



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Joyce Araújo Gonçalves

Percepções e manejo da saúde por jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Joyce Araújo Gonçalves

Percepções e manejo da saúde por jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Perceptions and management of health by young people in a city in the state of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

G643p Gonçalves, Joyce Araújo.
 Percepções e manejo da saúde por jovens de uma cidade do
 estado do Rio de Janeiro / Joyce Araújo Gonçalves. -- 2023.
 109 f.

 Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares.
 Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação
 Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio
 de Janeiro, 2023.
 Bibliografia: f. 80-89.

 1. Promoção da Saúde. 2. Determinantes Sociais da Saúde. 3.
 Saúde. 4. Saúde do Jovem. 5. Juventude. I. Título.

CDD 613

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Joyce Araújo Gonçalves

Percepções e manejo da saúde por jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 31 de maio de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Ronice Maria Pereira de Franco Sá
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Rosa Maria da Rocha
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico este trabalho aos jovens que me permitiram uma aproximação de suas realidades para a elaboração desta pesquisa e à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca por transmitir conhecimento de forma tão apaixonante durante estes 2 anos de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso enorme gratidão à minha querida orientadora, Maria de Fátima, por ter aceitado me acompanhar nesta trajetória tão importante da minha vida. Agradeço por toda a paciência, apoio, correções e ensinamentos! Saudações rubro-negras!

À minha querida mãe, Maria das Mercês, e ao meu querido irmão, Vinícios, por serem meu alicerce e por me inspirarem a ser uma pessoa melhor a cada dia. A eles devo tudo!

Ao meu amado namorado, Hebert, que, como sempre, me incentivou e compreendeu a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho e me confortou nos momentos mais difíceis!

À minha querida amiga Paula Helena que me apoiou desde o momento em que decidi me inscrever para o processo seletivo do Mestrado. Obrigada por ouvir meus desabafos durante estes dois anos!

Aos meus queridos companheiros de jornada acadêmica: Janaína, Josiele, Miquéias, Natalie, Tadeu, Vivian e Viviane, agradeço por todo apoio e palavras de incentivo. Compartilhamos muitas informações e emoções durante nossa caminhada! Desejo a todos muito sucesso!

Ao meu estimado professor da graduação, João Miranda (*in memoriam*), que sempre me incentivou a buscar conhecimento e que me fez acreditar no meu potencial.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos que possibilitou a execução desta pesquisa.

É preciso entender que o jovem não é um problema, mas a solução. O preço social e econômico a pagar, quando uma nação deixa de fazê-lo, é muito alto (BRASIL, 1999, p.21)

RESUMO

O conceito de saúde vem sendo discutido há muitos anos sob diversas perspectivas. Em meio à constatação de que o modelo biomédico é insuficiente no suprimento das necessidades humanas e intervenção nos determinantes e condicionantes envolvidos no processo saúde-doença, surge o campo da Promoção da Saúde. Ele traz alguns pressupostos, dos quais um deles refere-se à capacitação da comunidade, destacando o protagonismo e autonomia dos indivíduos na condução do seu processo de melhoria da qualidade de vida e de saúde. Considerando que os comportamentos e escolhas feitas na juventude têm impacto ao longo da vida, é necessário haver uma maior compreensão das concepções que os jovens têm sobre saúde, pois a maneira como é percebida influencia em seu manejo. O objetivo da presente investigação é analisar como os jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro percebem a saúde e manejam questões relacionadas a ela. Foi realizado estudo exploratório com abordagem qualitativa, empregando-se a triangulação das técnicas de entrevista semiestruturada e análise documental. Os entrevistados foram jovens de 18 a 29 anos residentes na área adscrita de dois postos da Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do estado do Rio de Janeiro e os documentos analisados foram aqueles pertencentes ao Repositório de Políticas Públicas de Juventude (Subsistema de Políticas Públicas) do Sistema Nacional de Juventude (Sinajuve). Os resultados revelaram que os jovens percebem a saúde a partir do prisma biomédico, manejando-a de forma prescritiva e condicionada às regras pré-estabelecidas. Há um afastamento deste público dos serviços de saúde, bem como ruídos de comunicação na relação dos jovens com os profissionais de saúde. O principal meio de obtenção de informações sobre a temática ocorre por meio da *internet*, seguido de colegas e familiares. Os documentos governamentais não dialogam diretamente com as juventudes e demonstram-se ineficazes no direcionamento dos profissionais de saúde às práticas de estímulo à autonomia e de reconhecimento das juventudes em sua pluralidade. Isto posto, é relevante debruçar-se sobre a diversidade dos jovens, reconhecendo-os como sujeitos de direito e empregando novas pesquisas *com* eles e não *para* eles. Reconhecer a necessidade de utilizar novas estratégias para promover saúde através de meios que se comunicam de maneira mais atrativa e efetiva com as juventudes com vistas à auxiliar na superação do modelo biomédico vigente que cerceia as possibilidades do cuidado de si, do empoderamento e do desenvolvimento da literacia em saúde são fundamentais para a promoção da saúde.

Palavras-chave: promoção da saúde; juventude; saúde do jovem.

ABSTRACT

The concept of health has been discussed for many years from different perspectives. Amid the realization that the biomedical model is insufficient in meeting human needs and intervening in the determinants and conditions involved in the health-disease process, the field of Health Promotion emerges. It brings some assumptions, one of which refers to community empowerment, highlighting the protagonism and autonomy of individuals in conducting their process of improving the quality of life and health. Considering that the behaviors and choices made in youth have an impact throughout life, it is necessary to have a greater understanding of the conceptions that young people have about health, as the way in which it is perceived influences its management. The aim of this investigation is to analyze how young people in a city in the state of Rio de Janeiro perceive health and deal with issues related to it. An exploratory study with a qualitative approach was carried out, using the triangulation of semi-structured interview techniques and document analysis. The interviewees were young people aged between 18 and 29 years living in the assigned area of two posts of the Family Health Strategy in a city in the state of Rio de Janeiro and the documents analyzed were those belonging to the Repository of Public Policies for Youth of the National Youth System. The results revealed that young people perceive health from the biomedical point of view, managing it in a prescriptive way and subject to pre-established rules. There is a distancing of this public from health services, as well as communication noises in the relationship between young people and health professionals. The main means of obtaining information on the subject is through the internet, followed by colleagues and family members. Government documents do not dialogue directly with young people and prove to be ineffective in directing health professionals to practices that encourage autonomy and recognize young people in their plurality. That said, it is relevant to address the diversity of young people, recognizing them as subjects of rights and using new research *with* them and not *for* them. Recognize the need to use new strategies to promote health through means that communicate in a more attractive and effective way with young people, with a view to helping to overcome the current biomedical model that restricts the possibilities of self-care, empowerment and development of health literacy are fundamental to health promotion.

Keywords: health promotion; youth; youth health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Dados Identitários dos Sujeitos de Pesquisa	92
Quadro 2 -	Documentos governamentais selecionados para análise a partir dos critérios de elegibilidade	48
Quadro 3 -	Quadro sintético das categorias e respectivos núcleos de sentido evidenciados a partir das entrevistas semiestruturadas	53
Quadro 4 -	Lista dos Documentos Preliminares à Análise Documental	104
Quadro 5 -	Análise Documental da Publicação: Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens	105
Quadro 6 -	Análise Documental da Publicação: Saúde sexual e reprodutiva	105
Quadro 7 -	Análise Documental da Publicação: Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde	106
Quadro 8 -	Análise Documental da Publicação: Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde	108
Quadro 9 -	Análise Documental da Publicação: Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids	109
Quadro 10 -	Análise Documental da Publicação: Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional	109
Quadro 11 -	Análise Documental da Publicação: Saúde na Escola	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
Conjuve	Conselho Nacional de Juventude
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMP	Faculdade de Medicina de Petrópolis
HEAC	Hospital de Ensino Alcides Carneiro
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, <i>Queer</i> , Intersexo e Assexuais+
NVS	<i>New Vital Sign</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
Projovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
Pronaf	Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSE	Programa Saúde na Escola
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
REALM-SF	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Short Form</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
Sinajuve	Sistema Nacional de Juventude
SNJ	Secretaria Nacional de Juventude
S-TOFHLA	<i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
UNIFASE	Centro Universitário Arthur de Sá Earp Neto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	MOTIVAÇÃO PESSOAL	17
4	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	18
5	REFERENCIAIS TEÓRICOS	21
5.1	JUVENTUDE E JUVENTUDES	21
5.2	A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS	26
5.3	<i>EMPOWERMENT</i> E EDUCAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE	31
5.4	LITERACIA EM SAÚDE	34
6	PROPOSTA METODOLÓGICA	39
6.1	TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO	40
6.1.1	Análise Documental	40
6.1.2	Entrevista Semiestruturada	41
6.2	ANÁLISE DOS DADOS	42
6.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
7	RESULTADOS	46
7.1	ANÁLISE DOCUMENTAL	46
7.2	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA	50
7.3	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	51
8	DISCUSSÃO	70
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A – DADOS IDENTITÁRIOS DOS SUJEITOS DE PESQUISA	90
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	92
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	93
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94
	APÊNDICE E – QUADROS DE DOCUMENTOS PRELIMINARES	96
	APÊNDICE F – QUADROS DE ANÁLISE DOCUMENTAL	103

1 INTRODUÇÃO

Almeida Filho (2011), em sua obra “O que é saúde”, traz a seguinte constatação: “a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático” (p.12). É entendida por muitos como algo que nos foi dado por natureza e que necessitaria apenas ser reparada ou recuperada, se necessário fosse. Por outro lado, pode-se perceber saúde como algo além do que nos foi “dado”, como algo que necessita ser produzido ativamente e mantido em todas as fases da vida humana e em toda a sociedade (ABEL, 2007).

Compreendendo ou não todas as suas complexas facetas, o fato é que a saúde sempre esteve presente nas agendas políticas como algo a ser alcançado pela sociedade. Entretanto, com o passar do tempo, a saúde foi sendo evidenciada em toda sua complexidade e o modelo biomédico assistencialista e curativo não conseguia mais suprir todas as necessidades humanas e intervir nos determinantes e condicionantes envolvidos no processo saúde-doença (FRANCO DE SÁ; MELO, 2008).

Surge, então, a partir das novas concepções sobre o processo saúde-doença e frente à ineficácia de sistemas de saúde sofisticados, custosos e, principalmente, medicalizante, o campo da Promoção da Saúde. O conceito foi citado pela primeira vez em um documento oficial canadense intitulado: “*A new perspective on the health of Canadians*”, conhecido também como Informe Lalonde. Este documento aponta para o novo paradigma em saúde, uma vez que evidencia os resultados pouco significativos no tratamento de doenças crônicas a partir de uma abordagem exclusivamente médica (BUSS, 2009).

Este autor pontua que, quatro anos mais tarde, em 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que é tido como um dos eventos mais significativos para a saúde pública mundial, no século XX, devido ao alcance que obteve em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Esta conferência, que teve como lema “Saúde para todos no ano 2000”, coloca em destaque o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que se refere, para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) aos “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006, p. 78).

Esta percepção de saúde, pelo prisma contra hegemônico do modelo biomédico, suscitou um grande avanço nos estudos das relações do DSS na saúde das populações, com destaque para investigações voltadas às iniquidades em saúde, estas definidas como desigualdades de saúde entre grupos populacionais que têm como característica serem

evitáveis, injustas e desnecessárias, mas que estão presentes de forma sistemática na sociedade. Há de se destacar que a relação dos DSS com a saúde não é uma relação direta de causa e efeito e que não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para se ter o panorama e o conhecimento desses determinantes a nível de sociedade. Estes configuram-se em grandes desafios no campo dos DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Em 1986, A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde que foi realizada em Ottawa, Canadá, reitera a questão dos DSS, além de trazer para a pauta outros determinantes e a importância do estímulo da intersectorialidade. Destaca como “pré requisitos para o estado de bem estar e, portanto, para a saúde: paz, educação, alimentação, moradia, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade” e ratifica a promoção da saúde como elemento central na construção da saúde pública (CASTRO, 2016, p. 107). Na ocasião, também houve a sistematização e elaboração de diretrizes para a promoção da saúde que foi definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986, p. 1).

A ferramenta utilizada para a “capacitação da comunidade”, acima citada, está pautada no campo da Educação em Saúde. Entretanto, a partir do histórico de alguns países, notou-se que a educação em saúde era tratada de forma muito simplista na relação entre comunicação e mudança de comportamento. Logo, se evidenciou que “as campanhas centradas apenas na transmissão de informação e não tendo em conta as circunstâncias sociais e econômicas dos indivíduos não alcançavam os resultados esperados em termos do seu impacto no comportamento para a saúde”. Já na década de 80 houve um fortalecimento do campo da educação em saúde por meio de diversas teorias. Entretanto, ainda assim, intervenções com base somente na comunicação e na educação em saúde não conseguiram alcançar resultados expressivos (NUTBEAM, 2000, p. 260).

Nesse sentido, Carvalho (2004a) traz o conceito de *empowerment* comunitário, onde destaca que é preciso ir além da simples passagem de informação e indução de determinados comportamentos em indivíduos e comunidades. É necessário que sejam elaboradas estratégias que procurem promover a participação social com vistas ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, eficácia política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida. Desta forma, o resultado esperado é o aumento da capacidade de indivíduos e comunidades para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas, desenvolvendo uma consciência crítica e aumentando sua capacidade de intervenção sobre a realidade.

Nota-se, portanto, que o debate envolvendo educação em saúde e promoção da saúde considera diversos elementos para o efetivo envolvimento dos indivíduos e comunidade para o alcance de melhores condições de saúde. Nessa perspectiva, Nutbeam (2000) trouxe o conceito de literacia em saúde:

refere-se às habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e usar informações para promover e manter uma boa saúde. Isso inclui resultados como melhor conhecimento e compreensão dos determinantes da saúde e mudanças de atitudes e motivações em relação ao comportamento de saúde, bem como maior autoeficácia em relação às tarefas definidas. Normalmente, esses são resultados relacionados às atividades de educação em saúde (p. 263).

Ainda de acordo com o autor, a educação em saúde se configura em uma ferramenta fundamental para a melhoria da literacia em saúde e, conseqüentemente, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Em outras palavras, a literacia em saúde se expressa como o resultado de uma educação em saúde eficaz que influenciará em tomadas de decisão mais assertivas relacionadas à saúde, pois é ela que reorienta as práticas da promoção da saúde.

Segundo Nunes e Almeida (2020), pessoas literadas têm maior capacidade de lidar, tanto de forma preventiva quanto de forma terapêutica, nos processos que envolvem saúde e doença. Além de proporcionar uma vida mais autônoma e funcional, pois a literacia promove equidade social. As autoras consideram ainda que essa perspectiva é contínua ao longo da vida. Entretanto, é em idades mais jovens que os impactos das opções individuais se refletem ao longo do tempo, pois é nesta fase que há consolidação de comportamentos e atitudes que podem comprometer futuramente a saúde, positivamente ou negativamente.

Ao se falar das juventudes, é necessário, contudo, haver cautela, pois existem muitos modelos socialmente construídos acerca dos jovens, incorrendo ao risco de analisá-los de forma negativa e reducionista. Esta atitude pode criar uma névoa que impede de enxergar como os jovens constroem suas experiências de vida e de saúde, ou seja, como se articulam como sujeito social (DAYRELL, 2003). Portanto,

para esta nova demanda de sujeito social que precisa de uma nova relação para as práticas em saúde, faz-se imprescindível o despertar para as demandas humanas no reconhecimento das reais necessidades, carências de saúde plena, na busca para a verdadeira promoção em saúde (LÔBO; NASCIMENTO, 2012, p. 8).

Nessa perspectiva, ao se traçar um paralelo com a promoção da saúde e a juventude, indaga-se: quais os recursos de saúde que a juventude dispõe em nosso país? O que significa saúde para os jovens? Como as informações de saúde são obtidas por eles? De que forma essas informações são compreendidas e utilizadas no cotidiano? De que maneira as equipes de saúde lidam com as questões de saúde da juventude?

Por fim, tem-se a questão central da investigação: como os jovens percebem a saúde e manejam questões a ela relacionadas?

Vale ressaltar que este estudo não pretende responder a todas essas questões, mas considera que foram fundamentais para o recorte do objeto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar como os jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro percebem a saúde e manejam questões relacionadas a ela.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos jovens entrevistados residentes na área onde será o foco da pesquisa;
- Identificar a concepção de saúde para esses jovens;
- Descrever a forma com que as informações de saúde são obtidas, compreendidas e utilizadas por eles;
- Identificar as informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes em documentos governamentais.

3 MOTIVAÇÃO PESSOAL

A motivação para trabalhar o tema advém de experiências prévias da minha vida acadêmica e profissional. O trabalho com o público jovem foi realizado pela primeira vez ainda na graduação, durante a iniciação científica, em uma pesquisa que tratava sobre gravidez na adolescência tendo como sujeitos de pesquisa jovens mães residentes em uma área adscrita da Estratégia de Saúde da Família. Posteriormente, já inserida no mercado de trabalho, novamente houve a oportunidade de trabalhar com esse público no Programa Saúde na Escola (PSE), através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde (MS). O foco do PSE era desenvolver ações de prevenção e de promoção do desenvolvimento saudável através da realização de palestras sobre sexualidade, efeitos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, ações voltadas ao estímulo da alimentação adequada, cuidado à saúde bucal e identificação de problemas visuais.

A partir deste trabalho as reflexões acerca da juventude como uma fase de riscos começaram a surgir: por que a maioria das abordagens ao público jovem tem um caráter de risco? Por que constantemente são vistos como um público que “precisa” de intervenção e de ações constantes para prevenir agravos?

Anos mais tarde, cursando o Mestrado, a conferência de Joel Rufino dos Santos (2004) que foi apresentada como bibliografia obrigatória da disciplina de “Métodos Qualitativos na Pesquisa Social: técnicas de investigação”, reacendeu aquelas antigas reflexões... Joel apresenta os seguintes conceitos de Darcy Ribeiro: o “intelectual contente” e o “intelectual irado”, onde o primeiro refere-se àqueles intelectuais satisfeitos e que contribuem para a manutenção do *status quo*; diferentemente dos intelectuais irados que estão disponíveis a contribuir com a transformação social.

Obviamente, há um grande peso na palavra “intelectual” que não condiz com minha condição de aluna pesquisadora. O que quero destacar com essa ideia é a de que, ao estar em um lugar na academia, o papel a ser assumido é aquele que, de alguma forma, irá contribuir para a transformação social. Por esse motivo, na presente pesquisa, optou-se por dar voz às juventudes para que, a partir daí, possa ser estabelecido um diálogo construtivo entre os jovens, a academia e os profissionais da saúde.

4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Adolescência ou juventude? Há diferentes origens e significados para estes termos. Resumidamente, o primeiro deles está atrelado aos fenômenos biológicos e fisiológicos, abrangendo o crescimento e o desenvolvimento, com foco nas transformações físicas. Já o segundo termo remete a questões de dimensão sociocultural, onde são considerados o processo de socialização dos sujeitos e aquisições e papéis sociais privados e públicos. Ou seja, a partir de investigações sobre a temática, o conceito de juventude foi apropriado pelas Ciências Humanas e Sociais, em contraponto às Ciências da Saúde. Esta última se detém ao conceito de adolescência com foco em aspectos biológicos e que é vista como uma fase de transição permeada por diversos riscos (HORTA; SENA, 2010; MALFITANO, 2018).

O intuito de iniciar com esse questionamento é o de apontar sucintamente as principais diferenças entre os termos e apresentar qual o estabelecido para esta pesquisa. A partir dos objetivos apresentados anteriormente, o estudo transcorreu sobre as juventudes e, em diversos momentos, retomou o questionamento inicial a fim de dialogar com a complexidade da temática.

E há quem podemos chamar de jovem? Quando se trata de juventude, a literatura não encontra um consenso sobre o seu próprio período de desenvolvimento. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a juventude é a fase que abrange sujeitos entre seus 15 e 24 anos. Há ainda países que consideram a fase da juventude até os 35 anos de idade. Já o Estatuto da Juventude, estabelecido no Brasil no ano de 2013, classifica a juventude como a fase dos 15 aos 29 anos, sendo esta faixa etária a adotada para esta investigação (PEREIRA; ZUFFO; MOURA, 2019).

Historicamente, a juventude é observada a partir de duas perspectivas principais: a que a considera um problema social, levando a debates sobre violência e criminalidade e outra que a considera como protagonista e ator estratégico do desenvolvimento. Ao examinar as diversas ações, políticas e programas voltados aos jovens brasileiros, nota-se que foram baseados, em sua maioria, na primeira visão, além de terem sido fundamentados em preceitos do modelo biomédico. Houve, então, a necessidade de repensar essas políticas considerando o conceito amplo de saúde e articulando ações de promoção da saúde no sentido de contribuir positivamente para mudanças neste cenário (ANDRADE; BÓGUS, 2010; DOS SANTOS; YAMAMOTO, 2018).

