elaborados em suas práticas cotidianas.

Ao transferir a problemática da comunicação para as mediações, Martín-Barbero (2009) passa a pensar a comunicação a partir da cultura e o processo de produção de significados dos lugares de fala de cada indivíduo, que demarcam uma forma muito particular de apreensão do mundo. Ele entende a mediação cultural como a primeira delas, já que está “entre” os fatos e a interpretação que se faz deles, condicionando todo o resto – o modo de olhar, descrever e analisar a realidade.

O autor insere nesse processo as experiências de vida do receptor, não mais como sujeito dominado e reproduzidor de sentidos, mas como produtor de novos significados, condição que o capacita a assimilar, a negociar ou a resistir ao que lhe é imposto. Abandona a dimensão exclusivamente técnica, demonstrando que as mediações estão diretamente relacionadas com a comunicação. Martín-Barbero ressalta, assim, que as mediações são

[...] os modos de relação das pessoas com o meio [...]. Tem a ver com a classe social, com grupo familiar, [...] com a região da qual procede ou onde vive, elementos raciais, elementos étnicos, idade [...]. [...] há uma maneira individual (de interpretar as mensagens), mas essa maneira individual está impregnada, moldada, por uma série de dimensões culturais, que são coletivas (MARTÍN-BARBERO, 2000, p. 154).

Para entender a comunicação e a cultura, Martín-Barbero (2002, 2009) aponta quatro mediações comunicativas da cultura, o chamado “mapa noturno das mediações”: sociabilidade, ritualidade, tecnicidade e institucionalidade.

A sociabilidade é gerada nas relações e negociações dos espaços nas interações cotidianas dos sujeitos, nos modos como os sujeitos constituem-se a si e as suas relações com o poder. Relaciona-se à ordem social.

A ritualidade remete ao universo simbólico da comunicação, aos cenários de repetição de práticas e reprodução das instituições e suas regras. É marcada pela rotina das pessoas e grupos e pelos diferentes usos sociais que os receptores fazem dos meios e das suas múltiplas trajetórias de leitura na constituição como indivíduos. Esta é condicionada pela educação, saberes, gênero, hábitos familiares, escola, igreja. A ritualidade vincula-se diretamente à produção de sentido e permite a análise do contexto de atuação dos sujeitos.

A tecnicidade ancora-se nas singularidades das tecnologias da informação e comunicação, na convergência dos meios (televisão, rádio, telefone, computador), no processo de modelagem da cultura. Refere-se ao modo como cada um organiza sua percepção dos meios de comunicação, remetendo à construção de novas práticas, via diferentes linguagens dos meios, estes uma combinação de tecnologia e discurso.

A institucionalidade diz respeito aos interesses e poderes contrapostos que afetam a construção de discursos por parte do Estado, em busca da estabilidade à ordem constituída e, por parte dos cidadãos, que buscam defender seus direitos.

Com o “mapa das mediações”, Martín-Barbero (2009) busca alertar contra o pensamento em torno da tecnologia como o “grande mediador” entre as pessoas e o mundo e enfatiza os novos sentidos do social e os novos usos sociais dos meios introduzidos tanto pelos mediadores socioculturais tradicionais – escola, família, igreja, bairro –, como pelos novos atores e movimentos sociais. O autor propõe, ainda, três lugares de mediação como pistas para a identificação de fontes de mediação que interferem e alteram a maneira como os receptores recebem os conteúdos midiáticos: a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural.

A cotidianidade familiar Martín-Barbero a referência como o lugar social de interpelação, onde as pessoas se confrontam e se reconhecem, através das relações sociais e da interação com as instituições. É o espaço das relações estreitas e da proximidade, no qual ocorrem conflitos e tensões, que, reproduzindo as relações de poder da sociedade, faz com que os indivíduos manifestem seus anseios e inquietações.

A temporalidade social é constituinte da cotidianidade e compreende os diferentes tempos de produção e de recepção das mensagens.

A competência cultural diz respeito à bagagem cultural que cada um carrega e que concorre para um modo próprio de interpretar e usar o conteúdo da comunicação. É a vivência cultural adquirida, ao longo da vida, pela educação formal e experiências do cotidiano.