Os jovens começaram a ser vistos como “sujeitos de direito”, e que necessitam de políticas públicas voltadas a eles, apenas no início dos anos 1990, sob influência de movimentos

internacionais. A partir daí, começaram a surgir ações mais efetivas e articuladas em nosso país, com destaque para a criação da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), do Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) e, principalmente, do Estatuto da Juventude, citado anteriormente, pois é ele quem compila todas as necessidades e demandas das juventudes e dispõe sobre os “direitos dos jovens e as diretrizes para formulação e execução de políticas públicas de juventude, além de prever o estabelecimento do Sistema Nacional de Juventude (Sinajuve)” (DOS SANTOS; YAMAMOTO, 2018, p. 663).

Apesar destes grandes avanços, os autores acima pontuam que ainda não é garantido o reconhecimento dos jovens como grupo socialmente e politicamente diverso. As juventudes enfrentam situações como: desemprego, violência, baixa qualificação, dificuldades econômicas, dentre outras condições que as deixam em posição de vulnerabilidade social. Portanto, é necessário entender as juventudes como uma categoria não estática e considerar todas as demandas que se colocam a partir da sua própria diversidade e do seu contexto histórico-social, incluindo àquelas ligadas à sua saúde.

Uma das lacunas observadas a partir de experiências da minha vida acadêmica e profissional é a de que “o campo de produção de conhecimento em saúde tem se focado mais nas produções em torno da adolescência, sendo que se questiona qual abordagem sobre as condições de vida dos jovens brasileiros tem sido realizada pela área da saúde” (MALFITANO, 2018, p. 179).

Esta autora orientou uma investigação que analisou 2953 produções acadêmicas de Mestrado e Doutorado publicadas entre os anos de 1987 e 2010. A partir dos resultados, sua orientanda, Silva (2014), evidenciou que, do total dos trabalhos, 99 tinham como descritor “Jovem” e 35 “Juventude” contra 1855 “adolescente” e 184 “adolescência”. Este achado a levou a questionar se, mesmo aquelas pesquisas voltadas a uma abordagem social, ao fazerem uso das nomenclaturas “adolescente” e “adolescência” não estariam submetendo sua visão às lógicas biomédicas.

Esse resultado, em conjunto com a reflexão das minhas experiências acadêmicas e profissionais, me trouxeram a constatação de que há uma abordagem compartimentalizada e com foco em riscos voltada para a saúde dos jovens, bem como uma falta de investigações das significações do que é saúde na perspectiva das juventudes. Ou seja, é raro se deparar com investigações que não coloquem a saúde do jovem em oposição a algum agravo à saúde. Desta forma,

a compreensão da condição e da situação juvenil se faz cada vez mais necessária na estruturação de políticas, em especial na área da saúde, ao se remeter aos elementos complexos que estruturam o conceito de saúde como sendo produto do bem-estar que

envolve a interação e determinação pelo meio-social, pelo meio ambiente e com os recursos e possibilidades para viver de cada sujeito” (HORTA;SENA, 2010, p. 482).

5 REFERENCIAIS TEÓRICOS

5.1 JUVENTUDE E JUVENTUDES

O presente subcapítulo tratará sobre algumas das variadas definições de juventude na perspectiva de o jovem como ser social, buscando apontar sua complexidade e não estereotipação, e apresentará algumas vertentes de estudos acerca da temática juventude e algumas considerações sobre a juventude e sua saúde.

A juventude é caracterizada por uma condição social composta por indivíduos dos 15 aos 29 anos, onde: dos 15 aos 17 são intitulados “adolescentes-jovens”; dos 18 aos 24 anos, “jovens-jovens” e dos 25 aos 29, “jovens adultos”. Essa classificação etária é tida apenas como um parâmetro, uma referência genérica para a elaboração de políticas públicas diversas. Entretanto, é importante ressaltar que a juventude não pode ser resumida em uma simples divisão etária e/ou em uma definição universal considerando que os direitos dos jovens necessitam partir da própria diversidade que os caracteriza e não apenas como uma divisão etária ou biológica do ser humano (NOVAES *et al.*, 2006).

Bourdieu (2003), em entrevista intitulada “A juventude é ‘só’ uma palavra”, também considera que não há juventude como algo unívoco. Entretanto, a visão que o sociólogo possui sobre a juventude é de que é um critério etário, algo que não faz sentido isoladamente, por si só; necessita haver uma contraposição entre os mais velhos e os mais jovens que, segundo ele, não passa de uma construção social fruto de uma disputa de poder entre “velhos” e “jovens”. A partir dessas reflexões, Margulis e Urresti (1996), na obra intitulada “Juventude é mais do que uma palavra” discordam dessa concepção - a começar pelo título - de que a juventude é uma mera categorização por idade desvinculada de condicionantes históricos e materiais (PEREIRA, 2007).

Esses autores elevam a concepção de juventude ao considerar que ela “depende de uma moratória, um espaço de possibilidades aberto a determinados setores sociais e limitado a determinados períodos históricos” e que deve ser analisada a partir de aspectos factuais, materiais, históricos e políticos (MARGULIS; URRESTI, 1996, p. 1). Ressaltam, por exemplo, que jovens de classes médias e altas geralmente têm mais oportunidades de estudar e de adiar o ingresso na vida adulta, adiando também todas as responsabilidades que o acompanha, pois vivem em um contexto que os protege e possibilita essa escolha. Já os jovens de camadas mais populares nem sempre disfarçarão plenamente da sua condição social de jovem, pois tendem a possuir responsabilidades familiares precocemente, necessitam entrar rapidamente no mercado de trabalho e, conseqüentemente, aceitar empregos menos atrativos.

Essa última questão trazida pelos autores pode ser mais bem explorada e exemplificada a partir de um estudo de uma coletânea sobre desigualdade social desenvolvido no Brasil nas últimas décadas do século XX, intitulado “A Transição da Escola ao Mercado de Trabalho”. Nele, Hasenbalg (2003) aborda questões relativas à transição da escola para mercado de trabalho e afirma que se trata de um processo chamado “autonomização do *status*”, ou seja, o término da educação formal, a entrada no mercado de trabalho e a constituição de nova família. O autor ressalta, entretanto, que essa transição ocorre de forma distinta entre países. Espera-se que em nações desenvolvidas os jovens ingressem no mercado de trabalho após terem concluído seu ciclo educacional formal. Já nos países como Brasil e aqueles pertencentes à América Latina, observou-se quatro grupos distintos: 1) jovens que conciliam o trabalho com o estudo; 2) jovens que, ao ingressarem precocemente no mercado de trabalho, interrompem suas trajetórias escolares; 3) jovens que não estudam e nem trabalham e 4) jovens que só estudam. Este último grupo é o que possui melhores condições para adquirir níveis educacionais mais elevados, prolongando o tempo até a sua autonomização, ingresso no mercado de trabalho e constituição de nova família, se assim o desejarem.

Novaes et al (2006), dizem que ser jovem em nosso país pressupõe múltiplas identidades, posições e vivências, sejam elas advindas de suas próprias origens ou por opção. Devido a isto, é necessário que haja o reconhecimento da existência de não apenas “uma juventude”, mas sim, “várias juventudes” que compõem um “complexo mosaico de experiências que precisam ser valorizadas no sentido de promover os direitos dos/das jovens” (idem, 2006, p.5). Nessa perspectiva, Dayrell (2003) pontua que a juventude, além de uma condição social, como citado no início deste capítulo, é também um tipo de representação. A partir das características universais que abarcam o desenvolvimento físico e as mudanças psicológicas que ocorrem em determinada faixa etária, a forma com que cada sociedade, em determinado tempo histórico, irá lidar com esse momento e representá-lo, é muito variado. Além disso, a diversidade da compreensão e representação ocorrerá a partir de diversos fatores como as condições sociais dos sujeitos, sua cultura, gênero, local onde vive, entre outros.

O autor alerta que as diversas imagens que são criadas do jovem interferem na nossa maneira de compreendê-los, destacando que a mais arraigada no imaginário social é a de que o jovem é um “vir a ser” e se encontra em uma posição de transitoriedade para a vida adulta, onde suas ações do presente serão concretizadas. Além desta imagem, Dayrell cita a visão romântica da juventude, que foi se construindo a partir da década de 1960, fruto da industrial cultural da época e de um mercado muito voltado ao jovem: moda, adornos, locais de lazer, revistas, música, entre outros. Nessa época, a juventude era tida como sinônimo de liberdade, prazer e

comportamentos exóticos; uma fase de experimentações, onde erros e acertos eram permitidos, mas também muito marcada por irresponsabilidade. Ao mesmo tempo, tem-se a visão de que a juventude é o momento de crise da vida humana: uma fase permeada por conflitos, crises e baixa autoestima. Deste modo, tende-se a considerar que é nesta fase que pode haver distanciamento e crises familiares, conseqüentemente, a perda da orientação e de valores.

Entende-se, portanto, que a juventude é um amplo processo de constituição de sujeitos ao mesmo tempo que há especificidades que marcam cada um individualmente. Não se pode afirmar que a juventude é uma “passagem” da infância para a vida adulta, mas um momento singular e importante que será determinado pelo meio social e pela qualidade de trocas que este mesmo meio oferece ao indivíduo. Desta forma, reitera-se a visão das “juventudes”, no plural; aquela que delinea e sublinha a diversidade no modo de ser de cada jovem (*idem*, 2003).

A condição juvenil, devido à sua natureza complexa, traz consigo representações sociais contraditórias, onde ser jovem ora é visto como uma dádiva, um momento da vida que é vibrante e que não deveria passar; ora como um “estágio de imaturidade, impulsividade e rebeldia exacerbada”. Logo, de acordo com os autores, “os mesmos estereótipos que constroem um imaginário social de valorização da juventude são aqueles que a impedem de uma participação social plena” (NOVAES *et al.*, 2006, p. 5). E no que implica estas representações sociais contraditórias? No âmbito do desenvolvimento de pesquisas e estudos voltados à juventude, Oliart e Feixa (2012) trazem três distintas vertentes não excludentes entre si presentes na América Latina: “jovens como atores políticos”, “jovens como problema social” e “jovens como cidadãos”.

A primeira vertente, de “jovens como atores políticos”, nasce a partir do movimento da Reforma Universitária em Córdoba, Argentina, no ano de 1918. Diversos intelectuais latino-americanos depositaram a esperança de que a juventude da época conseguiria eliminar a herança colonial deixada em seus países e liderar movimentos mais inclusivos e justos para renovar democraticamente suas sociedades. O movimento, que inspirou mudanças acadêmicas por mais de quatro décadas, surgiu a partir de jovens de classes sociais mais altas, predominantemente do sexo masculino e cor branca, marcado pela modernização dos currículos e das estruturas das instituições de ensino superior. Décadas mais tarde, a imposição da ditadura militar nos países latino-americanos afetou de forma profunda a atuação política juvenil da região. Já nesta época havia a rotulação e separação dicotômica dos jovens ativamente participativos nos grupos engajados por mudanças sociais daqueles que se conformavam e se abstinham da situação (OLIART; FEIXA, 2012; SANTOS, 2020).

A segunda vertente de estudos, dos “jovens como problema social”, surge a partir de

uma concepção que se inicia na década de 1980 devido a uma grave crise econômica que atingiu, principalmente, as camadas mais pobres da população urbana fazendo com que crianças e jovens abandonassem a escola precocemente para se dedicarem a trabalhos informais, colocando-se em posição de vulnerabilidade social. Com isto, surgem estudos enfatizando problemas de integração fruto da situação de pobreza vivenciada e que os afastava do desenvolvimento pleno.

A identificação da juventude não como um ator social, mas como um segmento da população carente de atenção, como um problema de desenvolvimento, trouxe uma abordagem mais prescritiva às pesquisas sobre juventude. O *ethos* de controle e vigilância do Estado é parte integrante da agenda de pesquisa que se desenvolveu a partir dessa abordagem e várias instituições de pesquisa surgiram para produzir informações que deveriam alimentar as políticas de juventude nas áreas de saúde reprodutiva, educação, emprego e segurança, abrangendo questões como violência juvenil e de rua, pobreza, alto aumento da delinquência ligada ao crescimento do tráfico e consumo de drogas (particularmente cocaína) (OLIART; FEIXA, 2012, p. 334).

Além da não identificação da juventude como um ator social e da crítica das abordagens prescritivas e de controle do Estado sobre essa população, Oliart e Feixa também destacam que os atores envolvidos na formulação das políticas destinadas a esse grupo social são adultos que partem de uma troca desigual de conhecimento e poder, onde os instrumentos e indicadores utilizados por eles não refletem a realidade dos jovens. Ressaltam que essa abordagem fica clara ao se depararem com documentos oficiais do governo onde tratam a juventude como “futuro do país” parecendo não se importar com o significado deles agora, no presente.

Já na última vertente de estudos, de “jovens como cidadãos”, impulsionada pela etnografia, há a incorporação de jovens atores no processo de pesquisa e corrobora com os estudos culturais desenvolvidos pela Universidade de Birmingham, na Inglaterra, cujo principal objetivo era analisar o conceito de cultura jovem como novidade no pós-guerra (1950). Observou-se que os estilos de cultura juvenil e seus rituais se manifestaram em resposta às relações políticas, em forma de resistência. Esta vertente dá ênfase às subjetividades juvenis, sua produção cultural, bem como as “subculturas”, definidas como uma cultura que é subordinada a outra cultura dominante, estando, ou não, de acordo com ela (OLIART; FEIXA, 2012; PEREIRA, 2007; SANTOS, 2020).

Esta última vertente de estudos voltados à população jovem traz à tona sua cultura que é abordada, no domínio da sociologia da juventude, por Pais (1990), como um conceito com propósito de discernir os valores e os significados dos comportamentos juvenis. Essa cultura é vista predominantemente como um processo de internalização de normas e de socialização. É também constituída por meio de um sistema de valores socialmente dominante em que jovens

de diferentes meios e condições sociais irão aderir. Valores estes que prevalecerão e serão vividos de maneiras diferentes a depender da classe social a que pertencem. A partir dessa conceituação pode-se notar como os jovens desenvolvem seus modos de vida, práticas cotidianas e atribuem significados e valores institucionais e pessoais.

Por muito tempo se assumiu que as necessidades da população jovem eram menos urgentes que as necessidades de outros grupos pertencentes a outras fases da vida, incluindo questões relacionadas à saúde. Os jovens eram vistos como relativamente saudáveis e, por isso, não necessitavam de prioridades na prestação dos serviços de saúde. Foi então que algumas estatísticas trouxeram à tona algumas necessidades de saúde dessa população: altas taxas de suicídio vividas por homens jovens nos anos 1980 e início dos anos 1990 colocou o debate sobre a saúde mental desses indivíduos como ponto de preocupação; enquanto que o contínuo aumento das taxas de gravidez na adolescência e do número de Infecções Sexualmente Transmissíveis apontaram para a necessidade da melhoria dos serviços de saúde oferecidas a essa população (COLEMAN, 2001).

Alguns estudos revelaram que muitos jovens enfrentam problemas e obstáculos quando buscam aconselhamento e atendimento de saúde. Seus resultados demonstraram uma série de fatores que inibem a busca por atendimento médico ou que geram ansiedade nos profissionais que prestam o atendimento. Inclusive, não é incomum profissionais da saúde dizerem que a comunicação com os jovens seja algo difícil de se estabelecer ou que se acredita que a população jovem é mais propensa a ter atitudes de risco com relação à sua saúde. Além disso, as pesquisas destacaram pontos de desigualdades em saúde e desvantagens sofridas por determinados grupos de jovens. Aqueles que crescem em situação de pobreza, por exemplo, experimentam uma saúde notadamente pior do que aqueles que cresceram em melhores condições socioeconômicas (idem, 2001).

Nesse sentido, destaca-se a importância do desenvolvimento de um olhar voltado às necessidades e especificidades da juventude; um olhar tão singular quanto a juventude em si. Por isso, primeiramente, é essencial trazer para o desenvolvimento deste estudo, o debate da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como elementos estratégicos para a articulação e amadurecimento da temática desta pesquisa.

5.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

A promoção da saúde apresenta-se como um campo teórico, prático e político direcionado ao enfrentamento e resolução dos problemas de saúde que acometem indivíduos e coletividade, considerando seus determinantes. Para tanto, são articulados os saberes técnicos e populares e o uso de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

A primeira vez que o termo promoção da saúde foi empregado foi no início do século XX pelo médico canadense Henry Sigerist que ressaltava que ela envolvia ações governamentais e ações de educação em saúde com a finalidade de melhoria das condições de vida, trabalho, educação, cultura e lazer. Anos mais tarde, em 1965, Leavell e Clarck, ao criarem o modelo da história natural da doença, inseriram a promoção da saúde como parte de um dos níveis de aplicação de medidas preventivas em saúde (idem, 2021).

Vale destacar que, o modelo da história natural da doença, trouxe uma interpretação equivocada do que a promoção da saúde é de fato. Este modelo, segundo Maeyama et al (2015), causa uma confusão teórica quando os autores sugerem que, no nível de prevenção primária, sejam realizadas ações de promoção da saúde e da proteção específica, remetendo à centralidade das doenças e aos seus fatores de risco. As propostas que eles sugerem como ações de promoção da saúde “são colocadas como atitudes das pessoas frente à doença, portanto, com enfoque preventivista e comportamentalista. (...) Considera saúde como ausência de doença e, nesse contexto, promover saúde é prevenir e/ou recuperar” (p.132).

Este enfoque esteve presente no Movimento de Promoção à Saúde no Canadá que foi desenvolvido após a divulgação do Relatório Lalonde que objetivava garantir a qualidade de vida dos indivíduos. Para tal, o relatório trazia diversas recomendações, dentre elas melhorias no meio ambiente, ampliação dos conhecimentos sobre biologia humana e moderação de comportamentos de risco. O documento enfatizava uma abordagem de intervenção sobre os estilos de vida, partindo do pressuposto de que as pessoas são responsáveis sobre os efeitos danosos gerados a partir de seus hábitos de vida. Entretanto, foram realizados alguns estudos que constataram que o tipo de abordagem dos estilos de vida tinha mais sucesso em camadas sociais mais privilegiadas, em detrimento de sujeitos vulnerabilizados, havendo até, em alguns casos, efeitos negativos nessas populações (CARVALHO, 2004a).

Na década de 1970, ocorreu a 1ª Conferência Internacional da Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata, no Cazaquistão. Esta Conferência teve um papel notório para a promoção da saúde, pois ela culminou com a 1ª Conferência

Internacional sobre Promoção da Saúde, no ano de 1986 na cidade de Ottawa, trazendo consigo a necessidade de reformulação do Movimento de Promoção à Saúde canadense no sentido de superar as práticas behavioristas vigentes e os limites teóricos existentes. Surge, então, o conceito da “Nova Saúde Pública” através da Carta de Ottawa (CARVALHO, 2004a; FRANCO DE SÁ; MELO, 2008).

Castro (2016) destaca que esta carta ratifica a centralidade da promoção da saúde na construção da saúde pública, com estímulo à equidade sanitária e às potencialidades da população no trato à saúde: “a promoção da saúde funciona como um projeto de capacitação da comunidade a fim de que sua participação no controle do processo de melhoria da qualidade de vida e da saúde possa ser efetivada” (p. 106). Também foram definidas cinco áreas de atuação da promoção da saúde: “construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, fortalecer ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde” (LIZANO; NASCIMENTO, 2019, p. 2).

Cabe destacar brevemente as Conferências que ocorreram posteriormente àquela ocorrida em Ottawa, pois elas desempenham papel fundamental no amadurecimento do conceito de promoção da saúde a partir da incorporação de conceitos relevantes ao campo (BUSS, 2009).

A 2ª Conferência ocorreu em Adelaide, na Austrália, em 1988, focando principalmente na expansão de políticas públicas saudáveis. Trouxe elementos de intersetorialidade e de equidade frisando a importância da superação de desigualdades no acesso aos bens e serviços disponíveis priorizando grupos vulnerabilizados. Em 1991, a 3ª Conferência foi realizada em Sundsväl, na Suécia, abordou pela primeira vez a interdependência existente entre saúde e meio ambiente, convocando governos, organizações e pessoas a se engajarem em movimentos que buscam desenvolver ambientes saudáveis, além de trazerem uma concepção ampla de ambiente considerando as dimensões sociais, políticas e econômicas. As 4ª e 5ª Conferências foram realizadas na Indonésia e no México respectivamente. A primeira buscou enfatizar o surgimento de novos determinantes de saúde, participação popular e o empoderamento (*empowerment*) que será mais bem discutido no subcapítulo a seguir. Já a segunda, resgatou pontos anteriormente discutidos na 4ª Conferência (BUSS, 2009; LIZANO; NASCIMENTO, 2019).

Novamente o *empowerment* foi um dos temas da 6ª Conferência realizada em Bangkok, na Tailândia. Afirmou-se que, tanto o empoderamento quanto a igualdade e melhoria das condições de saúde, deveriam ocupar lugar de destaque no desenvolvimento global. Em 2009, em Nairobi, no Quênia, ocorreu a 7ª Conferência que objetivou identificar as estratégias prioritárias para o planejamento da promoção da saúde. Já o destaque da 8ª Conferência que

ocorreu em Helsinque, na Finlândia, foi a abordagem do tema saúde perpassando todas as políticas. Em 2016, foi realizada a 9ª Conferência, em Xangai. Esta conferência, citada no capítulo introdutório deste trabalho, foi a primeira que trouxe o tema da literacia em saúde à tona destacando sua importância para a promoção e equidade em saúde.

A última Conferência, realizada virtualmente com apoio dos Emirados Árabes, em 2021, teve como tema: bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável. Houve o resgate das considerações da Carta de Ottawa e a consolidação de reflexões para o futuro da promoção da saúde, visando caminhos que fortaleçam a autonomia dos indivíduos e comunidades frente a construção de políticas públicas, práticas e sistemas de saúde que transformem de maneira efetiva os processos de determinação social (LIZANO; NASCIMENTO, 2019; FIOCRUZ, 2021).

A partir desse breve histórico, nota-se o grande desenvolvimento do campo da Promoção da Saúde desde que foi realizada a primeira conferência em 1986. Contudo, Lizano e Nascimento (2019) apontam que ainda há equívocos conceituais e práticos e limitações para diferenciar políticas voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção. As autoras destacam um estudo que conclui que a promoção da saúde ainda é utilizada como sinônimo de educação em saúde e outro estudo que associou as práticas da promoção da saúde à prevenção, evidenciando uma visão distorcida desse campo, como aquela que consta no modelo de Leavell e Clarck, mencionado previamente.

Salazar (2009), corroborando com os resultados do estudo acima e também compreendendo que promoção e prevenção ocasionalmente se confundem, afirma que a promoção da saúde é aquela de cunho mais social e integral; tem mais impacto potencial nas causas estruturais dos problemas de saúde e é a que menos depende de ações dos serviços de saúde. Já com relação à educação, a autora explica que ela é um dos recursos que a promoção da saúde possui para colocar em prática suas intervenções.

Buss (2009), no âmbito do debate da diferenciação da promoção da saúde e prevenção de doenças explica que:

boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde (...) a promoção da saúde apresenta-se como estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis). Nesse sentido, as estratégias de promoção da saúde são mais integradas e intersetoriais, bem como supõem uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua implementação (p. 38-39).

A partir da citação, destaca-se outro tópico importante no campo da Promoção da Saúde:

o conceito de risco. Carvalho (2004a) apresenta a discussão a partir de autores que definem o risco como sendo algo puramente racional e calculável e que é parte estruturante da epidemiologia moderna. Observa-se também que o risco é estruturante na promoção da saúde orientando a formulação de Políticas Públicas Saudáveis e, como consequência, as estratégias traçadas podem ser muito reducionistas, pautadas em medições, monitoramentos, regulações levando ao controle social e privação da autonomia. Não se trata, porém, de ignorar os riscos. Contudo, é necessário ir além, pois “mais do que fatores de risco, a promoção à saúde é chamada a tratar de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões – biológica, social e cultural” (p.673). Logo, trata-se de compreender as vulnerabilidades que permeiam a vida.

Por ter como característica esse enfoque mais amplo, a promoção da saúde considera os macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando identificá-los e enfrentá-los com vistas a modificá-los de forma a favorecer os resultados em saúde (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2006). Nesse contexto, destaca-se a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a Promoção da Saúde como um recurso expresso na Carta de Ottawa: “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (OPAS, 1986).

Em vista disso, 2006, seguindo a recomendação da OMS, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), inspirada no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, com o objetivo de mobilizar o governo e a sociedade brasileira quanto ao enfrentamento das causas sociais de doenças e mortes e reforçar o que é de fato benéfico para a saúde individual e coletiva, havendo a necessidade de implementar políticas públicas não só na área da saúde, como também aquelas no campo social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). A criação da CNDSS, de acordo com os autores, faz renascer a esperança de sociedades mais equânimes, pois denuncia as iniquidades em saúde e permite que os determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais em saúde que estão no cerne das injustiças sociais tenham visibilidade perante o mundo.

Toda essa movimentação vai de encontro ao sistema hegemônico dominante vigente que atribui a saúde como um instrumento para o crescimento econômico e não um direito humano básico. Na prática médica não se tem o costume de informar ao usuário do serviço de saúde, por exemplo, sobre as condições estruturais da doença. Quando essa informação é passada, a tendência é a de tratar o usuário do serviço de saúde como sujeito isolado, fora do seu contexto de vida, atribuindo a ele toda a responsabilidade pela sua situação de saúde. Há, portanto, uma

negação sistemática das dimensões sociais associadas à saúde e o culto ao modelo biomédico que culpabiliza o indivíduo e reduz as questões de saúde apenas a decisões pessoais e aos estilos de vida pouco saudáveis (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; MENÉNDEZ, 1986).

Quanto a essa culpabilização, Carvalho (2004) ressalta, como fruto de investigações diversas, que os “grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade” (p. 670). Culpabilizar funciona como um “poderoso fator de ordem social que normatiza e procura viabilizar o convívio humano (...) A atribuição de culpa geralmente estigmatiza os indivíduos e embute um juízo social depreciativo ao culpável” (CASTIEL; DARDET, 2007, p. 35).

No contexto das juventudes, é importante considerar que experiências discriminatórias e excludentes, associadas ou não à culpabilização, geram baixa autoestima, baixa autoconfiança e problemas no desenvolvimento de competências. Atitudes negativas são internalizadas redefinindo os limites e as capacidades desses indivíduos. Por isso, se torna de suma relevância a participação das juventudes em processos decisórios para que o jovem desenvolva um sentimento de valor próprio e de propósito a fim de superar a cultura cívica autoritária e centralizadora. “A autonomia, pois, é como uma orientação didática para a emancipação pessoal, decisiva, quando se é jovem e, portanto, constantemente desafiado a organizar o cotidiano, definir prioridades, objetivos e planejar o futuro” (GUIMARÃES; LIMA, 2011, p. 863).

A ênfase dada à participação de indivíduos e grupos nas ações de saúde estabelece a necessidade de estruturar estratégias de *empowerment* que forneçam meios e recursos potencializadores do aumento do controle sobre os determinantes sociais que afetam sua saúde. Esse processo de capacitação corresponde à autopromoção dos sujeitos enquanto co-gestores na satisfação de suas necessidades. Propõe-se que o processo participativo, atue como um contexto formativo, impulsionando o desenvolvimento pessoal e social, de modo a propiciar uma melhor qualidade de vida (idem, p. 861).

Isto posto, a seguir o conceito do *empowerment* e da educação aplicada à saúde em seu sentido crítico são explorados.

5.3 EMPOWERMENT E EDUCAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE

A educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade.
O homem deve transformar a realidade (FREIRE, 1979, n.p.)

O termo *empowerment* está presente, implicitamente ou explicitamente, no ideário da Promoção da Saúde, desde a Carta de Ottawa, que “procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde” (CARVALHO, 2004b, p. 1090). Historicamente, o conceito surgiu a partir da Reforma Protestante, ao se referir ao protagonismo das pessoas em relação a sua religiosidade, e mais tarde, a partir da segunda metade do século XX, foi associado a lutas feministas e por direitos civis. Porém, a ocorrência desses movimentos dentro de um contexto neoliberal fez com quem fossem articulados no âmbito do individualismo e da auto emancipação. Alguns autores chamam esse tipo de empoderamento de *empowerment* psicológico ou individual (ROSO; ROMANINI, 2014).

Este se refere a um “sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (CARVALHO, 2004b, p. 1090). O indivíduo pode se sentir confiante e independente e até capaz de influenciar o seu meio a se comportar de determinada maneira com o objetivo de manter certo equilíbrio e harmonia social. É desta forma, então, que se operacionaliza estratégias de promoção, envolvendo técnicas focais e de *marketing* social, resultando num sentimento de poder ilusório, onde quem controla a maior parte da vida são as políticas e práticas macrossociais: “o que está em questão não é o poder real, mas sim, o ‘senso de *empowerment*’ levando à personalização da política que pode favorecer a manutenção do *status quo*” (idem, p.1090). Ou seja, o *empowerment* pode ser utilizado como um mecanismo de regulação social por parte de instituições e governos conservadores e autoritários “como forma de mascarar o contato com a forma atual de economia política e capitalismo de consumo” (FERREIRA; CASTIEL, 2009, p. 68).

A partir da década de 1990, começou-se a refletir sobre o *empowerment* e seu papel na Promoção da Saúde. De forma crítica, alguns autores acrescentaram ao termo a palavra “comunitário” para melhor expressar a diferença de uma abordagem exclusivamente psicológica ou individual que ignorava o contexto social. A noção de *empowerment* comunitário inclui: “(a) um maior nível de *empowerment* psicológico entre os membros da comunidade; (b) ação política desses membros; e (c) redistribuição de recursos ou tomada de decisão em favor

desta comunidade” (idem, p.73).

Para Carvalho, (2004b, p.1093), o “*empowerment* comunitário” é definido como:

um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

A partir desta definição, e ainda de acordo com o autor, nota-se que o conceito do *empowerment* comunitário vai além da perspectiva individualista do *empowerment* psicológico. Entretanto, não o exclui, pois é necessário considerar aspectos individuais (psíquico, intersubjetivo, familiar, étnico-cultural) para lançar um olhar mais produtivo no que tange às práticas de saúde em um sentido amplo.

Ferreira e Castiel (2009) analisam que, na abordagem crítica da Promoção da Saúde, o *empowerment* psicológico e comunitário são dois níveis diferentes do conceito mais amplo de *empowerment* e que se configura em um fenômeno relacional. Ou seja, só se manifesta a partir dos conflitos e diálogos entre os sujeitos, grupos e classe sociais. Dentro desse contexto de disputas, os autores trazem um alerta quanto à complexidade e natureza multidimensional do conceito que quando “não são levadas a sério, levam à ambiguidade que pode ser explorada (intencionalmente ou não) por aqueles que não têm compromisso com a mudança social (idem, p.74).

É necessário, portanto, construir uma “consciência crítica que também ocorre em níveis, em graus de aprendizagem sobre a realidade social, sobre si mesmos e sobre os limites e possibilidades de cada um com sua saúde”. Em vista disso, o *empowerment* envolve um processo educacional, pois somente desta maneira há a possibilidade de superação das limitações individuais e sociais necessárias à transformação da realidade social (LOPES; TOCANTINS, 2012, p. 240).

A educação e os processos educacionais têm suas origens nos primórdios da civilização, pois sempre houve a preocupação de se ensinar e transmitir conhecimentos às pessoas, seja de forma sistematizada ou não. Consiste em fornecer à humanidade a capacidade de gerenciar seu próprio desenvolvimento. Para tanto, é necessário o seguinte pressuposto: “fornecer a todos, o mais cedo possível, o ‘passaporte para a vida’, que os leve compreender-se melhor a si mesmos e aos outros e, assim, a participar na obra coletiva e na vida em sociedade” (DELORS, 1998, p. 83).

Em 1919, segundo a literatura, foi empregado o termo “*health education*” na Conferência Internacional sobre princípios de higiene, nos EUA. Anos mais tarde, na 1ª

Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em 1986, o termo “educação em saúde” foi utilizado pela primeira vez com um significado mais amplo, pois a promoção da saúde era o ponto central das práticas de saúde, tendo a educação em saúde como grande aliado. Nessa época, evidenciou-se que as atividades educativas voltadas para a saúde eram essenciais para a promoção e manutenção da saúde individual e coletiva, além de contribuir para o aumento da autonomia dos indivíduos (FERREIRA *et al.*, 2021).

Santos et al. (2021) afirmam que é relevante considerar que as novas gerações possam ser educadas de forma a alcançar sua autonomia. Mas, antes de tudo, é preciso que a educação seja instrumento para que o indivíduo exerça seu papel social no contexto histórico para transformar e melhorar a vida social.

Nessa perspectiva, o educador Paulo Freire ressaltou a importância do diálogo e da participação popular como elementos pedagógicos importantes no processo educativo.

O diálogo pedagógico a que Freire se refere visa oportunizar a participação de todos os envolvidos e implica um saber crítico que possibilite uma práxis, uma ação-reflexão, também crítica, portanto, a dialogicidade. É por meio do diálogo e da participação que o conhecimento apreendido, o conteúdo ou objeto cognoscível constrói-se, gerando novas formas de conhecimento com base nas experiências vividas. Nesse processo de aprendizagem, todos são sujeitos e as relações entre indivíduos e sociedade são indissociáveis (LOPES; TOCANTINS, 2012, p. 240–241).

O diálogo pedagógico se contrapõe à pedagogia tradicional que se baseia na ideia de transmissão de conhecimento e na aquisição de saberes a partir de alguém que ensina algo a outra pessoa para que ela molde e adapte em sua vida. Ao se pensar criticamente a educação no contexto da saúde, é necessário que se compreenda que a educação é algo processual, onde aprender consiste em construir e desenvolver habilidades pessoais e sociais e não apenas em adquirir conhecimentos e/ou adaptar e reproduzir comportamentos (idem, 2012).

5.4 LITERACIA EM SAÚDE

Recentemente, a Declaração de Xangai sobre a promoção da saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, incluiu e destacou a literacia em saúde “como um pilar global da promoção da saúde e da equidade em saúde”. Além disso, os países-membros se comprometeram em priorizar o empoderamento dos cidadãos e, dentre outras medidas, reconhecer a literacia em saúde como um determinante crítico da saúde e investir no seu desenvolvimento (JAKAB, 2019, p. 127).

O termo literacia nasceu a partir da língua inglesa no final do século XIX, fundamentalmente associado a noções de alfabetização, desta forma, sendo traduzido como alfabetização/letramento. Já no final do século XX o conceito passou a ser tratado em um sentido educacional mais amplo, envolvendo práticas sociais e culturais (BONAMI, 2015).

No início da década de 1970, o médico americano Scott K. Simonds, cunhou o termo “literacia em saúde”, a partir de seu estudo *Health Education as a Social Policy*, que tratou sobre áreas essenciais em política social necessárias para fornecer um novo sentido de direção para a educação em saúde: educação em saúde no sistema de saúde; educação em saúde nas escolas e educação em saúde nos sistemas de comunicação em massa. Ele acreditava que uma política voltada para essas três áreas promoveria uma população mais saudável, ou seja, aquela que “assume uma responsabilidade maior por proteger e manter sua própria saúde, que utiliza o sistema de saúde da forma mais eficaz possível e que desempenha um papel ativo na formação do sistema de saúde do futuro”(p.9). Nesse estudo, Simonds ressaltou a importância de educar as pessoas em tópicos relacionados à saúde, configurando a educação em saúde como um ato social e de saúde pública destinado ao bem estar da população (SIMONDS, 1974).

As pesquisas sobre literacia em saúde ganharam força nas últimas décadas, principalmente em países como: Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália, Reino Unido, Japão, Holanda, Suíça. Nos EUA e no continente europeu, inclusive, tornou-se um tema prioritário para o desenvolvimento de estratégias, políticas e ações de saúde (PAVÃO; WERNECK, 2020).

No Brasil, os estudos neste campo começaram a surgir na segunda metade dos anos 2000. Muitas revisões de literaturas internacionais foram realizadas, além de pesquisas voltadas à adaptação e validação de instrumentos para a mensuração da literacia funcional. Ademais, algumas das investigações costumavam empregar os termos “letramento em saúde” e “alfabetização em saúde” como sinônimos para literacia em saúde (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

Segundo esses autores, quando se faz referência à literacia em saúde como sinônimo de “letramento em saúde” e/ou “alfabetização em saúde” há a redução do conceito a uma lógica bidimensional, ou seja, infere-se que pessoas com maior grau de escolaridade e instrução teriam, conseqüentemente, maior grau de literacia em saúde e vice-versa. Segundo USA (2010), os anos de escolaridade de uma pessoa podem ser enganosos para estimar seus níveis de literacia em saúde. Uma pessoa pode ter completado toda sua educação formal, mas ter níveis limitados de literacia em saúde.

Logo, é necessário considerar que a literacia em saúde se configura em “conjunto multidimensional de habilidades e competências” e com diferentes tipos de determinantes (sociais, culturais, ambientais e outros). Sendo assim, refere-se a um conceito polissêmico e com variadas possibilidades de estudo das relações entre habilidades e competências e os resultados e condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

O termo literacia em saúde foi formalmente registrado em 1998, por Don Nutbeam, no Glossário de Promoção de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), definido como: “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, entender e usar as informações de maneira a promover e manter a boa saúde” (NUTBEAM, 1998, p. 357). A nova versão do glossário, lançada em 2021, traz a seguinte definição:

a literacia em saúde representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam nas atividades diárias, nas interações sociais e nas gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas acessar, compreender, avaliar e usar informações e serviços de forma a promover e manter a boa saúde e o bem-estar para si mesmas e para aqueles ao seu redor (NUTBEAM; MUSCAT, 2021, p. 5).

Observa-se, a partir destas duas definições, que é um conceito que ao longo do tempo tem evoluído e incorporado novos elementos em consonância com as mudanças que ocorrem no campo da saúde, principalmente no que diz respeito à promoção da saúde. De acordo com Peres, Rodrigues e Silva (2021), o conceito de literacia possui mais de um significado permitindo, com isto, ser interpretado de diferentes formas, por diferentes pesquisadores e instituições de diversas áreas e bases epistemológicas distintas. Esta evolução pode ser vista como um ponto positivo. Entretanto, Sorensen et al (2012) alertam que a falta de consenso sobre a definição de literacia em saúde limita as possibilidades de mensurações e comparações, o que dificulta a incorporação de políticas públicas saudáveis de forma mais adequada.

Há mais de 20 anos, Ilona Kickbusch (2001), em seu artigo *Health Literacy: addressing*

the health and education divide, destaca que o conceito de literacia em saúde tem grande afinidade com as abordagens desenvolvidas no campo da Promoção da Saúde apresentados na Carta de Ottawa, em 1986, na I Conferência Internacional da Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, Dom Nutbeam (2000) dialoga com Simonds e Kickbusch quando considera a tríade: educação em saúde, comunicação em saúde e literacia em saúde. Ele destaca que a educação em saúde é uma das ferramentas utilizadas para a melhoria da literacia em saúde e, conseqüentemente, da promoção da saúde e diz que “a forma como definimos e medimos a literacia em saúde influencia o conteúdo e o método de educação em saúde” (idem, p. 263).

Em particular, no contexto norte-americano, Nutbeam (2000) destaca que o emprego do termo literacia em saúde é voltado à avaliação da relação entre os níveis de literacia do usuário do serviço de saúde e sua capacidade de executar corretamente os planos terapêuticos prescritos. Desta forma, infere-se que uma literacia funcional em saúde adequada significa ter a capacidade de aplicar as habilidades de literacia principalmente a materiais de saúde escritos e impressos. O autor explica, a partir de pesquisas baseadas nessa abordagem, que não possuir uma literacia funcional em saúde gera barreiras tanto na educação dos usuários do serviço de saúde (principalmente aqueles com doenças crônicas) e pode impactar nos custos para o setor saúde, uma vez que o uso de medicamentos pode se tornar inadequado ou inapropriado.

Corroborando com os achados, Peres, Rodrigues e Silva (2021), consideram que habilidades e competências funcionais relacionadas à leitura, escrita e a capacidade de operar com números (numeracia) são importantes para o alcance de bons resultados de saúde individuais e coletivos, pois interferem na capacidade de tomada de decisões perante a vida. Adicionalmente, Kickbusch (2001) reitera que altos níveis de analfabetismo contribuem de maneira significativa para carga de doenças e reforça desigualdades econômicas e de saúde, em especial em países mais pobres. Frente à isto, estudos na perspectiva dessa abordagem desenvolveram-se ao longo dos anos e apresentam-se na forma de diversos testes que avaliam a dimensão funcional da literacia em saúde, a citar: REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* e REALM-SF (versão “rápida”), TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults* e S-TOFHLA (versão resumida) e, mais recentemente, o NVS – *New Vital Sign*, voltado à nutrição e alimentação.