A midiaticização é um processo em marcha na sociedade contemporânea. Trata-se do resultado da evolução de processos midiáticos instaurados nas sociedades industriais, em que os meios de comunicação possuem papel central na formação cultural e na produção de sentido.

Como se percebe na afirmação de Verón, o processo de midiaticização opera alterando as relações entre os media a sociedade e o indivíduo ordinário. Por meio de um acervo dinâmico de operações tecnológicas e de um transporte de significados, a produção, a mensagem, o meio, a recepção, o cotidiano e a cultura sofrem mediações. O funcionamento da sociedade acaba por se estabelecer a partir de uma “força” que pode ser chamada de “cultura da mídia” (VERÓN, 2001)

Diversos autores do campo da comunicação têm se debruçado sobre esse fenômeno, na tentativa de realizar uma reflexão sobre os efeitos deste processo nas dinâmicas sociais

e simbólicas. Para usar os termos de Braga (2006), a midiaticização da sociedade avança a largos passos para se tornar a processualidade interacional de referência. O autor aponta os media como dispositivo central na construção do objeto comunicacional e da linguagem, indicando que, a partir do momento em que a midiaticização da sociedade se completar, todos os processos de interação funcionarão segundo as lógicas do novo processo interacional de referência.

A observação do fenômeno comunicacional, como enfatiza Braga (2010, p. 46), em conjunto com os demais elementos históricos, a comunicação remontaria à dimensão fundamental dos processos transformadores das linguagens e instituições: a) como processo articulador entre percepções, interpretações, racionalizações, invenções e lógicas acionadas; b) como processo de circulação de tais elementos, implicando reinterpretções, negociações, reajustes, desvios e novas percepções – simplesmente em decorrência do próprio circular de ideias e de práticas; c) como requisito para a busca de equilíbrio, ajuste, negociação, seleção de significações aproximadamente comuns entre os participantes; ou d) como requisito de uma prática articulada e compósita na qual as ações de uns e de outros possam ser mutuamente referidas (ainda que conflitivamente – e nesse caso, sendo definíveis os termos do conflito). Nessas quatro entradas sugeridas pelo autor, a comunicação sobrevém em sua especificidade, destacando-se, portanto, dos fenômenos culturais ou meramente mediáticos.

Ao apresentar e refletir acerca do respectivo referencial teórico, que auxiliará na pesquisa; almejamos compreender os processos comunicativos desenvolvidos pela promoção da saúde, com adolescentes e jovens, no território assistido pela Unidade de Saúde supracitada; bem como investigar como se configura o processo de apropriação dessas juventudes no que tange as informações e ações oferecidas pela Atenção Primária na região, que se propõem a contribuir para a saúde integral desses indivíduos.

8-METODOLOGIA

O projeto se propõe a desenvolver uma pesquisa qualitativa, que de acordo com Minayo (2000) requer do investigador atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo pesquisado, além de possibilitar fatores positivos, condições de readaptação e correção dos instrumentos da pesquisa no seu transcorrer e a possibilidade de revisão dos objetivos da investigação.