Os testes citados apresentam inúmeras vantagens em sua aplicação pois: possibilita a aplicação em cenários diversos, permite comparações de resultados encontrados, auxilia na formulação de indicadores utilizados na gestão de programas e políticas de saúde e oportuniza a inferência/previsão de determinados aspectos relacionados à saúde. Entretanto, observou-se, na segunda metade dos anos 1990, que a relação de escolaridade e situação de saúde não

ocorriam de uma forma linear. Essa abordagem fundamental, mas muito simplista da literacia em saúde faz com que o conceito perca muito de seu propósito e significado real, pois atravessamentos culturais, sociais e crenças pessoais e coletivas influenciavam na significação das informações de saúde, resultando em diferentes comportamentos e resultados (NUTBEAM, 2000; PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

Nesse sentido, viu-se a necessidade da formulação de modelos de literacia em saúde em uma perspectiva ampliada. Um dos primeiros modelos propostos foi criado por Nutbeam (2000) e é composto pelos seguintes níveis: nível 1 - literacia básica/funcional; nível 2 - literacia interativa/comunicativa e nível 3 - literacia crítica.

O nível 1 tem a ver com a definição da literacia funcional comentada anteriormente. Refere-se às habilidades básicas de leitura, escrita e numeracia refletindo o resultado da educação tradicional em saúde. Ou seja, aquela que prescreve ações sem promover o desenvolvimento de habilidades e autonomia. O nível 2 é voltado ao desenvolvimento de habilidades pessoais e tem como foco “melhorar a capacidade pessoal de agir de forma independente sobre o conhecimento, especificamente para melhorar a motivação e a autoconfiança para agir de acordo com os conselhos recebidos” (p. 265). Por fim, o nível 3, da literacia crítica em saúde, corresponde a habilidades cognitivas que, ao serem articuladas com habilidades sociais, tem o intuito de aumentar o senso crítico sobre informações de saúde, fazendo com que estas sejam utilizadas para maior controle sobre situações de saúde nas esferas individual, coletiva e política (NUTBEAM, 2000).

Posteriormente, surgiram outros modelos que trabalham a literacia em saúde, como por exemplo, aquele proposto por Zarcadoolas, Pleasant e Greer que se baseia “em uma concepção multidimensional das diferentes habilidades e competências que os indivíduos usam no processo de significação de informações sobre saúde” e é composto pelos seguintes domínios: fundamental, científico, cívico e cultural (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021, p. 30).

Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2005) definem literacia como uma “ampla gama de habilidades e competências que as pessoas desenvolvem para buscar, compreender, avaliar e usar informações e conceitos de saúde para fazer escolhas informadas, reduzir os riscos para a saúde e aumentar a qualidade de vida” (p. 196-197). Este modelo, porém, faz referência a competências que se inter-relacionam e caracterizam a literacia de um indivíduo, diferentemente daquele elaborado por Nutbeam, que propõe níveis progressivos que caminham do campo individual para o campo social e coletivo (PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

Em seu modelo, Nutbeam (2000, p. 264) ressalta que:

os diferentes níveis de literacia permitem progressivamente maior autonomia e

empoderamento pessoal. A progressão entre os níveis não depende apenas do desenvolvimento cognitivo, mas também da exposição a diferentes informações / mensagens (conteúdo e método de comunicação). Isso, por sua vez, é influenciado por respostas pessoais variáveis a tal comunicação - que é mediada por habilidades pessoais e sociais e autoeficácia em relação a questões definidas.

A partir dessa explanação, nota-se o imbricamento do modelo de Don Nutbeam com o campo da Promoção da Saúde e demais conceitos relacionados à determinação social do processo saúde-doença apontados nos subcapítulos anteriores. Embora seja necessário que as políticas públicas criem um ambiente favorável à saúde, os cidadãos necessitam exercer ativamente seu papel social. Considerando que a saúde se enquadra como recurso para a vida, onde as pessoas são capazes de aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, é importante que os três níveis de literacia sejam desenvolvidos (KICKBUSCH, 2001; NUTBEAM, 2000; PERES; RODRIGUES; SILVA, 2021).

6 PROPOSTA METODOLÓGICA

Foi realizado um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, por ser a mais adequada para a consecução dos objetivos propostos, pois ela se preocupa em compreender a ação social e “atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores” (MINAYO *et al.*, 2005, p. 73).

Quanto ao tratamento dos dados coletados e analisados, empregou-se o método de triangulação que se refere à "utilização de diferentes abordagens metodológicas do objeto empírico para prevenir possíveis distorções relativas tanto à aplicação de um único método quanto a uma única teoria ou um pesquisador". Além disso, ao envolver variadas técnicas para a coleta de informações, há possibilidades de uma rica análise da complexidade que é inerente às interações sociais (FIGARO, 2014, p.127).

Com relação aos tipos de triangulação, a autora citada destaca a existência dos seguintes: (1) de dados – são consideradas dimensões de tempo, espaço e nível analítico para a busca de informações para a pesquisa; (2) de investigador – ocorre a partir da construção de uma equipe com pesquisadores de variadas áreas; (3) de teoria – configura-se na abordagem do objeto sob perspectivas conceituais e teóricas diferentes e; (4) de métodos – quando se utilizam diferentes métodos de investigação para a coleta dos dados, sendo este o tipo empregado na presente pesquisa.

Sendo assim, foram combinadas as técnicas de entrevista semiestruturada com a de análise documental. É de suma importância salientar que a escolha destas técnicas se deu levando em conta os objetivos traçados, os recursos disponíveis e o tempo para a realização da pesquisa.

Antes de se avançar para o detalhamento das técnicas que foram empregadas, é necessário apresentar o campo da pesquisa, o local onde foi aplicada a técnica para o levantamento de informações primárias. Para Minayo (2007), este campo se define como um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, mas que não se resume somente ao espaço físico. Afinal, a pesquisa social trabalha com pessoas e seus constructos e é no campo que as relações intersubjetivas se manifestam.

O campo escolhido se constitui de áreas adscritas de duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), vinculadas a uma Instituição de Ensino Superior, ambas localizadas na cidade de Petrópolis, região Serrana do estado do Rio de Janeiro. Esta escolha ocorreu pelo fato da pesquisadora ser egressa da referida instituição, desta forma, facilitando a entrada no campo.

6.1 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

6.1.1 Análise Documental

Optou-se pela utilização da técnica de análise documental, pois, de acordo com Sá-Silva et al (2009), ela possibilita a extração de uma riqueza de informações permitindo a ampliação do entendimento sobre objetos que, para se compreender, necessita de contextualização histórica e sociocultural, como é o caso da juventude.

Cellard (2008) explica que a definição de “documento” é ampla e envolve desde textos escritos a fontes de natureza iconográfica, cinematográfica, testemunhos registrados, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, entre outros. No contexto de textos escritos, o autor considera a existência de dois grandes grupos de documentos: (1) documentos públicos: abrangem os (1.1) arquivos públicos e os (1.2) documentos públicos não arquivados. Arquivos públicos referem-se a documentos que nem sempre se encontram de maneira acessível, apesar de serem públicos. Exemplos: arquivos governamentais (federais, regionais, escolares ou municipais), arquivos de estado civil, de natureza notarial ou jurídica. Os documentos públicos não arquivados se trata de jornais, revistas, periódicos, publicidade, anúncios, tratados, circulares ou qualquer outro tipo de documentos distribuídos. (2) documentos privados: (2.1) arquivos privados - aqueles que não estão acessíveis ao domínio público, podendo ser de difícil acesso - e (2.2) documentos pessoais – autobiografias, diários íntimos, correspondências, história de vida, documentos de família, entre outros.

No caso desta pesquisa, os documentos selecionados foram aqueles pertencentes ao grupo de documentos públicos, de livre acesso à população, que se encontram disponíveis no Sistema Nacional de Juventude (Sinajuve) onde há o Repositório de Políticas Públicas de Juventude (Subsistema de Políticas Públicas) que é acessado de forma *online* através da *url*: <https://ppsinajuve.ibict.br>.

O Sinajuve foi criado com o propósito de ser

uma ferramenta possibilitadora da ação integrada de todos os atores do universo juvenil. Em um país composto por 27 Entes Federativos e 5.570 municípios, torna-se sensível a necessidade de implementação de um sistema que seja capaz de agrupar e uniformizar o máximo de informações, documentos e dados relativos ao tema, desde o que diz respeito àquilo que é do interesse do público contemplado pelo Estatuto da Juventude, até aquilo que concerne somente às competências da Secretaria Nacional da Juventude, órgão responsável por implementar a Política Nacional de Juventude em todo território nacional (LOZZI *et al.*, 2019, p. 10).

Pautado nas diretrizes do Estatuto da Juventude, o sistema “tem a missão de garantir à

sociedade civil um espaço livre de discussão convidativo à participação social e ação cidadã” (idem, p. 10). Ou seja, além de constituir-se de uma ferramenta técnica de gestão, ele preza pela transparência e acessibilidade à sociedade brasileira. Além disso,

se traduz na produção de conhecimento e comunicação com a comunidade acadêmica, visto que a Secretaria Nacional da Juventude compreende o avanço da ciência por meio da produção de pesquisas voltadas para a população jovem como condição base para o aumento da efetividade da ação governamental e das políticas públicas que dela se originam (idem, p.11).

Na página principal do portal há a opção de pesquisa por esferas governamentais: federal, estadual e municipal e, logo abaixo, a opção de “busca facetada” que pode ser feita por “autor”, “assunto”, “data de publicação” e “tipo”. Considerando um dos objetivos específicos desta investigação, optou-se por realizar a pesquisa dos documentos por “tipo” e englobando todos os documentos das três esferas citadas.

6.1.2 Entrevista Semiestruturada

Esta técnica é definida como uma “conversa com finalidade” que pode envolver duas pessoas ou mais e que tem como propósito “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (MINAYO, 2007, p. 261).

Dentre os tipos de entrevista mencionadas pela autora, foi empregada a do tipo semiestruturada (ou semiaberta) onde o sujeito entrevistado teve a possibilidade de falar sobre a questão perguntada sem ter que se prender à pergunta que foi formulada. Elas obedeceram a um roteiro físico (APÊNDICE B) que foi utilizado pela pesquisadora no momento da entrevista. “Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses e pressupostos serão cobertos na conversa” (idem, 2007, p.267).

Foram entrevistados jovens da população adscrita do campo selecionado. Segundo Brasil (2017), entende-se por população adscrita aquela que está presente no território da unidade, com o intuito de estimular a responsabilização e o vínculo entre a equipe e a população, a fim de garantir que as ações tenham continuidade e sejam longitudinais.

Os critérios de inclusão da investigação foram: ter idade maior ou igual a 18 anos completos e menor ou igual a 29 anos completos; fazer parte da população adscrita da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) selecionada; ter sido indicado por membros da equipe da ESF (Enfermeiro e/ou Agentes Comunitários de Saúde - ACS) para participação na pesquisa.

Quanto aos critérios de exclusão: ter idade menor a 18 anos completos; ter sido selecionado pelos membros da equipe da ESF citados anteriormente, porém não ter dado o aceite em participar da pesquisa; não fazer parte da população adscrita da equipe da ESF selecionada.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão acima mencionados, 44 jovens foram previamente contatados por ACSs, por meio de contato telefônico e busca ativa, dos quais 20 deram o aceite em participar da pesquisa. As entrevistas ocorreram em espaço localizado dentro dos dois postos de saúde, cedido pelas equipes da ESF. Foi utilizado o aplicativo gravador de áudio do *smartphone* da pesquisadora para registro das entrevistas.

Adicionalmente a isso, cabe destacar que foi observada a chamada “saturação” da amostra que, como explicado por Minayo (2017), é um termo criado por Glaser e Strauss, em 1967, referindo-se ao “momento no trabalho de campo em que a coleta e novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado” (p.5). Além disso, a autora destaca que é importante ter em mente que “nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida por números”, pois é preciso que o pesquisador considere que não há medida pré-estabelecida para entender a diversidade, homogeneidade e a intensidade das informações coletadas. O importante é que a lógica interna do objeto de pesquisa seja encontrada (MINAYO, 2017, p. 9).

A fim de garantir o anonimato de cada participante, bem como a confidencialidade das informações obtidas, os entrevistados tiveram seus nomes suprimidos e sua identificação foi feita através de codificação em campo próprio do roteiro de entrevista: entrevistado(a) 1 = E1, entrevistado(a) 2 = E2 e assim sucessivamente. Na apresentação dos resultados, foi acrescentado o gênero (masculino ou feminino) e a cor da pele (branca, parda ou preta) com a intenção de situar o leitor no contexto das falas.

6.2 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (2007), a forma mais comumente utilizada para análise de dados qualitativos configura-se na análise de conteúdo. A autora cita que há diferentes modalidades de análise de conteúdo: análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise de enunciação e análise temática. Esta última foi definida como mais apropriada para estudos qualitativos em saúde, desta forma, foi a adotada para a presente investigação.

Essa modalidade de análise tem o propósito de

descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação,

definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referências e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2007, p.316).

Para a realização da análise tanto das entrevistas quanto dos documentos selecionados foram cumpridas as seguintes etapas, de acordo com a autora:

1. Pré-análise:

1.1 Entrevistas semiestruturadas: cada entrevista foi transcrita em documentos separados, considerando o registro das falas, as pausas, silêncios, risos, entre outros. Posteriormente à estas transcrições, foi realizada a “leitura flutuante” do conteúdo da seguinte maneira: as entrevistas transcritas foram compiladas em uma única planilha na ordem em que as mesmas foram feitas de modo a obter todas as respostas em arquivo único e possibilitando lê-las no conjunto da entrevista como um todo e no conjunto de uma mesma pergunta (leitura horizontal e vertical). Foram realizadas anotações relativas às primeiras impressões, buscando-se “coerência interna das informações” e análise cuidadosa de todas as frases, ideias e sentidos gerais que as respostas trouxeram (Idem, 2007, p.357).

1.2 Análise Documental: levou-se em conta as categorias pré estabelecidas pelo portal Sinajuve e os documentos disponíveis em cada uma delas, conforme disposto a seguir: legislação (270), livro (39), manual (13), artigo de revista (5), guia (5), anais (2), folheto (2), apresentação (1), cartilha (1) e dissertação (1), totalizando 339 documentos. Foram excluídos os documentos do tipo “legislação” devido à sua natureza, pois não se enquadraram ao objetivo desta dissertação. Os 69 documentos restantes foram catalogados em um quadro preliminar contendo: ano de publicação, tipo, título, autores e palavras-chave (APÊNDICE E). Constatou-se que um destes documentos se referia a uma portaria do Ministério da Educação (nº 3.036, de 01 de setembro de 2005), apesar de estar classificado como “anais”. Portanto, ele foi excluído do quadro. Após construção do mesmo, foram selecionados para análise por meio de roteiro estruturado (APÊNDICE C) aqueles que continham, pelo menos, uma das seguintes palavras-chave: política de saúde, saúde pública, promoção da saúde, sistemas de saúde, atenção à saúde, assistência à saúde, educação em saúde e que tratavam diretamente do tema saúde envolvendo a juventude, excluindo-se aqueles voltados à adolescentes. O total de 7 documentos selecionados para análise.

Foram, então, construídos quadros (APÊNDICE F) para cada documento selecionado, levando-se em consideração o roteiro de análise documental estabelecido anteriormente.

Esta etapa de pré-análise se configurou em um mapa horizontal dos achados. A partir disso, se obteve o “corpus” da investigação, ou seja, todo o universo de conteúdo estudado, tanto o relativo às entrevistas quanto à análise documental. Foram considerados aspectos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência para que a análise pudesse ocorrer de forma a responder aos objetivos traçados. Além disso, delimitou-se o contexto de compreensão das palavras-chave e/ou frases relevantes, bem como os recortes de falas provenientes das transcrições e a forma de categorização que orientaram a análise (MINAYO, 2007).

- 2. Exploração do material:** buscou-se, nesta etapa, os núcleos de compreensão por meio de categorias “que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2007, p.317).
- 3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:** por fim, os resultados obtidos foram apresentados e discutidos no capítulo seguinte, levando-se em consideração “as pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (idem, 2007, p.318).

6.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento de uma pesquisa une critérios de cientificidade e aspectos éticos que podem fortalecer a pesquisa e os envolvidos, como também pode gerar estranhamentos entre as partes. Portanto, é extremamente importante que o pesquisador elabore criteriosamente as estratégias de condução da pesquisa, a fim de minimizar riscos de diferentes naturezas (NOVIKOFF, 2020).

Corroborando com questões que a autora acima salientou em seu artigo, todos os pontos a seguir foram considerados na execução da pesquisa:

1. O projeto de pesquisa foi devidamente inserido na Plataforma Brasil e passou pela aprovação de dois Comitês de Ética em Pesquisa: o primeiro deles foi o da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o outro, o do Centro Universitário Arthur de Sá Earp

Neto/ Faculdade de Medicina de Petrópolis e Hospital de Ensino Alcides Carneiro (CEP UNIFASE/FMP/HEAC).

2. Foram garantidas as condições de privacidade e confidencialidade a todos os participantes - o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) trouxe estas informações e foi aplicado e assinado antes da entrevista pelo sujeito de pesquisa. Foi disponibilizado em duas vias: uma para o participante e a outra para a pesquisadora. O Termo continha o local destinado à inserção das rubricas do pesquisador e do participante, além de páginas numeradas (indicando o número total de páginas do documento) para possibilitar a integridade das informações contidas no documento. Foi formatado de modo que as assinaturas não ficassem em página separada/isolada do texto;
3. Foram garantidas condições de conforto durante a entrevista: o local disponibilizado pela equipe de saúde era bem iluminado, silencioso e com acesso a água e a banheiro;
4. O modo de registro da entrevista (gravação de áudio) foi explicado e conversado com cada um dos participantes antes do início da entrevista;
5. O entrevistado foi acolhido respeitosamente, utilizando-se termos apropriados à conversação;
6. Foram evitadas as demonstrações de sentimentos frente às respostas dadas, mantendo a serenidade a cada pergunta;
7. O item “riscos e benefícios” que consta no TCLE foi enfatizado, salientando que qualquer mal-estar que a entrevista podia causar era motivo para a descontinuação dela sem quaisquer prejuízos para o participante ou para a pesquisa;
8. O tempo de entrevista de cada entrevistado foi respeitado. Inclusive, foram considerados aspectos biopsicológicos como pausas para respirar e pensar sobre o assunto, possíveis idas ao banheiro, consumo de água, entre outros, apesar destes últimos não terem sido solicitados por nenhum entrevistado;
9. Considerando que a pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) ainda se encontrava em curso no momento da realização das entrevistas, foram consideradas as recomendações sanitárias vigentes no momento da execução das mesmas com o intuito de expor ao menor risco possível os participantes e a pesquisadora. O distanciamento social, uso de máscaras, uso do álcool em gel e o ambiente arejado foram rigorosamente respeitados durante as entrevistas.

7 RESULTADOS

Este capítulo é composto por três subcapítulos: um refere-se aos resultados da análise documental que foi realizada a partir de documentos selecionados pertencentes ao Repositório de Políticas Públicas de Juventude do Sinajuve; outro, diz respeito aos resultados das entrevistas realizadas com os jovens moradores de uma cidade do estado do Rio de Janeiro e; entre eles, há um subcapítulo voltado à caracterização dos sujeitos de pesquisa, atendendo a um dos objetivos específicos desta investigação. Os dados completos sobre a caracterização dos entrevistados encontram-se no Quadro 1 (APÊNDICE A).

7.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Após aplicação dos critérios para elegibilidade dos documentos analisados, obteve-se como resultado 7 documentos governamentais, do tipo “livro”, majoritariamente produzidos pela Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (4 dos 7), dois pelo Departamento de Atenção Básica e 1 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, conforme dispostos no quadro a seguir:

Quadro 2 - Documentos governamentais selecionados para análise a partir dos critérios de elegibilidade.

Ano de Publicação	Tipo	Título	Autores	Objetivos
1999	Livro	Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional	Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem	Sinalizar que é “imperativa a construção de uma agenda nacional em prol da saúde e do desenvolvimento da juventude, da qual participarão o Governo e toda a sociedade” (p.18).
2007	Livro	Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem	“Oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde integral e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens” (p.7).
2007	Livro	Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem	“Fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral,

				resolutiva e participativa” (p.5)
2009	Livro	Saúde na Escola	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica	“Materializar a parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde, destacando que esta pode se ampliar para envolver outros parceiros na construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida” (p.9).
2010	Livro	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	“Objetivo Geral: Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convidam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens” (p.71).
2013	Livro	Saúde sexual e saúde reprodutiva	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica	“Oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos” (p.10).
2013	Livro	Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais	“Qualificar a atuação dos profissionais da saúde e auxiliar na compreensão dos adolescentes e jovens que vivem com HIV e Aids na sua integralidade” (p.7).

Fonte: Elaboração própria.

Constatou-se que nenhum dos documentos dialoga diretamente com as juventudes. Todas as informações são voltadas a gestores de saúde e/ou profissionais de saúde que atuam na assistência direta e/ou indireta a este público. Observa-se este fato por meio dos objetivos

explicitados no quadro acima que estão direcionados à implantação e/ou implementação de ações, qualificação e fornecimento de orientações para a atuação profissional, sensibilização e mobilização de gestores e profissionais do SUS e materialização de parcerias entre o setor saúde e o setor educação. Portanto, todas as informações contidas neles são voltadas ao manejo da saúde das juventudes pelos profissionais de saúde e não pelas juventudes.

Dentre os documentos analisados apenas um, intitulado “Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens”, traz conceituação de saúde definindo-a como recurso para a vida e não uma finalidade, como trazido pelo campo da Promoção da Saúde:

A saúde não se encerra na ausência de doenças, ele é um processo contínuo de garantia de condições amplas de qualidade de vida, satisfação pessoal e fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem estar físico, psicológico e social, e para o enfrentamento das desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento humano (BRASIL, 2007, p. 13).

Dos sete documentos analisados, dois advindos do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, trataram a saúde do jovem sob a perspectiva de risco e com teor extremamente técnico. São eles: “Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids”, de 2013 e “Saúde na Escola”, de 2009. O primeiro aponta como fatores de risco para a saúde dos jovens alguns comportamentos adotados por eles, além de incluir a idade biológica como um desses fatores de exposição à riscos: “fatores que colocam adolescentes e jovens em maior risco para as DST são a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas” (BRASIL, 2013a, p.12).

O segundo, enfatiza que “a história clínica é o principal instrumento para identificar possíveis fatores de risco e agravos à saúde” (BRASIL, 2009, p.22) e ressalta a importância das avaliações clínicas multidisciplinares periódicas como instrumento de identificação de fatores de risco e promoção de mudanças nos hábitos e atitudes de vida dos jovens:

as avaliações clínicas periódicas multidisciplinares permitem identificar e atuar sobre fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo para redução da morbidade e mortalidade. Além disso, existem boas evidências de que, quando pautadas na integralidade do cuidado e na educação em saúde, avaliações periódicas promovem a adoção de hábitos e atitudes de vida mais saudáveis, por parte, principalmente, do estudante cidadão que está em formação (idem, 2009, p.20).

Trabalhar com risco remete à “identificar associações e eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas, casualmente relacionáveis” (AYRES et al., 2003, p. 127). Ou seja, é de cunho analítico. “Se os órgãos oficiais os veem (os jovens), como risco, as ações, são em geral, compensatórias e mais corretivas” (HORTA; SENA, 2010,

p.482). Devido a este enfoque reducionista, a Promoção da saúde trabalha com o conceito de vulnerabilidade, pois ele “busca universalidade não na reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade ‘trans-regionais’ de sua pragmática” (idem, 2010, p. 127).

Além disso, o risco trabalha com probabilidades, enquanto a vulnerabilidade trabalha com a expressão de potenciais de adoecimento ou não adoecimento de indivíduos perante a certas condições sociais. Logo, em termos de prevenção, observa-se que haverá melhor resposta a partir do momento que os próprios sujeitos afetados forem capazes de aprender a lidar com seus problemas de saúde. Obviamente, a importância do risco e o papel do técnico não podem e não devem ser esvaziados, mas sim reposicionados, complexificando o desenvolvimento e monitoramento de suas estratégias na mediação entre as pessoas e os recursos de saúde (AYRES et al., 2003).

Todos os documentos abordaram, à sua maneira, os Determinantes Sociais da Saúde. Desde aqueles de cunho mais técnico, apenas mencionando a importância de considerar o contexto social em que os jovens estão inseridos: “a abordagem deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada criança e adolescente, assim como seu contexto social e familiar” (BRASIL, 2009, p.44); até aqueles que compreendem o desafio de se operacionalizar a saúde perante a toda a diversidade e diferentes demandas das juventudes brasileiras:

Um grande desafio para os serviços de saúde é o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, e devem contribuir para a sua superação (BRASIL, 2013b, p.67).

Dentre os documentos analisados, somente o documento citado acima, possui conteúdo voltado ao reconhecimento da diversidade da juventude brasileira explicitado por meio de subcapítulos que abarcam: a juventude (população adolescente e jovem), população negra, população LGBT, população indígena, pessoas com deficiência, prostitutas e outras pessoas que exercem prostituição e pessoas em situação de prisão.

Com relação ao estímulo à participação dos jovens nos processos relativos à sua própria saúde, todos os documentos reconhecem essa importância e fazem a abordagem de acordo com a temática a que a produção científica se destina. Entretanto, somente o documento intitulado “Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens” deixa explícito que seu conteúdo foi produzido a partir da interação com o público jovem. Esta colaboração ocorreu durante a Oficina Nacional de Elaboração do Marco Teórico-Referencial

da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens em novembro de 2004, em Brasília. Segue trecho do documento:

as questões, os desafios e as prioridades aqui apresentadas são resultado deste intenso e propositivo debate, que reuniu adolescentes e jovens de grupos organizados de todo o País, representados em sua diversidade de classe, gênero, raça/etnia e orientação sexual, de gestores locais, estaduais e nacionais da área da Educação e da Saúde, de organizações da sociedade civil com atuação no campo da sexualidade e saúde de adolescentes e jovens e de organismos internacionais (BRASIL, 2007, p. 10).

O documento “Saúde na Escola”, apesar da sua abordagem voltada para riscos já citada acima, menciona a necessidade da participação dos jovens na tomada de decisões sobre saúde: “os projetos e atividades relacionados com a comunidade educativa e os riscos do ambiente na saúde (...) deverão apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de ações que contribuam para um ambiente saudável” (BRASIL, 2009, p.17).

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

O presente subcapítulo traz a caracterização dos jovens entrevistados formado por um grupo não homogêneo transversalizado pelas categorias de gênero, de etnia, escolaridade, dentre outras variáveis. É importante trazer essas características antes da apresentação dos resultados, uma vez que as falas a partir de diferentes contextos “ampliam ou restringem as possibilidades desses jovens e definem vulnerabilidades diferenciadas” (CAMARANO *et al.*, 2004, p. 19).

A média de idade dos jovens entrevistados foi de 23,7 anos e 18 deles são naturais da cidade onde a pesquisa ocorreu. Metade deles se autodeclarou da cor branca e a outra metade, negra. Quanto ao gênero, também autodeclarado, todos eram cisgênero com amostra majoritariamente feminina: 13 jovens entrevistadas. Ao serem questionados sobre ocupação ou profissão, 6 dos 20 entrevistados declararam não ter nenhuma das duas. Do total de entrevistados, 4 possuíam Ensino Superior Completo e destes, uma possuía nível de pós-graduação *strictu senso* (Mestrado) configurando a maior escolaridade dos participantes da entrevista. Destes 4, 1 está atuando na área de formação e fazendo curso de pós-graduação na área (nível de especialização). Já o menor grau de escolaridade foi o Ensino Fundamental Incompleto de uma das jovens.

Sobre estar trabalhando no momento da entrevista, 3 dos 20 jovens entrevistados relataram não estar: uma de nível Superior Completo, uma com Ensino Fundamental Incompleto e a outra com Mestrado. Os demais entrevistados, independente do grau de

escolaridade, estão empregados, seja na sua própria área de formação ou em empregos não relacionados à área. Metade dos entrevistados disse não estar estudando atualmente. A outra metade que relatou estar estudando divide-se entre aqueles que já possuem alguma formação profissional e estão fazendo cursos relacionados à área e àqueles que estão cursando o Ensino Médio e/ou fazendo algum curso profissionalizante.

Quanto ao estado civil, 1 dos jovens declarou estar casado. Os demais se declararam solteiros e/ou em união estável. Metade da amostra declarou não ter filhos. A outra metade possui filhos: 8 com um filho cada; 1 com dois e 1 com 3 filhos.

Dos 20 jovens entrevistados, 2 relataram morar sozinhos. Os outros moram com familiares, filhos e/ou companheiros.

7.3 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

A seguir, encontram-se os principais resultados extraídos a partir das falas dos jovens entrevistados e que foram organizados nas seguintes categorias: 1) percepções/concepções sobre saúde e 2) manejo da saúde. Em cada uma destas categorias, foram destacados os núcleos de sentido das falas para melhor exploração dos resultados.

Os resultados foram sintetizados no quadro a seguir e, posteriormente, foram apresentados detalhadamente de forma textual.

Quadro 3 - Quadro sintético das categorias e respectivos núcleos de sentido evidenciados a partir das entrevistas semiestruturadas.

Categorias	Núcleos de Sentido
Percepções/Concepções sobre Saúde	Questões sobre estilo de vida e alimentação saudável (“regras de saúde”); O oposto de não estar doente; Saúde mental.
	Precariedade do serviço de manutenção urbana e de coleta de lixo e saneamento básico; Fácil acesso a serviços essenciais e de saúde.
	Gênero masculino “se cuida” menos que o gênero feminino; Questões hormonais femininas vistas de maneira negativa; Gênero feminino relacionado a uma maior vulnerabilidade social.
	Cor da pele branca relacionada à uma maior incidência de doenças físicas; Privilégios das pessoas com cor da pele branca; Racismo institucional.
	Relacionam o “estar jovem” / “ser jovem” a mais saúde; “Cuidar de si” de maneira mais efetiva por ser jovem; O jovem não gosta de acessar o serviço de saúde.
	Barreiras na compreensão das informações sobre saúde; Maior grau de instrução, maior compreensão das informações sobre saúde;
	Maior grau de instrução, maiores oportunidades profissionais.

	Influência do núcleo familiar: seus hábitos, estilo de vida, saúde mental e cuidados prestados uns aos outros; Priorização da saúde dos filhos e companheiros à sua saúde; Preservação do outro quando doentes - transmissão/contágio.
Manejo da Saúde	Não tem costume de ler e/ou ouvir informações sobre saúde; Acesso à conteúdos sobre saúde por meio da <i>internet</i> e redes sociais; <i>Internet</i> como fonte primária de informações; Jovens que trabalham na área da saúde e/ou possuem colegas da área, preferem buscar informações com eles. Informações de saúde são compreendidas de forma parcial: modo com que as informações são transmitidas/explicadas pelos profissionais de saúde, presencialmente ou virtualmente; Dúvidas sanadas por meio da <i>internet</i> exclusivamente ou combinada com a ida ao serviço de saúde; Auxílio de terceiros, ligados ou não a área da saúde, em caso de dúvidas; Confiabilidade das informações disponíveis na <i>internet</i> .

Fonte: Elaboração própria.

1) Categoria: Percepções/Concepções sobre Saúde

1.1) Dicotomias: a saúde e a doença; o físico e o mental

De acordo com Neves et al (2017), as percepções acerca do tema saúde variam a partir de concepções e contextos históricos e sociais determinados. Diversos povos, ao longo dos anos, estabeleceram relações diferentes com o conceito. Havia a medicina mágico-religiosa que envolvia curandeiros e xamãs responsáveis por anular as forças sobrenaturais que faziam os indivíduos adoecerem. Outros povos entendiam que o desequilíbrio no estado de saúde era fruto de castigo divino diante dos fracassos e erros humanos. Mas foi a medicina grega que iniciou o processo de pensar a saúde como “a expressão do exercício cotidiano da sua existência” (p. 627). Ainda de acordo com os autores, Hipócrates, cunhado como o pai da Medicina, percebia a saúde como resultado de fatores naturais relacionados ao modo de vida e as doenças eram decorrentes do trabalho que as pessoas exerciam, do local onde moravam, da água que bebiam e do alimento que consumiam.

As percepções e concepções que os jovens entrevistados têm sobre o conceito de saúde destacaram principalmente questões sobre estilo de vida, alimentação saudável, saúde física e saúde mental. Embora algumas das falas fizessem referência à qualidade de vida, nenhuma abrangeu, de forma espontânea, os DSS. No exemplo da fala a seguir, há também menção ao acesso à saúde:

Ah, eu acho que saúde é a gente ‘tá’ (pausa) bem, né? Não necessariamente fisicamente, mas biologicamente, né? A gente se alimentar bem, a gente fazer nossos exames de rotina (...) tudo começa da alimentação, exercício físico, mental também, né? Tudo muito importante. Então, é você ‘tá’ bem relacionado com você mesmo e

com as coisas ao seu redor, né? (E6, feminino, branca)

O “cuidar de si” esteve presente em uma das falas:

A gente sempre precisa de saúde, mas a gente nunca parou para pensar... saúde eu acho que é a pessoa cuidar de você mesma. É... É cuidar do seu corpo, cuidar da sua mente, cuidar de tudo o que é seu ‘pra’ deixar... Ter uma qualidade de vida boa. Acho que isso que pode significar ter saúde (E20, masculino, preta).

Alguns dos entrevistados se referiram à saúde como o oposto de não estar doente, de não ter nenhuma condição física que os impedissem de realizar suas atividades de vida ou à algo estritamente ligado à questões físicas: “*Saúde?* (rindo) *Saúde para mim é não ter nenhum ‘pobrema’, né? De saúde, ‘sas’ coisa assim. Não ‘tá’ doente nem nada.*” (E16, feminino, preta); “*Ah, saúde... É não ‘tá’ sentindo nada* (rindo). *Nada que impeça de trabalhar, né?*” (E3, masculino, branca).

Seguindo este mesmo raciocínio, alguns dos jovens responderam que não se consideravam saudáveis, focando em aspectos da saúde física: “*Não, porque eu já tive que operar vesícula, tenho cristais no rins, então assim, a minha saúde é um pouco questionável*” (E15, feminino, branca); “*Mais ou menos* (rindo) *Porque, sei lá... por causa de alguns ‘pobrema’ que eu tenho às vezes...*” (E16, feminino, preta). Outros, responderam que se consideravam saudáveis, pois diziam cumprir as “regras” impostas pelo sistema de saúde: “*Ah, sim! Sim!* (rindo). *Ah, porque... tô sempre me alimentando bem. Sou sempre ativa. Mesmo eu gripada ou não, ‘tô’ sempre ativa.*” (E11, feminino, parda); “*Sim. Ah, eu me alimento bem, faço exercício físico, então eu acho que tô ali dentro do certo* (rindo).” (E12, feminino, branca).

Ao serem questionados sobre a manutenção e a obtenção de saúde, as falas majoritariamente se referiram à alimentação: “*Então, manter essas regras, né? Ir se alimentando... uma boa alimentação em casa com todo mundo, né? Pra ninguém sair das regras. Pra não fazer mal a saúde de ninguém.*” (E10, feminino, branca);

Hummm (pensando) *Talvez... Não sei... Hummm* (pausa longa) *Talvez melhorar ainda mais a minha alimentação? Minha alimentação no geral é boa, né? Mas sempre tem dia que a gente come umas besteiras, final de semana* (rindo). *Acho que talvez seja isso* (E12, feminino, branca).

Essas concepções de saúde trazidas pelas falas, tanto a da dicotomia saúde-doença, quanto a do modelo prescritor das “regras de saúde”, advém do modelo biomédico, pautado na função biológica do ser humano e no conceito do que é normal estatisticamente. A principal crítica a essa concepção é a de que ele exclui os aspectos relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças e da qualidade de vida, inclusive em níveis coletivos (DEGANI;

CAMELO, 2009).

Outros jovens incluíram em suas percepções a saúde mental, para além da saúde física, quando questionados se consideravam-se com saúde: *“Mais ou menos. Porque é mais... Não muito pelo físico, mas mais pelo mental mesmo. Por ser muito ansiosa, não sei...”* (E14, feminino, branca);

(...) Eu tenho depressão e ansiedade. Vou começar a tratar isso agora, né? E... eu acho que é isso. O resto pelo menos está tudo bem com a saúde. Fui ‘no’ médico, fiz todos os exames, deu tudo bem, entendeu? Mas tem a questão emocional, né? Minha saúde mental é um caco (E13, feminino, preta).

Com foco na manutenção e obtenção de saúde, outros entrevistados seguiram destacando pontos da saúde mental:

Olha (pausa) parar e pensar um pouco. A minha cabeça ‘tá’ mais focada na saúde mental (rindo) Acho que eu me preocupo mais com isso, saúde mental. A parte física, assim, é até importante, mas (pausa) na... na... no que se diz a saúde mental, eu acho que sempre você parar e pensar e refletir um pouco te faz encontrar um caminho certo ‘pra’ que seja mais saudável, digamos assim (E2, masculino, branca).

Ah, eu acho que mais para eu perceber mais o que eu... Como eu disse, eu percebo mais as questões psicológicas que me afetam mais. Então acho que procurar ajuda nesse quesito, né? Perceber o que você sente, onde você sente... é... mais brechas para se sentir mal e procurar ajuda nesses quesitos (E14, feminino, branca).

Essa preocupação com a saúde mental expressada pelos jovens nas falas acima tem correlação com a fase de vida que eles estão vivenciando. A juventude se expressa por um momento de incertezas sobre o futuro. Há o encerramento de ciclos e início de outros. *“É um momento crucial do desenvolvimento em que o sujeito entrará em contato com os próprios recursos para lidar com frustrações, decepções, conquistas, incertezas e escolhas”*. Diante disso, sintomas como ansiedade e depressão podem ser desencadeados (PENSO; SENA, 2020, p. 71).

Entretanto, além de ser um fato associado ao momento de vida do indivíduo, há de se considerar as interferências externas e o contexto mundial que estamos vivendo. Há diversos estudos que demonstram o impacto da pandemia de novo coronavírus na saúde mental da população em geral. Porém, os jovens compõem um dos grupos que sofre maior impacto (TESSARO, 2021).

Para demonstrar o nível desses impactos, o autor menciona em seu artigo um estudo realizado em 2020 pelo Conajuve envolvendo 33.688 jovens das cinco regiões do Brasil. Os participantes da pesquisa, principalmente a população feminina, sinalizaram vivências de sobrecarga e ansiedade durante a pandemia. Dentre os outros resultados, destacaram-se: 75% tinham medo de perder um familiar, 27% medo de perder a vida, 22% medo de perder algum

amigo e 20% medo de ter alguma dificuldade emocional (ansiedade, pânico ou estresse).

Em 2021, o Conajuve realizou a segunda edição da pesquisa. Desta vez, a amostra foi de 68.114 jovens de 15 a 29 anos de todo o território nacional. A distribuição de participação por faixa etária foi da seguinte forma: 15 a 17 anos (21%), 18 a 24 anos (48%) e 25 a 29 anos (31%). Os resultados relacionados à saúde foram:

Mais de um ano após o início da pandemia, 6 a cada 10 jovens relatam ansiedade e uso exagerado de redes sociais; 5 a cada 10 sentem exaustão ou cansaço constante; e 4 a cada 10 têm insônia ou tiveram distúrbios de peso. Todas essas situações são ainda mais relatadas entre mulheres. E a idade parece mudar a percepção sobre questões de saúde: quanto mais velhos mais apontam múltiplos impactos em seu estado físico e emocional; quando mais novos, mais indicam brigas frequentes dentro de casa (CONJUVE, 2021).

Com relação aos sentimentos de futuro para a saúde, os jovens trouxeram uma perspectiva negativa: 5 a cada 10 jovens estão inseguros ou chateados em relação à saúde, sendo que estes sentimentos ruins são mais frequentes em mulheres. Ainda no quesito saúde, a pesquisa concluiu que é necessário garantir o acesso a serviços dos jovens, seja por meio da saúde pública e/ou das escolas, a serviços psicológicos especializados para fornecer apoio e tratamento (idem, 2021).

1.2) Potencialidades e Fragilidades do Local de Moradia

Das poucas falas que revelaram ter relação entre saúde e o local de moradia, surgiram perspectivas de potencialidades e de fragilidades do território. As falas seguintes pontuam as fragilidades do Estado no que diz respeito à precariedade do serviço de manutenção urbana e de coleta de lixo e saneamento básico que responda às demandas da população: *“Tem uma relação ruim, porque lá tem muito barro, né? Aí, às vezes, quando tá muito quente assim, passa carro e levanta poeira e cai, ‘dá’ segura e aí não é legal”* (E5, masculino, parda);

Tem. É, então, eu acredito que, por exemplo, essa coisa da higiene, né? Se o povo... Igual ali onde eu moro, tem... o povo sempre tem implicância com a lixeira. Aí taca fogo na lixeira. Pronto. Acaba comigo por completo: rinite, sinusite, tudo ataca. Eu sou muito alérgica. Fora que... às vezes o povo não coloca ali a coisa do lixo decentemente, aí o cachorro vai, rasga, espalha, dá rato, dá isso, dá aquilo... entendeu? (E1, feminino, parda)

Já as potencialidades relatadas foram aquelas relacionadas ao fácil acesso a serviços essenciais e de saúde:

O local onde eu vivo, por ser um local de fácil acesso, as coisas são ‘pertos’, os postos são ‘pertos’, mercado é perto. É tudo muito perto. Cé tem a UPA ali pertinho. Então assim eu acho que... pra... é... Influencia muito essa parte. Eu tenho fácil acesso a tudo ‘aonde’ eu moro. (E6, feminino, branca)

A crítica ao modelo biomédico, trazida pela Promoção da Saúde e pelo modelo de Determinantes Sociais da Saúde, suscita a necessidade de pensar na construção de políticas e de espaços saudáveis. “O desenvolvimento local integrado e sustentável seria o instrumento de Promoção da Saúde (...) trazendo a construtibilidade de ambientes promotores de saúde das populações” (COHEN et al., 2007, p. 196).