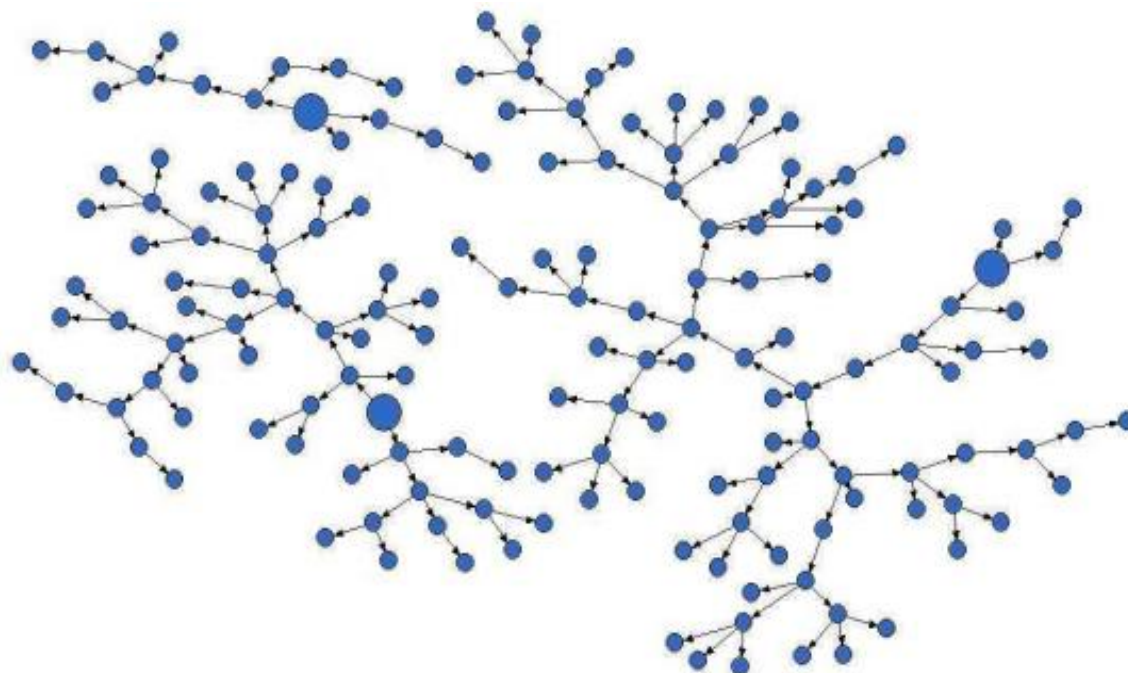
Inicialmente será feita a revisão bibliográfica sobre o tema, seguida de entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes, conforme descrição acima.

A pesquisa será exploratória e descritiva, a ser realizada em campo, com 15 jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, moradores dos territórios assistidos pela Unidade de Saúde da Família Agenor de Miranda Araújo Neto, em Guaratiba, na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. Os estudiosos espanhóis Velasco e Díaz de Rada (1997) definem que a pesquisa de campo, em especial àquela aplicada em ambientes comunitários, é uma forma de investigação sociocultural que exige a utilização de um conjunto de procedimentos e normas que possibilitam a organização e a produção do conhecimento.

A investigação será desenvolvida de forma horizontal e colaborativa, contando com a participação de dez jovens dos grupos de adolescentes e jovens da Unidade de Saúde Cazusa, que atuam enquanto promotores do RAP da Saúde e o Tempo Não Para; sendo esses capacitados para atuarem enquanto entrevistadores. A opção por jovens nessa função se deu pela proximidade da faixa etária, com intuito de evitar constrangimentos nas respostas dos entrevistados.

A técnica usada para a seleção dos entrevistados será a snowball, também divulgada como snowball sampling (“Bola de Neve”). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais nas quais os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994). Portanto, a snowball (“Bola de Neve”) é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede.

Figura 8 - Representação hipotética de uma cadeia de referências (snowball sampling ou “Bola de Neve”)



Fonte: Albuquerque (2009, p. 21)

O trabalho de campo, ou seja, a aplicação das entrevistas no formato snowball sampling ou “Bola de Neve” com adolescentes e jovens residentes na área de cobertura da UBS Cazuzza foi assim definido pelo interesse em ouvir não apenas os(as) frequentadores(as) da UBS e pelo entendimento de que as informações e ações em saúde extrapolam o espaço físico da unidade, alcançando o território amplamente; ou seja, os adolescentes e jovens podem ter acesso a conteúdos e serviços, ainda que não se dirijam para a Unidade Básica de Saúde.

As questões abertas e fechadas contidas no questionário aplicado aos adolescentes e jovens serão baseadas nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010) e a Linha de Cuidado da Atenção do Adolescente (MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2010). Propomos o seguinte roteiro de entrevistas: Bloco I- Perfil socioeconômico do(a) entrevistado(a) (Nome/Idade/Raça/Cor/Renda/Cômodos do Domicílio); Bloco II- Conhecimentos do entrevistado sobre saúde (Exemplos de questões: o que entende por saúde e promoção de saúde? A quem se reporta para tirar dúvidas sobre sua saúde?); Bloco III- Acesso (Já procurou ou costuma frequentar uma unidade de saúde? Qual? Quais serviços utiliza ou utilizou nessa Unidade de Saúde? Como teve informações sobre esses

serviços? Participa de grupo de adolescentes e jovens nessa Unidade de Saúde?); e Bloco IV- Estudo de caso (por exemplo: um(a) aluno(a) da escola X percebe que há muitas estudantes grávidas, inclusive em sua sala de aula; quais iniciativas esse(a) aluno(a) poderia tomar frente a essa situação?).