1.3) As Imposições Sociais do Gênero

Quanto à relação entre gênero e saúde, quatro dos entrevistados afirmaram ter relação entre os dois. Relataram que o homem se cuida menos do que a mulher, sendo esta a resposta mais recorrente dentro desse contexto: “*Acho que homem se cuida menos do que as mulheres.*” (E2, masculino, branca); “*Eu acho que tem (rindo) A gente não liga muito não! (rindo).*” (E4, masculino, branca)

Estas falas corroboram com estudos que tiveram como resultado uma menor adesão dos homens aos serviços de saúde. Carneiro et al (2019) mencionam a influência das variáveis culturais que envolvem essa adesão. A categoria gênero traz consigo uma construção social das diferenças sexuais e é pautada em vivências do dia a dia, onde homens e mulheres adotam determinados estilos de vida que pensam ser adequados e aceitos socialmente. Em seu estudo, os autores revelam que 94,53% dos homens que responderam ao questionário disseram que as mulheres se preocupam e procuram mais o serviço de saúde comparadas a eles. As justificativas perpassam desde questões atreladas a falas machistas e preconceituosas, trazendo uma visão de que pessoas do gênero feminino são mais frágeis e vulneráveis, concepções atreladas à construção social citada anteriormente, até falas relacionadas ao cuidado, por considerarem as pessoas do gênero feminino mais cuidadosas. Vale ressaltar que o estudo não explorou e/ou buscou compreender o conceito de cuidado ao qual os entrevistados se referiam.

Surgiram respostas relacionando a saúde ao gênero feminino negativamente, numa perspectiva mais voltada ao sexo biológico do que de gênero propriamente dito, onde os hormônios foram vistos como fatores negativos para a saúde da mulher: “*Sim, eu sempre tive problema com hormônio. Por eu ser mulher... assim... mulher, eu senti bastante. Geralmente, a maioria dos problemas que eu tenho é devido aos hormônios*” (E9, feminino, preta).

Na fala a seguir, a entrevistada foca na questão do uso de anticoncepcional:

Tem. Tem sim. Eu acho que é principalmente pela questão hormonal. Tava até conversando (...) sobre a questão do anticoncepcional, que para mim é uma luta, porque ou eu tomo ou tomo porque tem que tomar remédio e eu tenho problema de pele, então se eu não tomo, minha pele fica muito ruim. Mas se eu tomo também me dá um monte de coisas, Eu fico com dor de cabeça, eu não sei o que... Aí eu fico nessa

guerra do anticoncepcional, não tomo, não tomo. Então, eu acho que afeta (E17, feminino, branca).

Uma das falas trouxe o gênero feminino relacionado a uma maior vulnerabilidade social devido à exposição a abusos e assédios de diversas naturezas, na concepção da entrevistada, que mencionou já ter passado por episódios de abuso na infância:

Sim, eu acho que tipo assim, né pra falar não, mas acho que ser mulher no mundo que a gente vive hoje é muito mais difícil. É assédio, é abuso, é todo tipo de violência que a mulher sofre. Então acho que a mulher, querendo ou não, acaba ficando mais fragilizada. Eu passei por tudo isso na minha infância. E hoje eu vejo que isso tem um reflexo muito maior sobre a minha saúde mental (voz embargada) (E13, feminino, preta).

A violência relatada pela jovem entrevistada é um fenômeno universal e está presente em diversas culturas e sociedades. Estima-se que um terço das mulheres já sofreu algum tipo de violência ao longo da vida e, comumente, ela é praticada por alguém pertencente ao círculo social da mulher o que tende a reduzir o número de denúncias. São inúmeros os efeitos causados pela violência contra a mulher, independente de idade ou classe social, desde sequelas físicas e traumas a consequências de ordem psicológica (CRUZ; IRFFI, 2019).

No contexto das violências, a orientação sexual, além do gênero, é alvo das mais diversas discriminações. As questões relacionadas à orientação sexual não foram trazidas a partir do roteiro da entrevista e nem mencionada pelos jovens, evidenciando uma fragilidade do presente estudo.

1.4) Cor, Saúde e Privilégio

A cor da pele foi o fator seguinte a ser abordado com os entrevistados. Novamente, a maioria dos jovens considerou não haver relação com a saúde deles. Duas das entrevistadas relacionaram suas cores de pele à uma maior incidência de doenças físicas e, uma delas, relacionou a cor ao “estereótipo do corpo preto que tudo aguenta” (NEVES; HECKERT, 2021, p. 157) ao dizer que as pessoas com a cor de pele branca são mais frágeis do que as de pele da cor preta: “*Eu tenho praticamente certeza que nós brancos, nós temos muito mais tendência a ter doença. Acho que... É que nós somos mais frágeis, mais fracos pra esse tipo de coisa*” (E15, feminino, branca); “*Então, já ouvi falar que as pessoas com o tom de pele mais pra negro, né? A gente tem pressão alta, sempre. E realmente eu tô com pressão alta. (risos) Minha mãe tem, meu pai tem, é difícil*” (E1, feminino, parda).

Outras falas pontuaram aspectos relacionados a privilégios. Segundo os jovens, as

peças com pele da cor branca têm mais privilégios em relação às peças não brancas. O Entrevistado 2, do gênero masculino, cor da pele branca, pontuou sobre os privilégios da cor da sua pele e a interferência disso coletivamente. Ao mesmo tempo em que ele percebe que é privilegiado por ser branco, ele não enxerga que é esse privilégio que o faz dizer que sua saúde não é afetada: “(pausa longa para pensar) *Olha... Eu acho que... Sei lá... Pode ter até certos privilégios, né? Mas a minha saúde em si não afeta. De um modo geral, afeta. Mas particularmente, não*” (E2, masculino, branca).

Segundo Quadros et al. (2020) o racismo vivenciado em nosso país permite que peças brancas ocupem postos mais altos dentro da hierarquia social, independentemente de suas condições socioeconômicas ou outros privilégios, conforme explicitado na fala a seguir:

(...) mas assim, pelo fato da gente ter... da gente ser branco, né? A gente acaba tendo emprego mais fácil, a gente tem dinheiro, a gente tem dinheiro pra pagar um médico. A gente não necessariamente precisa ir no público. A gente tem como ter um plano de saúde. Então eu acho que engloba tudo isso. Acho que a cor influencia demais (E6, feminino, branca).

A população negra sofre desvantagens e injustiças desde a época da colonização do Brasil por ser considerada uma raça inferior. Desta forma, os negros seguem lutando pela conquista de seu espaço na sociedade almejando não sofrer violências e/ou preconceitos. Essa busca por igualdade racial no âmbito da saúde é traduzida pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que tem como principal objetivo tornar o atendimento igualitário, maior e melhor com priorização das desigualdades étnico-raciais (QUADROS, et al, 2020).

A fala da Entrevista 6 (feminino, branca) aprofunda mais a discussão sobre atendimento à população negra, revelando o racismo institucional presente em nosso país:

Eu acho que sim (tom de voz pensativo). Com certeza (rindo). Eu acho que... Eu acho que... É muito discutido hoje em dia, né? Essa questão. E eu acho que a gente tem um privilégio muito, muito alto, né? A gente chega num local, a gente é muito melhor atendida. A gente recebe muito mais atenção. Quando a gente tem uma queixa a fazer de alguma coisa que a gente tá sentindo eles levam mais a sério, né?

O racismo institucional impacta não só no modo como as peças são atendidas, mas também no acesso aos bens e serviços, limitando o cuidado da população negra. “Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde”. As disparidades entre o atendimento à população branca e negra apontam para altas taxas de mortalidade materna e infantil e maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas (QUADROS, et al. 2020, p.81.488).

Além disso, o racismo traz inúmeras consequências psicológicas. Dados de estudos

psicológicos e sociológicos, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), referem que pessoas que sofrem racismo têm maior chance de apresentar problemas mentais ou sofrer por agravos pré-existentes. Esse sofrimento psíquico atravessa populações negras de diferentes classes sociais e produz sentimentos de inferioridade, culpabilização e inadequação (IGNÁCIO, 2019). Em consonância com estes fatos, a Entrevistada 13 (feminino, preta) trouxe experiências pessoais que lhe causaram constrangimento:

(...) em São Paulo, qualquer estabelecimento que você vai sempre tem um segurança atrás de você. E a maioria das vezes o segurança é mais escuro que você e ele vai te seguindo até ele ver que tu vai pro caixa pagar. Já passei muito por isso, muito constrangimento com isso. (...) Devia ter mais respeito. É isso. Eu acho que tipo assim, você passa um constrangimento porque ninguém é seguido. Você... e todo mundo fica te olhando como se você realmente fosse cometer alguma coisa. Então é isso que meio que te deixa exposta e você não tem muito que fazer.

Constata-se, portanto, o racismo como um Determinante Social da Saúde, uma vez que os processos de saúde e doença se manifestam a partir das condições sociais de existência que, no caso da raça, são atravessadas por processos históricos, culturais e institucionais que acentuam as iniquidades e os colocam em posição de desvantagem e vulnerabilidade (SILVA, 2022).

1.5) O "Ser/Estar" Jovem, o Acesso e a Participação na Saúde

Metade dos jovens não considera haver relação entre idade e saúde. Aqueles que percebem alguma relação associaram o “estar jovem” / “ser jovem” a mais saúde e afirmaram que, com o passar dos anos, ao envelhecerem, surgirão problemas de saúde: “*Creio que por eu ser mais jovem, eu sou mais saudável.*” (E18, masculino, parda); “*Quando eu for ficando mais velho é capaz de vir os ‘pobrema’(rindo).*” (E4, masculino, branca); “*Ah, tem, porque ‘mar’ novo, né? É... A pessoa tá ‘mar’ preparada fisicamente, né? Agora a pessoa quando tá mais de idade assim começa a dar um ‘pobrema’ se não cuidar*” (E5, masculino, parda).

As falas apresentadas carregam o mito de que a juventude é a “fase” ideal da vida, pois é nessa época que as pessoas têm mais plenitude, vigor, determinação, impulso e vontade de viver. Em contrapartida, sabe-se que o envelhecimento é um dos maiores desafios do ser humano, porque é permeado por mudanças significativas no cenário de vida. Para alguns, envelhecer significa um momento de ameaça, pois se caracteriza pelo aparecimento de doenças e/ou demências, limitações físicas, perdas sensoriais. Todos estes aspectos citados reforçam as crenças dos jovens, provocando uma deturpação que confere ao tema envelhecer um significado estritamente negativo (ZANATTA et al., 2021)

Por esse mesmo prisma, associa-se a juventude à beleza e “no mundo das aparências, na era *fitness* que se vive atualmente, entende-se que o corpo envelhecido, conforme a idade, perde o seu significado e o seu valor” (idem, p.190). A fala a seguir, embora contraditória, expressa essa interpretação impregnada pelo mito da juventude: “*Não* (não considera haver relação entre saúde e idade), *eu sou muito bem resolvida com minha idade, por enquanto. O negócio é quando chegar nos 30* (rindo)” (E13, feminino, preta).

Uma das entrevistadas relacionou a idade ao cuidar de si de maneira mais efetiva justamente por ser jovem: “(...) *quando a gente é mais jovem, a gente procura mais esse tipo de coisa. A gente procura mais se exercitar, se alimentar melhor. A gente se preocupa muito mais com a nossa saúde*” (E6, feminino, branca). Esta fala se opõe aos achados de (FUENTES, 2010) que, em sua investigação, questionou sobre o “cuidar de si” na juventude e na velhice. Os entrevistados entendem que o jovem se cuida menos, pois não planeja previamente suas ações, age impulsivamente e só pensa no momento presente. “Não há uma organização de vida, um cuidado com atividades programadas e necessárias para promoção de saúde a longo prazo. O jovem de um modo geral procura satisfazer seu desejo de imediato” (idem, p.55).

Além disso, a fala traz um cuidar de si dentro das regras sanitárias, dentro de uma doutrina estabelecida. De acordo com Bub et al. (2006, p. 154) “o cuidado de si se opõe a qualquer tipo de sujeição”. Ele é fruto daquilo que consideramos como verdadeiro e não como fruto daquilo que se coloca como verdadeiro. “O sujeito de ‘cuidado de si mesmo’ deve tornar-se sujeito de verdade. É a partir dessa noção de sujeito, como alguém que exerce uma técnica de cuidado de si, que se opõe a qualquer tipo de sujeição”.

Por outro lado, a Entrevistada 14 (feminino, branca) afirmou o contrário. Disse que há uma relação ruim entre a idade dela e saúde ao afirmar que o jovem não gosta de acessar o serviço de saúde: “(...) *o jovem não gosta muito de médico, não gosta de ir ‘no’ psicólogo* (rindo). (...) *Eu acho que é mais ruim do que boa* (a relação) (rindo).”

A compreensão desta fala perpassa, por exemplo, a procura e o acesso dos jovens aos serviços de saúde. O acesso, que se constitui como um componente do sistema de saúde, depende de características geográficas e organizacionais que irão facilitar e/ou dificultar a procura e a entrada das pessoas no serviço de saúde. No caso dos jovens, de uma forma geral, as principais barreiras enfrentadas residem na localização geográfica dos serviços, falta de transporte público para chegar aos locais, dificuldade de acolhimento por parte dos profissionais, além da preocupação sobre a confidencialidade e desconforto no compartilhamento de informações com os profissionais de saúde (MARTINS et al., 2019), como destacado na fala a seguir:

Então, posso ser sincera? Ah, nem... nem sei porque eu venho aqui, né? Porque... quando vem, eles contam as coisas que a gente acontece pra todo mundo. Eu acho que... o posto, é tipo assim, eu vim conversar com a médica, eu acho que não pode sair dali... né? Então nem venho muito aqui (Entrevistada 11, feminino, parda).

Araujo e Muñoz (2020), em pesquisa que objetivou conhecer e analisar a experiência de jovens e adolescentes que participam de um projeto de promoção da saúde, voltado ao público jovem e adolescente, obtiveram como resultado unânime que o acesso dos jovens às unidades de saúde só ocorria em casos específicos, gripe e vacinação, por exemplo. Isto pode ser explicado, segundo as autoras, pelo entendimento incompleto das questões referentes à juventude e ao sentimento de pouco acolhimento na relação com os profissionais de saúde, já citado pelos outros autores acima.

No caso dos entrevistados desta pesquisa, quando indagados se vão a outras unidades de saúde e qual a relação deles com estes outros serviços, quase a metade deles relatou que tem uma relação boa, apesar de ainda só frequentarem quando precisam de algum tratamento específico: *“Só quando... Só quando eu preciso mesmo (rindo) Mas o atendimento é excelente!”* (E3, masculino, branca);

‘Vô’... Eu vou, vou muito ali no pronto socorro, quando tinha minhas crises, sempre ali... Pra poder passar e me dar medicação, entendeu? Não é tão bom, entendeu? Aqui eu acho que é o melhor serviço, assim. Dão mais uma atenção, tanto na parte física como na parte emocional (E13, feminino, preta).

Ao serem questionados se o tema da saúde é abordado em outro local, que não a unidade de saúde, apenas quatro jovens responderam que sim: dois deles disseram que o tema é abordado nas academias de ginástica e os outros dois, na escola. Este último, de acordo com Faial et al (2016, p. 23) “representa um local promissor para a prática das ações de saúde”. É nele que o jovem passa maior parte do tempo, facilitando os vínculos, socialização e troca de experiências.

Na aproximação do discente, este é capaz de estimular a prática da cidadania, o despertar para a responsabilidade social e a participação do sujeito como coautor do seu próprio processo de saúde. A exploração do espaço educacional parece ser o caminho para o desenvolvimento de ações de saúde efetivas conforme os anseios e expectativas do público juvenil (idem, p.23).

Se já participaram ou participam de algum grupo, movimento ou fórum onde o tema da saúde é abordado, apenas a Entrevistada 13 (feminino, preta) respondeu que sim, quando morava na cidade de São Paulo, ela participava de um grupo de apoio à saúde mental. Este resultado revela-se preocupante, uma vez que

para conquistarmos a participação de jovens nas instituições, precisamos constituir espaços que fomentem formas singulares de posicionamento no coletivo. Acreditamos ser importante a oferta de uma variedade de possibilidades para que cada um possa

conquistar certo protagonismo ao falar de suas vivências para o outro e de tocar em temas que importem para o público jovem e adolescente, transformando a experiência pessoal em produção de conhecimento (ARAUJO; MUÑOZ, 2020, p.13).

As autoras ressaltam ainda que, para a efetivação da participação juvenil, é necessário que sejam construídos espaços onde os profissionais de saúde, além de oferecerem informações sobre saúde, direitos, oficinas temáticas, eventos culturais, entre outros, mantenham diálogo aberto e estejam preparados para o compartilhamento de experiências pelos próprios jovens. Ou seja, desenvolver potencialidades requer que os jovens participem e se envolvam no planejamento das políticas públicas voltadas a eles, “favorecendo e garantindo espaços de expressão da juventude” (idem, 2020, p. 3), no sentido de reorientar as práticas de saúde convencionais.

1.6) Escolaridade, Compreensão e Oportunidades

As falas sobre escolaridade e saúde trouxeram várias perspectivas diferentes: a primeira delas está ligada ao entendimento das informações de saúde que são passadas pelos profissionais aos usuários do serviço de saúde:

(...) Igual, eu vejo isso na minha família. A minha mãe não consegue entender muito bem como funciona o sistema, né? E eu já consigo entender melhor porque são palavras realmente mais difíceis. E às vezes... é, o profissional da saúde não sabe traduzir aquilo para uma linguagem tão fácil, então eu acho que influencia (E17, feminino, branca).

De acordo com Paasche-Orlow e Wolf (2007), pesquisas realizadas pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos e pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde sugerem que, quando os profissionais de saúde utilizam uma linguagem difícil para se comunicarem com os usuários do serviço de saúde, criam barreiras de comunicação que acarretam em dificuldades no entendimento dos diagnósticos, uso de medicações e recomendações para a prevenção de doenças. Há também interferência negativa quanto ao consentimento informado e questionamentos sobre estado de saúde e opções de tratamento.

Nessa mesma perspectiva do entendimento, o Entrevistado 2 (masculino, branca), que possui nível superior completo e está cursando atualmente Licenciatura em Matemática, pontuou a correlação entre grau de escolaridade e esclarecimento, afirmando que quanto mais dedicação aos estudos o indivíduo tem, mais alto é seu nível de esclarecimento:

(...) Digamos assim... (pausa) Quanto mais a pessoa se dedica (ao estudo), ela fica mais esclarecida, né? E no caso meu, em particular, eu sei que eu teria que me cuidar um pouco mais em relação a exame, check up, digamos assim, de modo geral. Mas não me cuido (rindo) Então... (pausa) Sei lá, acho que nessa parte eu perco.

Mas essa relação, conforme relatado por ele, não se mostra suficiente para, de fato, fazer com que a pessoa zele mais pela sua própria saúde. Essa resposta corrobora com Nutbeam (2000) que pontua que altos níveis de alfabetização, no que diz respeito à escolaridade, capacidade de leitura e escrita, não são garantia de que o indivíduo terá uma melhor resposta com relação à educação e comunicação em saúde.

Já a Entrevistada 13 (feminino, preta) trouxe de forma mais abrangente a relação da escolaridade com a saúde, destacando a empregabilidade e, conseqüentemente, a realização pessoal e profissional:

Influencia, porque tipo assim, ninguém quer ficar desempregado, ninguém quer ter um péssimo emprego, todo mundo quer ter um bom emprego pra ter uma vida boa. E quando você não consegue isso, parece que isso te frustra. É porque eu não tem escolaridade, entendeu? Tudo para mim vai ser mais difícil. Eu vou ter que batalhar muito mais do que as pessoas que estudou.

Ela prossegue a fala trazendo as dificuldades de sua trajetória de vida, incluindo a falta de oportunidade para concluir o estudo formal, utilismo de membros da família e subemprego. Isto demonstra que para determinados jovens, não há mais escolhas ou projetos pessoais. De acordo com Magalhães (2021) há determinações que por questões de sobrevivência e perspectivas de inserção no mercado de trabalho, são impostas a algumas classes sociais. Vê-se que não há oportunidade igual para todos, “a trajetória do jovem é condicionada pelos dispositivos presentes na sociedade que determinam suas possibilidades” (LOPES; LEHFELD, 2019, p. 503).

(...) Eu não estudei porque eu não quis, porque não me deram oportunidade. Meu pai e minha mãe, eles viviam se mudando e meu pai nunca parou em lugar nenhum.... Sempre foi... Meu pai, na verdade, é um alcoólatra, né? Alcoólatra nunca assume que é alcoólatra. Então, ele sempre me tirava da escola. Eu repeti a segunda série. Segunda série não. Repeti a quinta série duas vezes (E13, feminino, preta).

Há ainda a diferença da duração da juventude entre as classes sociais mais privilegiadas e menos privilegiadas. Enquanto a primeira tende a estender essa vivência, a segunda é “encurtada pelas necessidades de que os jovens assumam o trabalho além da família, com a chegada dos filhos, marcadores da vida adulta” (HORTA; SENA, 2010, p.480)

Então, tipo, chegou na maioridade, eu falei assim: como que eu vou estudar, se eu tenho um filho para cuidar, entendeu? Então eu tive que trabalhar, empregada doméstica, de babá. Então, isso não é a profissão que eu queria, entendeu? (E13, feminino, preta).

Por fim, depois de relatar ter sofrido as conseqüências psicológicas desse processo, ela diz conformar-se com a situação e entende que está inserida em um sistema que não depende somente do indivíduo ter vontade para alcançar seus objetivos:

(...) Eu fiquei correndo atrás de emprego desesperadamente e não consegui... Comecei a entrar em depressão de novo. E quer saber? Ao invés de ficar preocupada, estressada com isso e ficar doente, é melhor deixar de mão. Não tem o que fazer. Não depende só de mim, depende de outra pessoa que quer me contratar (E13, feminino, preta).

Algumas das jovens entrevistadas que dedicam seus estudos na área da saúde interpretaram a pergunta de outra forma. Uma delas destacou a relação entre escolaridade e saúde com o aspecto do envolvimento e do conhecimento trazido pelo estudo da temática: “*Tem. Porque... Por conta de ser também da área da saúde, né? A gente acaba percebendo mais, né? E ficando mais por dentro desse assunto de saúde*” (E14, feminino, branca). Já a fala da outra jovem foi atrelada às abordagens transmissionistas-normativas hegemônicas que se centram na transmissão de conhecimento como uma norma a ser seguida pelos indivíduos. Essas abordagens interferem na emancipação, empoderamento e desenvolvimento de habilidades e competências das pessoas frente à sua saúde (PERES et al., 2021). A entrevistada também entende que o profissional tem de ser exemplo para os usuários do serviço de saúde:

Sim, com certeza! Ainda mais pelo curso, né? (sorrindo) Influencia demais da conta na saúde. A gente procura sempre ser o melhor. Porque quando a gente trabalha... é... estuda e vai trabalhar na parte da saúde, a gente tem que ser um exemplo para aquela pessoa. Então como a gente vai lidar com pacientes, a gente tem que ser um exemplo pra eles, pra eles verem que é sério... que a gente tem que fazer. Se a gente manda fazer e não faz. Não é justo, né? (E6, feminino, branca).

1.7) Família, Saúde e Juventudes

Ao serem questionados sobre a relação entre a saúde deles com a saúde de outras pessoas, os jovens que consideraram haver relação trouxeram falas, principalmente, ligadas ao núcleo familiar, seus hábitos, estilo de vida e cuidados prestados uns aos outros:

Acho que sim (pausa) Acho que dentro de casa, né? Quando a gente, né? Acho que... é tudo. Se eu me alimento bem, as outras pessoas vão se alimentar bem. E tem a questão da pessoa que faz. É tipo o chefe da casa. Aquela pessoa se cuida, ela cuida dos outros, ela se cuida e ela cuida das outras pessoas. No caso lá em casa sou eu. Sou eu que faço a comida. Então, se eu faço uma alimentação boa, todo mundo vai se alimentar bem. Eu sou mãezona. Quando vejo alguém doente, já falo: ih ó, tem que ir ‘no’ médico. Então, eu acho que sim (E6, feminino, branca).

(...) porque igual, eu e a La (se referindo a esposa) a gente come da ‘merma’... da ‘merma’ coisa, entendeu? Ai o legu... Legume lá, raramente come. Ela ainda come ainda, mas eu... É... É mais difícil eu fazer um prato pra ela e um pra mim, né? Ai o que ela come, eu como. O que eu como, ela come. Acho que tem alguma relação, sim (E4, masculino, branca).

Os jovens que possuem companheiros e/ou filhos priorizam a saúde dos familiares à saúde deles próprios. Alguns jovens deixaram claro que não utilizam o posto de saúde com

frequência para se consultarem, mas que levam filhos e/ou companheiros à unidade, demonstrando o cuidado que eles possuem com seus familiares: “*Eu venho trazer minha filha também, minha família toda. Desde muito tempo já*” (E16, feminino, preta); “*Se eu fui, foi poucas vezes para resolver coisa da minha esposa, porque por mim mesmo... É que raramente eu fico doente, muito difícil*” (E18, masculino, parda);

Assim, a minha eu meio que eu dou um descaso, mas em relação à minha esposa e a minha filha eu já fico mais atento, já procuro prestar mais atenção se tem algo relacionado ao que eu li, entendeu? Eu busco observar melhor (E18, masculino, parda).

Quando extrapolado o núcleo familiar, a relação da saúde física foi destacada, dando ênfase para os casos de doenças contagiosas e aspectos biológicos, conforme falas a seguir:

É, eu acho que é... porque tipo assim, se eu ‘tiver’... um exemplo da gripe. Se eu ‘tiver’ gripado e eu ‘tiver’ conversando com você e espirrar, alguma coisa assim, ‘tivendo’ muito contato, você também vai ficar infectada, entendeu? (E5, masculino, parda)

Olha, tem um pouquinho, né? (rindo) Tem. Tipo assim, se acaso tiver doente, eu não costumo ficar perto pra não prejudicar a saúde da outra pessoa (E10, feminino, branca).

Outros jovens destacaram a relação trazendo aspectos ligados à saúde mental e até o reflexo dessa relação na condução do autocuidado: “*Sim, principalmente família, que quando é alguém próximo da gente que está mal, a gente acaba ficando mal também*” (E14, feminino, branca);

Porque eu acho que... até a saúde mental tem muito a ver com as pessoas que estão perto da gente, né? Preocupações também. Eu acho que uma coisa vai levando a outra, né? Então, se você não tá bem na mente, aí de repente você começa a ficar doente também. Então acho que vira tudo um caos (rindo). E é o contrário também, né, que eu acho que está todo mundo bem, está tudo em harmonia, você consegue se cuidar melhor também, né? (E17, feminino, branca).

Interessante notar que estes resultados contrariam o exposto por Dayrell (2003) em seu artigo que discorre sobre a juventude como ser social, onde apresentou alguns autores que salientaram que as novas gerações de jovens estariam retirando a família do protagonismo central de orientação e de valores, pelo fato de estarem vivendo um momento de crise, conflitos com a auto-estima e/ou personalidade. No caso dos jovens entrevistados, a menção à família (aquela composta por pais, irmãos e demais membros) e a família construída por eles (filhos, companheiros e companheiras) esteve presente em vários momentos da entrevista não com sentido de distanciamento, mas de conexão entre os membros.

2) Categoria: Manejo da Saúde

2.1) A *Internet* como Principal Fonte de Informações

A maioria dos entrevistados referiu não ter o costume de ler e/ou ouvir informações sobre saúde. Este resultado divergiu de um estudo feito em Portugal com 51 jovens de 17 a 25 anos que quando questionados se costumam ler sobre saúde, quase metade deles respondeu que sim (47%), 43,5% disse que raramente e 10% disse que não costumava. As autoras concluíram, a partir disso, que “torna-se necessário apurar, de forma mais aprofundada, quais os determinantes sociais que podem influenciar estes hábitos de leitura e pesquisa de informação, um dos caminhos para a melhoria da literacia em saúde da população” (NUNES; ALMEIDA, 2020, n.p).

Uma das entrevistadas relatou que dependendo de como o conteúdo é disponibilizado, ela se interessa em ler e/ou ouvir sobre ele:

Depende. Geralmente assim, eu sou uma pessoa que pra eu ler ou ouvir alguma coisa tem que me chamar atenção. Assim, talvez a capa ou talvez uma introdução. Então, assim, eu não tenho costume de ir buscar. Caso eu esteja lá olhando e aí eu vejo uma coisa que me chama atenção eu vou lá e... opa! E vejo no Instagram, no Spotify, nas redes sociais mesmo. Nas plataformas (E12, feminino, branca).

Ou seja, para ficar mais atrativo aos jovens, é necessário lançar mão de ferramentas consumidas por eles: material audiovisual de curta duração, vídeos pequenos, conteúdo interativo, apelativo com linguagem simples e clara, mas sem perder o rigor científico (ALMEIDA, 2022).

Os demais jovens que têm o costume de consumir conteúdo ligado à saúde, disseram acessá-lo por meio da *internet* e redes sociais: “É mais na *internet* mesmo. Videozinhos que eu fico vendo, Instagram, essas coisas assim... mais isso” (E9, feminino, preta); “Eu costume sempre tá vendo vídeo. No Facebook. No YouTube. Eu estou seguindo um especialista que entende da saúde da mulher, né? Então eu sigo mais esses que sabem como age o corpo” (E13, feminino, preta).

Com relação à busca por informações sobre saúde, a maioria dos jovens entrevistados relataram utilizar a *internet* como fonte primária de informação: “Ah, na *internet*. O tempo inteiro. A gente ‘tá’ sempre na *internet*” (Entrevistada 12, feminino, branca). Esta fala reforça os resultados da pesquisa #juventudeconectadaBrasil, realizada em 2013, que teve por objetivo mapear o comportamento de 1440 jovens brasileiros em tempos de conectividade. A partir dos resultados, constatou-se que o jovem brasileiro é um dos mais conectados do mundo.

Cerca de 71% dos entrevistados acessam a *internet* pelo celular, e 42% o apontam como principal meio de acesso. Em segundo lugar, está o computador de mesa (33%), seguidos de notebooks (22%) e tablets (2%). Isso significa que o jovem brasileiro

deseja estar conectado a maior parte de seu tempo, onde quer que esteja” (PASSARELLI, 2020, p. 5).

Em contrapartida, alguns poucos jovens preferem ir ao serviço de saúde para obter informações sobre saúde: *“É, nesse... No médico, no ambulatório... Eu procuro sempre ‘tá’ marcando uma consulta e ‘tá’ vendo com o próprio médico do que ficar buscando em internet.”* (E15, feminino, branca); *“Ah, procurar um médico especialista, né? Que entenda mais da área pra me dar uma luz, né? Pra saber realmente o que que é aquilo”* (E5, masculino, parda);

Então... Se eu tiver alguma dúvida eu venho ao posto ou ao... qualquer unidade de saúde, né? Perguntar (pausa) Ou procurar algum especialista ou alguma coisa assim. Não sei... Especialista não, né? Um clínico geral pra gente abrir o conceito, né? E ele me indicar pra alguma coisa. (E1, feminino, parda).

Nota-se ainda que os jovens que têm acesso a profissionais da área da saúde por meio da ocupação que desempenham ou por amizade dão preferência a esses recursos do que utilizar a *internet* como fonte primária de informação: *“Se precisar muito, eu converso muito sobre isso com os técnicos da enfermagem lá da UPA. É onde eu busco mais conhecimento... que eu aprendi um pouco lá... com a enfermagem”* (E20, masculino, preta).

Onde eu busco? É pra ser sincera? Eu tenho uma amiga que ela é da área da saúde, então assim... coitada (rindo), porque qualquer coisa eu já falo com ela: ô, Thais, me ajuda! Que eu tô sentindo isso, isso e aquilo. E ela me fala. Antes dessa amizade, que já tem alguns anos, eu lembro que eu era muito mais apavorada. Assim, tipo, se eu sentisse alguma coisa eu já corria na emergência. E agora eu já fico mais tranquila. Então, hoje eu acho que é ali que eu busco informação (rindo) (E17, feminino, branca).

2.2) Compreensão Parcial das Informações sobre Saúde

De acordo com a maioria dos entrevistados, as informações de saúde são compreendidas de forma parcial. Um dos motivos para que isso ocorra tem relação com o modo com que as informações são transmitidas/explicadas pelos profissionais de saúde, conforme já explicitado na categoria anterior. A entrevistada abaixo narra uma situação que vivenciou em um atendimento presencial, onde não compreendeu as informações passadas pelo profissional de saúde que prestou a assistência a ela. Por causa de situações como essa, ela costuma solicitar ajuda à amiga, que é da área da saúde, quando necessita de alguma orientação:

Entendo. Algumas vezes entendo. Por isso que eu acho que eu procuro muito a Thais, porque ela consegue me explicar de um jeito que eu entenda, porque já aconteceu... Igual, dessa última vez, eu fui na emergência porque eu realmente ‘tava’ passando, ‘tava’ há uma semana já com diarreia e não passava por nada. E aí eu fui... O médico não foi direto, ele não conseguiu me explicar, não conseguiu me falar o que ele queria ou o que eu tinha que fazer. E aí eu fiquei: gente, ‘tó’ entendendo nada! (rindo) E assim, não considero que eu sou uma pessoa difícil de compreender, que realmente tem termos que não fazem parte do nosso dia a dia. Então, dentro do contexto ‘cê’

fica assim (fazendo cara de confusa) ou então pede um exame igual ele me passou uma tomografia, mas não explica pra que está passando aquele exame, né? Eu acho isso péssimo porque eu gosto de entender (rindo). É pra quê que eu estou fazendo? Aí eu fico perguntando e não resolve (rindo) (E17, feminino, branca).

O médico de Medicina Geral e Familiar, Diogo Franco Santos, que participou do seminário digital “Literacia em saúde e os Jovens”, em Portugal, no ano de 2022, sobre a problemática na comunicação entre profissionais de saúde e jovens destacou que

enquanto médico de família, penso que o papel destes profissionais de saúde passa sobretudo por assegurar (...) canais de comunicação alternativos e complementares do espaço físico da consulta, e com os quais os jovens se identificam (ALMEIDA, 2022, p.12).

Não é somente no atendimento presencial que há barreiras na comunicação entre os profissionais e jovens. Ao pesquisarem na *internet*, nem sempre as informações são entendidas pelo mesmo motivo explicado acima:

Às vezes ‘tô’ pesquisando na internet, ‘tô’ vendo nos vídeos e tem médico que sabe explicar muito bem, que faz uns vídeos. Mas tem uns que não ‘sabe’ explicar muito bem. Aí quando tenho dúvida, eu prefiro ir no posto de saúde e perguntar (E13, feminino, preta).

Quando há dúvidas sobre temas ligados à saúde, metade dos jovens relatou que busca saná-las por meio da *internet*. Desse total, observa-se dois grupos: aquele que recorre somente à *internet* como meio para dirimir dúvidas (a maioria): “*Ah, igual a todo mundo: ‘tio’ Google. (rindo) Acho que todo mundo procura lá!*” (E6, feminino, branca). E o outro grupo busca na *internet*, mas considera a necessidade da ida ao serviço de saúde: “*Se for alguma que não é muito séria, às vezes eu pesquiso no Google. Às vezes, quando é muito sério, tem que ir ‘no’ médico, né?*” (E8, feminino, branca); “*Aí foi o que eu falei. Eu busco na internet, depois eu vou me aprofundar num médico*” (E18, masculino, parda).

Outros jovens, ao não compreender as informações buscadas, referiram optar pelo auxílio de terceiros, não necessariamente profissionais da saúde ou àqueles ligados à área da saúde (como o caso de professores do curso Técnico em Enfermagem): “*(...) E se acaso eu não entender, eu vou perguntar a alguém que me instrua, né? A minha irmã*” (E10, feminino, branca);

Quando não entendo, aí eu fico nervosa, né? Aí eu tenho que procurar outro, outra pessoa que entende pra, pra poder explicar. Às vezes eu procuro meus professores, né? Ainda tenho contato deles, aí fico perturbando eles ainda. Aí eles me ‘explica’.(E11, feminino, parda).

Outros disseram recorrer às pessoas mais velhas, por entenderem que são mais experientes e que podem ajudá-los nas dúvidas: “*(pausa longa) Então... Geralmente com*

“pessoas mais velhas, né? Eu comento pra ver qual o conselho” (E2, masculino, branca); *“Ah, com a pessoa mais experiente. Os mais velhos. As pessoas mais ‘próxima’: ‘os vizinho’, ‘os parente mermo’”* (E19, masculino, parda).

Além disso, foi relatado que a forma como as informações são ofertadas na *internet* comprometem a compreensão, geram confusão e preocupação ao leitor:

“Eu acho que é bem confuso. É tudo muito a mesma coisa. Eles te dão várias opções do que pode ser, mas tudo tem o mesmo sintoma, a mesma coisa, no final ele não te ajuda em nada, só te preocupa mais, né?” (E6, feminino, branca).

Outra jovem relatou a questão da *internet* não ser um “local” completamente confiável e que, por isso, apenas a utiliza como uma orientação inicial para suas ações.

“(…) às vezes quando a gente tá com algum problema e você pesquisa na internet, nem tudo dá pra acreditar, né? Porque não dá pra te dar um diagnóstico ali. Então assim, é mais pra ter um norte, pra ter uma noção (pausa) mais ou menos do que é, mas não dá pra ter 100% de confiança ali no que eu tô lendo. Até porque, internet a gente... nem tudo a gente sabe o que é confiável, o que não é (E12, feminino, branca).

Uma das entrevistadas que cursa o Técnico em Enfermagem relatou que sua professora alertou sobre a existência de fontes duvidosas de conhecimento na *internet*: *“(…) internet não pode confiar muito. Minha professora mesmo fala, que nem tudo na internet pode confiar”* (E7, feminino, parda). Essa falta de credibilidade, segundo Almeida (2022, p. 6) se dá porque “grande parte dos conteúdos disponibilizados para os jovens estão associados à publicidade, o que, muitas vezes, descredibiliza essa informação”.

8 DISCUSSÃO

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (BATISTELLA, 2007, p. 82).

O conceito de saúde é estrategicamente abordado de forma detalhada neste capítulo, uma vez que, “por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, torna-se bastante difícil uma definição de saúde” (idem, 2007, p. 51). A saúde é referenciada por conceitos, por experimentações das Ciências Biológicas, quantificada e analisada por meio da Epidemiologia e percebida pelas Ciências Sociais e Humanas por meio dos seus efeitos sobre as condições de vida dos indivíduos e coletividades (ALMEIDA FILHO, 2011).

Portanto, nada mais apropriado do que discutir o conceito de saúde após ter conhecimento das percepções trazidas pelos jovens participantes desta pesquisa. Ao longo da discussão, serão trazidos pontos-chave dos resultados das entrevistas semiestruturadas e os achados da análise documental alinhados à contextualização da trajetória do conceito saúde trazido em três tópicos: 1) O Paradigma Biomédico e seus Impactos na Saúde das Juventudes; 2) O “Cuidar de Si” na Visão das Juventudes e 3) A *Internet* como Recurso de Manejo e Promoção da Saúde.

1) O Paradigma Biomédico e seus Impactos na Saúde das Juventudes

A primeira formulação - saúde como ausência de doença - é calcada no senso comum. Ao mesmo tempo, é também nessa concepção que se baseiam a maioria das pesquisas e produções tecnológicas no campo da saúde. Este fato é explicado ao se examinar a gênese do paradigma biomédico. A formação da medicina científica moderna e da teoria moderna sobre a doença ocorreram sob transformações científicas e sociais que aconteceram no século XVII, dentre estas transformações, os debates entre empiristas e racionalistas com o intuito de validar o conhecimento (BATISTELLA, 2007).

Inicialmente, a doença era vista como qualquer outro elemento da natureza presente no meio ambiente. Entretanto, logo após a instauração da clínica moderna, houve uma mudança de paradigma e, os hospitais, que antes eram locais destinados à caridade, ao acolhimento dos excluídos e miseráveis, tornam-se local de cura. As doenças passam a ser contabilizadas e acompanhadas por meio da estatística e o hospital se torna um local de produção de

conhecimento para a medicina. A racionalidade é o que explica todos os fenômenos relacionados à saúde.

Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje (idem, 2007, p.53).