O Comitê de Ética da instituição que realiza a pesquisa deverá ser consultado para revisar, avaliar o projeto; e autorizar a execução da respectiva proposta. Também será solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Ao final das entrevistas propõe-se realizar dois encontros com os entrevistadores para a discussão dos resultados. Os conteúdos obtidos serão analisados a fim de subsidiar o alcance dos objetivos elencados.

Serão necessários três meses para execução do trabalho de campo e três meses para a consolidação da pesquisa, dois meses para a análise de dados e três meses para a redação final e apresentação dos resultados.

10-REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO/BID, 2002.

ALBUQUERQUE, E. M. de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 p. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde - Fiocruz, 2009.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine.Miranda. **Comunicação e Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p., il. (Coleção Temas em Saúde)

ARNETT, J. J. Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. **American Psychologist**, 55, 469-480, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/12476725_Emerging_Adulthood_A_Theory_of_Development_From_the_Late_Teens_Through_the_Twenties> Acesso em: 27 fev. 2019.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR I.; CALAZANS G.S.H.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. **Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38.

_____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G.W.S.; Bonfim, J.R.A.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M., Carvalho Y.M., Organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. S. H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PAKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. (pp. 50-71). Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1999.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.** 2009; 18 Supl. 2:11-23.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I; GRAVATO, N., LACERDA R.; NEGRA, M.D., et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with hiv/aids. **Am J Public Health**. 2006; 96:1001-6.

BOGHOSSIAN, C.O.; MINAYO, M.C. de S. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. **Saúde e Sociedade**. Cidade do Rio de Janeiro, v. 18, n. 3. set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300006>> Acesso em: 27 fev. 2019.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRAGA, J.L. Comunicação é aquilo que transforma linguagens. **Revista Alceu**. 2010; 10(20): 41-54.

_____. Sobre “mediatização” como processo interacional de referência. **GT Comunicação e Sociabilidade, 15º Encontro Anual da Compós**, Bauru: junho de 2006. CD-ROM.

BRANCO, V.M.C.; CROMACK, L.M.F., EDMUNDO K.M.B.; BORGES E.G.S.; SANTOS, L.R.P, SALES R.P., et al. Caminhos para a institucionalização do protagonismo juvenil na SMS-Rio: dos adolescentos ao RAP da Saúde. **Adolesc. Saúde**. 2015; 12(Supl. 1): 14-22.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**. Lei nº 8.069/90. D.O.U. de 16 de jul. 1990, Brasília, 1990.

_____. **Estatuto da Juventude**. Lei nº 12.852/13 D.O.U. de 06 de ago. 2013, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília jul./ set. 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>> Acesso em 18 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3304555620287>> Acesso em: 12 fev. 2019 (DATASUS).

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família (ESF): Sobre o Programa**. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.: il.

_____. 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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **IBGE**. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMILO, A.A.; ASUNÇÃO, M.C.; FONTOURA, M. & LOPES DE OLIVEIRA, M. C.S. Punks e patricinhas: espaços urbanos e adolescência. **Congresso Brasileiro: Ciência & Profissão.** São Paulo, Brasil, 2002b.

_____. Urban tribes as developmental contexts in adolescence. **The Fifth Congress of The International Society For Cultural Research And Activity Theory – Dealing with Diversity.** Amsterdã, Países Baixos, 2002a.

CAMILO, A.A. **Um estudo dialógico sobre narrativas identitárias de mulheres jovens no contexto de coletivos lésbico-bissexuais feministas.** 2010. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília, 2010

CARRANO, P. O social em questão: A participação social e política de jovens no Brasil: considerações sobre estudos recentes. **II Seminário Internacional Crianças e Adolescentes: Participação Cidadã, Políticas Públicas e Novos Paradigmas.** Rio de Janeiro, v. 27, p. 83-99, fev. 2012. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSocial27_Carrano1.pdf> Acesso em: 18 fev. 2019.

CASTRO, L.R. Participação política e juventude: do mal estar à responsabilização frente ao destino comum. **Sociologia Política.** 16(30), 253-268, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782008000100015>> Acesso em: 27 fev. 2019.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; RUA, M. G; e ANDRADE, E.R. **Cultivando vida, desarmando violências:** experiências em educação, cultura, lazer, esporte e cidadania com jovens em situação de pobreza. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogs, BID, 2001.

COSTA, A.C.G da. **Mais que uma lei.** São Paulo, Instituto Ayrton Senna, 1996.

_____. **Protagonismo juvenil:** adolescência, educação e participação democrática. Salvador, Fundação Odebrecht, 2000.

GUILAM, M.C.; CASTIEL, L.D. Risco e saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária:** modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica:** para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: LP&M, 1987.

HARZHEIM, E.; LIMA, K.M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro -** Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínica da Família: Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados

das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Cidade de Porto Alegre: Organização Pan-americana da Saúde, 2013. 84 p. (Série Técnica Inovação na Gestão).

HORTA, N., & SENA, R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Revista de Saúde Coletiva**. 20, 475-495, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200008>> Acesso em: 27 fev. 2019.

IETS/SEBRAE/RJ (Brasil). **Painel Regional: Rio de Janeiro e Bairros**. Cidade do Rio de Janeiro: SEBRAE, 2015. 16 p. (Observatório Sebrae/RJ). Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_CapitalRJ.pdf> Acesso em: 04 fev. 2019.

INSTITUTO RIO (Município do Rio de Janeiro). Fundação Comunitária. **Sobre a Zona Oeste**. 2010? Disponível em: <http://www.institutorio.org.br/sobre_a_zona_oeste> Acesso em: 16 jan. 2019.

INSTITUTO RIO (Município do Rio de Janeiro). Graciela Hopstein. **Carta de Juventudes da Zona Oeste do Rio de Janeiro: Mensagem dos e das jovens da Zona Oeste para a cidade do Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em: <<http://www.institutorio.org.br/content/carta-de-juventudes-da-zona-oeste-do-rio-de-janeiro>> Acesso em: 18 fev. 2019.

LIMA, R.S.; M.P. Violências contra adolescentes: apontamentos para o setor saúde. In: BASTOS, F.G....[et. al.] **Eixos para a saúde de adolescentes e jovens**. – Rio de Janeiro: Flizo, 2014.

LOPES, N. **Dicionário da Hinterlândia Carioca** – com Luiz Antônio Simas – ed. Pallas, 2012.

LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 2004.

MANN, J.; TARANTOLA, D., organizadores. **AIDS in the world II**. Nova York: Oxford University Press; 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D., NETTER, T., organizadores. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1993.

MARTÍN-BARBERO, J. Comunicação e mediações culturais. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**. V. 23, nº 1, janeiro/junho de 2000, entrevista a Cláudia Barcelos, 2000. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/revistas/index.php/revistaintercom/article/view/2010/1788>> Acesso em: 28 de jan. 2019.

_____. **Dos meios as mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

_____. **Ofício de cartógrafo: Travessias latino-americanas da comunicação na cultura**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MINAYO, M.C. de S et al. **Fala galera:** juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M.C. de S.; GUALHANO, L. Problemas sociais e de saúde na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 20, p.01-01, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015011200001&script=sci_arttext_pr&tlng=pt> Acesso em: 18 fev. 2019.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MINAYO, M.C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOURA; M.P. Violências contra adolescentes: apontamentos para o setor saúde. In. BASTOS, F.G....[et. al.] **Eixos para a saúde de adolescentes e jovens**. – Rio de Janeiro: Flizo, 2014.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Arthur Mello Cezar Rocha. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro**. Cidade do Rio de Janeiro, 1999. 127 p.

_____. Instituto Pereira Passos (IPP). Sistema de Informações Urbanas (SIURB). **Armazénzinho:** bairros. 2017b. Disponível em: <<http://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9843cc37b0544b55bd5625e96411b0ee>>. Acesso em: 20 fev. 2019. Portal contendo mapeamentos digitais e bases de dados do município do Rio de Janeiro.

_____. Instituto Pereira Passos (IPP). Sistema de Informações Urbanas (SIURB). **Armazénzinho:** usando mapas prontos/mapas temáticos. Disponível em: <https://apps.data.rio/armazénzinho/pages/mapasProntos/data/Mapastematicos/11_Divis%C3%A3o%20Administrativa_2014.pdf> Acesso em: 18 fev. 2019. Portal contendo mapeamentos digitais e bases de dados do município do Rio de Janeiro.

_____. Rio-águas. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Regulação na AP5 - Contratos e Atos Normativos:** Anexo VI - Descrição e Mapa da Área de Planejamento-5. 2012a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/rio-aguas/18>> Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Secretaria Municipal da Casa Civil. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Regiões Administrativas do Rio de Janeiro**. 2018. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/ra>> Acesso em: 11 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Análise da Situação de Saúde:** Dados Vitais: Óbitos e Nascimentos. 2017a. Disponível em: <<http://www.prefeitura.rio/web/sms/exibeconteudo?id=871475>> Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **CF Agenor de Miranda Araújo Neto: Nossa Equipe**. 2012c. OTICS Pedra de Guaratiba. Disponível em: <<http://smsdc-cf-cazuza.blogspot.com/>> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Clínicas da Família**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Enfrentamento da Violência: Contribuições da Secretaria Municipal de Saúde para a cidade do Rio de Janeiro**. Cidade do Rio de Janeiro, 2016. 236 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Linha de Cuidado da Atenção do Adolescente**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014 - 2017**. Cidade do Rio de Janeiro, 2013. 112 p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf> Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Sistema de Informações em Saúde: Sistema Nacional de Agravos Notificáveis**. TABNET Rio. 2010...2017. IPLANRIO. Disponível em: <<http://tabnet.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 18 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Sistema de Informações em Saúde: Sistema Nacional de Agravos Notificáveis**. TABNET Rio. 2010...2016. IPLANRIO. Disponível em: <<http://tabnet.rio.rj.gov.br/>> Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. – Rio de Janeiro: SMS, 2012b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro: SMS, 2011.

NOVAES, Regina. C.R. “Prefácio”. In: CASTRO, J.A.; AQUINO, L.M; ANDRADE, C.C. (orgs.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2009.

OMS-Organização Mundial de Saúde. **Child and adolescent health and development**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/child-adolescent-health/>>. Acesso: 12 fev. 2019.

PAIS, J.M. **Culturas juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1993. [[Links](#)]

____. **Culturas Juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2003.

____. **Ganchos, tachos e biscates: jovens, trabalho e futuro**. Porto: Ambar, 2001. [[Links](#)]

PNUD/IPEA/FJP (Brasil). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: IDHM**. 2010. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/> Acesso em: 11 fev. 2019.

ROCHA, E.; PEREIRA, C. **Juventude e consumo: um estudo sobre a comunicação na cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009. p. 97.

SPINK, M. J. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. **Psicologia e Sociedade**. V. 12, ns.1/2, p. 156-173, 2000.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TARANTOLA, D. Editorial: reducing HIV/AIDS risk, impact and vulnerability. **Bull World Health Organ**. 2000; 78(2):236-7.

TERRA (Brasil). **Cidades: Zona Oeste tem os bairros mais populosos do Rio, diz IBGE**. 2011. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/cidades/zona-oeste-tem-os-bairros-mais-populosos-do-rio-diz-ibge,edfa0970847ea310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>> Acesso em: 11 fev. 2019.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. & PINHEIRO, V. de S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc**. V. 14, n. 2, pp. 133-147, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822002000200007>> Acesso em: 27 fev. 2019.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, p.49-56, 2001.

VELASCO, H.; DÍAZ DE RADA, A. **La lógica de la investigación etnográfica: Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela**. Madrid: Trotta, 1997.

VERÓN, E. **El cuerpo de las imagenes**. Buenos Aires: Norma, 2001.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.