A partir dessa lógica, o filósofo francês Canguilhem elabora uma crítica a esse modelo biomédico hegemônico. Ele não conceitua saúde em oposição à doença. Entende que estar doente é parte constitutiva da vida e que, a partir do potencial que cada indivíduo possui, abre-se possibilidades para o enfrentamento dessa condição. “É a individualidade biológica enquanto potência de criação de novas formas de ajustamento que produz, na sua relação com o meio, o processo de sua normatividade (...) a normatividade vital é a potência de criação de novas formas de vida” (NEVES et al, 2017, p. 633). Estar doente, é uma condição nova que exige do indivíduo capacidades e habilidades para se ajustar ao meio e Canguilhem (2009) explica que a fisiologia só tem conhecimento do que é patológico quando a clínica fornece a ela essas informações:

A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia — isto é, estudo dos mecanismos da doença — porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio (idem, p. 29).

No pós-guerra, em 1948, foi criada a OMS que definiu a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” na tentativa de superar a conceituação trazida pelas instituições médicas. Entretanto, alguns autores criticam essa nova definição de saúde, mediante a dois aspectos: o caráter inalcançável, uma vez que torna-se uma meta difícil de ser alcançada pelo sistema de saúde e pelos indivíduos, já que ninguém permanece em estado de bem-estar todo o tempo. E também pelo fato de ser uma definição muito subjetiva, impossibilitando análises do nível de saúde das populações (BATISTELLA, 2007).

Caponi (1997), no entanto, não traz críticas à subjetividade, pois entende que ela está presente no processo saúde-doença, independente da perspectiva do conceito de saúde ser restrita ou ampliada. A autora explica que, a partir do momento que se tem o bem-estar físico, mental e social como um valor, como algo a ser perseguido, inevitavelmente o que é oposto a esse valor torna-se indesejado, desqualificado, “patológico”. Logo, são necessárias intervenções para “valorizar” aqueles sujeitos que estão fora da norma e é neste ponto que a

crítica reside, pois “pode ser politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo o que consideramos indesejado ou perigoso” (p. 299).

Nessa perspectiva, Canguilhem disserta como a saúde foi utilizada como dispositivo social de normalização e, conseqüentemente, de regulação social. Foucault corrobora com este pensamento, frente ao sistema capitalista, e diz que

o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1982, p. 80).

A partir dos apontamentos, não é surpreendente os resultados obtidos através das entrevistas semiestruturadas. “Fica mais fácil perceber por que, diante da força e hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente” (BATISTELLA, 2007, p. 55) ou, relacionando ao investimento capitalista que Foucault se refere acima, saúde “(...) *É não ‘tá’ sentindo nada (rindo). Nada que impeça de trabalhar, né?*” (E3, masculino, branca).

Apesar de muitas falas terem trazido importantes pontos que na visão dos jovens têm importância para sua saúde, essas concepções e percepções não foram da maioria deles. Majoritariamente, os jovens entrevistados não consideraram a complexidade que estrutura o conceito de saúde “que envolve a interação e determinação pelo meio-social, pelo meio ambiente, e com os recursos e possibilidades para viver de cada sujeito” (HORTA; SENA, 2010, p. 482).

Ademais, a ausência de conceituação de saúde nos documentos governamentais é algo preocupante, visto que “a aceitação de um determinado conceito de saúde implica o direcionamento de determinadas políticas e de determinadas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos” (CAPONI, 1997, p. 287). Ora, se os documentos são direcionados aos gestores e profissionais de saúde, servindo de base para planejamento, formulação, implantação e implementação de ações com a sociedade, que tipo de conceito tem se disseminado? Seriam, então, as concepções dos jovens reflexo do modo como o sistema de saúde opera em nosso país?

Lôbo e Nascimento (2012, p. 9) trazem uma possível resposta a essa última indagação:

o Jovem passa a ser reflexo e ao mesmo tempo reprodutor do que vivencia socialmente, não estimulado a práticas de participação e vivências em cidadania, ao que se refere a políticas sociais como efetivamente considerar e atuar em saúde como direito universal e dever do Estado de assegurar para os novos sujeitos a liberdade de viver e ser cidadãos.

Além disso, na perspectiva das produções documentais com teor técnico (“Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids” e “Saúde na Escola”) a juventude segue sendo vista pelo ângulo da “fase de risco” e as produções trazem pouco ou nenhum aprofundamento e correlação com questões do meio social desses jovens. São pautadas em um “autoritarismo sanitário” que tende a reduzir a autonomia das pessoas e das coletividades e penalizá-las e responsabilizá-las por estilos de vida “não saudáveis”. Responsabilização e culpabilização estas que não consideram fatores sociais, ambientais, econômicos e condições de trabalho que influenciam diretamente no processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007).

As falas, em sintonia com os documentos, refletem o “doutrinação” acima mencionado, principalmente quando os jovens foram questionados sobre a manutenção e obtenção de saúde com respostas voltadas ao que seria “o certo” e “o errado”, da “receita” que deve ser seguida para uma vida “mais saudável”. Em contrapartida, apesar de “doutrinados” nas regras para uma vida “saudável”, os jovens disseram não recorrer primeiramente aos serviços de saúde para atender às suas necessidades. Há uma lacuna, um afastamento deste público dos serviços. Só comparecem quando há extrema necessidade ou quando algum membro da família manifesta necessidade de atendimento, enxergando as unidades de saúde como locais de cura, como aqueles instituídos, inicialmente, no século XIX.

Em razão dessa postura, pode-se considerar a pontuação de Rabello (2010) que diz que todo o processo que transformou a medicina em um saber normativo para o indivíduo e sociedade e que legitimou socialmente o profissional médico a este fim, tende a produzir efeito de dominação e distanciamento perante as pessoas. A eliminação dessa hierarquia estabelecida seria a chave para a democratização da tomada de decisão, “pois permitiria uma maior integração entre a filosofia médica, a ética médica e as ciências sociais médicas e provavelmente melhorariam os serviços públicos de saúde no treinamento de médicos e cientistas” (idem, p. 45).

Na perspectiva de melhorar os serviços de saúde, Castellanos (1990) explica que, no contexto da América Latina, a partir da Assembleia Mundial da Saúde (1977) e Declaração de Alma-Ata (1978) os governos locais estabeleceram metas relativas à mortalidade, expectativa de vida, imunização, tratamento de água e esgoto e serviços de atenção à saúde estendidos a toda a população. Nesse cenário, estabeleceu-se a Atenção Primária como principal estratégia de transformação do modelo assistencial e, conseqüentemente, de transformação das condições de vida das populações, em especial aquelas mais vulnerabilizadas. Para que isto ocorra, é necessário haver uma reformulação das práticas dos profissionais de saúde que “permitam não

somente assumir a problemática saúde-doença como expressão das condições de vida dos diferentes grupos de população, como também compreender as articulações entre estas e os processos mais gerais” (idem, 1990, p. 1).

2) O “Cuidar de Si” nas Juventudes

A Carta de Ottawa considera que “a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida” (OPAS, 1986). Esta definição traz o conceito do “cuidado de cada um consigo mesmo”, ou seja, o “cuidar de si” e ele vem sendo explorado com o intuito de se compreender as relações que os indivíduos estabelecem com eles mesmos e com os outros a partir “do eixo poder-saber-verdade” (BUB et al., 2006, p. 153).

A partir dos cursos sobre a hermenêutica do sujeito ministrados no *Collège de France* nos anos de 1981 e 1982, Michel Foucault debate o “cuidado de si” tendo como base, principalmente, as práticas greco-romanas em torno do tema. O filósofo considera que essas práticas do cuidado de si foram muito importantes e mais autônomas no contexto grego e romano do que posteriormente, quando discutidas em contextos religiosos, pedagógicos ou na prática médica.

O cuidado de si, na perspectiva greco-romana, foi atrelado à moral e constituiu a forma pelo qual a liberdade individual foi pensada como ética. “Não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuidar-te de ti mesmo’” (FOUCAULT, 2004, p. 268).

Na visão de Foucault o cuidado de si refere-se à relação do sujeito consigo mesmo, com seu corpo, com as pessoas, com o mundo ao seu redor e com os recursos que dispõe (RABELLO, 2010). Entretanto, o cuidado de si necessita de tempo para praticá-lo, sendo considerado pela filosofia antiga como “dever e técnica, contendo um grau de obrigação fundamental” (BOLSONI, 2012, p. 5).

Segundo a autora, o filósofo explica que o cuidado de si passou por uma evolução ao longo do tempo, ganhando novos significados e dimensões. A primeira mudança está no fato dele passar a estar ao alcance de todos, sem necessidade de condições prévias. A segunda diz respeito à governabilidade. É o cuidado com a finalidade em si mesmo. Não há necessidade de se ocupar consigo para governar os outros. E a terceira mudança refere-se ao conhecimento de si.

Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si (...) mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo da verdade (FOUCAULT, 2004, p. 269).

Refletindo sobre os achados, o “cuidado de si” dos jovens está calcado majoritariamente nas “verdades” e “prescrições” dos serviços de saúde que, por sua vez, não dialogam de maneira efetiva com eles. As falas denotam um roteiro a ser seguido, desconsiderando o conhecimento prévio de si mesmos e do entorno, uma vez que não percebem e/ou compreendem a saúde de maneira além de fatores biomédicos. Nesse sentido, Kickbusch (2009, p. 132) traz uma importante pontuação acerca das juventudes e que se mostra como o pontapé inicial para o verdadeiro “cuidado de si”:

Precisamos garantir que crianças e jovens adquiram uma compreensão básica da saúde e dos sistemas de saúde na sociedades modernas e passem a compreender o papel vital que desempenham na sua própria vida e na sociedade como um todo (...) Acima de tudo, precisam aprender que a saúde não é apenas uma categoria individual, mas que está ligada aos determinantes sociais e às características da comunidade.

Neste contexto, torna-se evidente e necessário avançar mais profundamente nos aspectos que envolvem a prática do cuidado de si. Canguilhem (2009), em consonância com os pressupostos da Promoção da Saúde, salienta a importância da autonomia do indivíduo, frente às decisões e manejo de sua saúde e isto considera, por exemplo, não excluir as concepções individuais diante do processo curativo. O próprio sujeito entende o que precisa para si e o que quer restabelecer, se for o caso e, desta forma, ele se torna o construtor da sua própria norma.

Outro achado interessante para pontuar nesta discussão é o fato de alguns dos jovens se colocarem em segundo plano no processo do cuidar de si. Algumas falas, principalmente dos jovens pais e mães, revelaram que eles priorizam a saúde de seus filhos à deles, como se o atendimento ofertado no serviço de saúde fosse algo limitado, sendo necessário “fazer escolhas” de quem deve ser atendido. Em nenhum momento foi mencionado por eles barreiras que os fizessem agir dessa forma. Sendo assim, este comportamento vai de encontro ao que Foucault (2009, p. 271) diz: “não se deve passar o cuidado dos outros na frente do cuidar de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária”.

3) A *Internet* como Recurso de Manejo e Promoção da Saúde

Retomando a epígrafe deste capítulo que diz que a saúde é marcada pelo tempo e reflete a conjuntura social, política e cultural do local, como discutir o manejo da saúde por jovens nos tempos atuais?

Segundo o dicionário Houaiss, o verbo manejar significa: governar, dominar, ter autoridade sobre, ter conhecimento de, praticar com facilidade, exercer, desempenhar. Essas ações, no entanto, dependem de como as informações são obtidas, compreendidas e utilizadas pelos sujeitos.

Como revelado a partir dos resultados, os jovens majoritariamente buscam informações sobre saúde por meio da *internet*, depois através de conhecidos, seguido de familiares e, por último, profissionais da saúde. E a partir daí, tomam suas decisões sobre saúde. No que diz respeito à compreensão das informações, relataram que as compreendem de forma parcial, seja presencialmente, no serviço de saúde, ou virtualmente. Quanto aos documentos analisados, eles não foram formulados com objetivo de ser um instrumento diretamente voltado ao manejo da saúde pelos próprios jovens, mas sim como diretriz para as ações dos profissionais de saúde sobre as juventudes.

Nota-se, portanto, um descompasso na relação dos jovens com os serviços de saúde, uma vez que a fonte primária de informações sobre saúde é a *internet* e a última fonte, o profissional de saúde. Este afastamento do jovem do serviço de saúde, discutido anteriormente, revela muito sobre o tipo de serviço de saúde que estamos ofertando à população e que, conforme constatado por Anhas e Castro-Silva (2017, p. 492), interfere diretamente na participação em ações voltadas à promoção da saúde:

A promoção do acesso aos serviços e a criação de vínculos entre a equipe e os usuários parece precária, e o impacto dos serviços oferecidos aos jovens, de pouco alcance. Tais circunstâncias vão na contramão do que é preconizado pelos princípios do SUS, que prevê integralidade e equidade.

Ainda de acordo com os pesquisadores, quando os jovens possuem uma visão de saúde mais ampliada, eles esperam que os profissionais de saúde que os assiste também tenham e que pratiquem esta visão atrelada à prática profissional. “Entretanto, assiste-se a um imobilismo por parte destes diante de questões e demandas desse grupo, concentrando-se na patologização e estigmatização” (p. 490) dos jovens que procuram os serviços de saúde. Logo,

tem-se uma lacuna de informação e conhecimento que parece reforçar o distanciamento desses sujeitos do equipamento (...) Permanece o desafio de se romper barreiras financeiras, geográficas, culturais e simbólicas que impedem o acesso ao serviço pelos jovens (idem, 2017, p. 490).

Meyer et al (2006), ao problematizarem algumas das relações entre educação e saúde ressaltam que as abordagens educativas utilizadas são baseadas na transmissão de

conhecimento, onde o indivíduo “especializado” ensina ao indivíduo “não especializado”, desvalorizando e anulando os saberes populares dentro do processo de transmissão. Essa prática corriqueira que sofre críticas desde meados dos anos 1980 seria mais um dos motivos do afastamento do jovem dos serviços de saúde?

O desafio dessas abordagens, segundo os autores, reside no fato de compreender como e por que a informação é comunicada, além de considerar a importância dos elementos científicos necessários ao aumento da competência e da autonomia de decisão dos indivíduos, elementos estes que, na prática em saúde, passam

pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes gerando um conhecimento diferente, ou seja, os grupos sociais, e os indivíduos que os integram realizam uma reconstrução desses saberes amalgamando-os à sua visão de mundo em consonância com suas experiências (MEYER, 2006, p. 1337).

No contexto digital e tecnológico que vivemos, a *internet* se mostra como instrumento primordial para essa aproximação com o mundo das juventudes e utilizá-la como recurso de promoção da saúde é um dos caminhos viáveis. Uma das propostas trazidas por Garbin et al (2012) é considerar a *internet*, como aliada no campo da promoção da saúde, pois ela apresenta grande potencial de promover o *empowerment* dos sujeitos que a utilizam. Na visão dos usuários dos serviços de saúde, ela é um instrumento que possibilita maior compreensão do que é dito pelo profissional da saúde, fazendo com que se sintam mais confiantes e com maior controle sobre sua saúde. Entretanto, nem sempre a *internet* mostra-se como uma fonte segura, dispondo de informação “muitas vezes incompleta, contraditória, incorreta, excessiva e até fraudulenta” (p. 353). Além disso, conforme apontado pelos resultados, a informação disponível nem sempre é totalmente compreendida por aqueles que a buscam.

Portanto, a criação de canais estruturados de maneira atrativa aos jovens, com oferta de informações voltada diretamente a este público, bem diferente da proposta que encontramos hoje no portal Sinajuve, estimularia o *empowerment* do jovem, bem como o desenvolvimento de sua literacia em saúde e aumento da percepção da influência dos Determinantes Sociais da Saúde na vida dos jovens.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou variadas lacunas no trato à saúde das juventudes: desde o emprego dos termos “juventude”/ “juventudes” e “adolescência” quase como sinônimos, muitas vezes esvaziando suas significações, até os diversos temas apresentados pelas categorias analisadas que constituem um *corpus* a ser explorado e que alicerçam a compreensão do que é saúde para os jovens. Trouxe ainda uma crítica ao modelo hegemônico biomédico que cerceia a dialogicidade entre os jovens e os profissionais de saúde impedindo a construção de novas formas de práticas e cuidados em saúde.

Os documentos analisados se demonstraram insuficientes no trato às juventudes, pois, a maioria, não traz uma definição de saúde e não articulam saúde com os seus determinantes sociais. Além disso, não dialogam diretamente com esse público, necessitando interpretação e mediação dos profissionais da saúde. Estes, por sua vez, através de uma comunicação majoritariamente transmissionista-normativa mais afastam do que acolhem os jovens nos serviços, fazendo com que eles elejam a *internet* como fonte primária de informações de saúde, seguido de colegas e familiares.

Logo, é relevante que se considere a *internet* como um instrumento em prol da promoção da saúde, uma vez que os jovens utilizam estes “locais” para obter informações de saúde e dirimir dúvidas. Lançar mão de novas tecnologias e utilizar recursos tecnológicos atrativos a este público é algo de extrema importância e que deve ser incorporado às políticas públicas, não só as da saúde. Faz-se necessário repensar em como o repositório do Sinajuve é composto e como pode se transformar em um portal que seja fonte de informações atrativas e seguras alinhado aos interesses da população jovem, para que, a partir daí, os jovens elaborem suas próprias considerações e manejem sua saúde da maneira satisfatória.

É recomendado que novas investigações sejam empregadas *com* os jovens e não somente *para* os jovens, no sentido de compreender verdadeiramente os obstáculos que se colocam frente ao acesso aos serviços e às informações de saúde disponibilizadas a esse público. Políticas públicas de saúde devem ser repensadas e reformuladas, principalmente no âmbito da Atenção Primária, visando o desenvolvimento de novos mecanismos e estratégias que evoluam as práticas de saúde estimulando o empoderamento e o desenvolvimento de um maior grau de literacia em saúde, com vistas à contrastar e superar o modelo de saúde vigente.

Abre-se, então, um universo de possibilidades para o levantamento das temáticas trazidas por esta pesquisa de forma mais aprofundada e integrada com o campo da Promoção da Saúde. Para tanto, pode-se ter como base o seguinte questionamento: o sistema de saúde rompeu com o paradigma biomédico? A chave para esse rompimento reside no conceito e nas práticas da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABEL, T. *Cultural Capital in Health Promotion*. **Health and Modernity**. New York: Editora Springer New York, 2007. p. 43–73. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-37759-9_5. Acesso em: 28 set. 2021.
- ALMEIDA, C. V. de (Org.). **A literacia em saúde e os jovens**. Madeira: Ponte Editora, 2022.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575413432>. Acesso em: 11 dez. 2021.
- ANDRADE, E. A. de; BÓGUS, C. M. Políticas públicas dirigidas à juventude e promoção da saúde: como a proposta de auxiliares da juventude foi traduzida em prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, p. 853–866, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/kg6f3xWhpbBpqsm36XJJmP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- ANHAS, D. de M.; CASTRO-SILVA, C. R. de. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 484–495, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200484&tlng=p. Acesso em: 8 abr. 2023.
- ARAUJO, A. M. de; MUÑOZ, N. M. A promoção à saúde na experiência de jovens promotores da saúde. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 25, 7 maio 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/46795>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidades e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 176.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 266.
- BOLSONI, B. V. O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. [S. l.], 2012.
- BONAMI, B. Uma Retrospectiva do Uso do Termo Literacia: sentidos atribuídos e derrotados entre o final do Século XIX e meados do Século XX. **Literatura e Cultura**, São Paulo, v. 9, p. 1, 10 out. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308994152_Uma_Retrospectiva_do_Uso_do_Termo_Literacia_sentidos_atribuidos_e_derrotados_entre_o_final_do_Seculo_XIX_e_meados_do_Seculo_XX.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. de S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 841–854, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWQD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2022.

BOURDIEU, P. A. “juventude” é só uma palavra. **Questões de sociologia**. Lisboa: Editora Fim de Século, 2003.

BRASIL. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1999.

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, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção Integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: 21 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 2 mar. 2022.

BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. spe, p. 152–157, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2023.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In*: FREITAS, C. M. de; CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1772–1773, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/dNhjw7WFL6CBbG4mhVDrn7j/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2022.

CAMARANO, A. A. *et al.* Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. **Última Década**, Valparaíso, v. 21, p. 11–50, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 4, p. 287–307, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/hcsm/a/spm8DWcdrjMsdX9JQKrYt7N/?lang=es>. Acesso em: 9 mar. 2023.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária.

Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [S. l.], v. 23, n. 1, 12 fev. 2019. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521>. Acesso em: 8 fev. 2023.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669–678, 2004a.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2 mar. 2022.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088–1095, ago. 2004b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 jun. 2022.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. **Boletim Epidemiológico OPS**, [S. l.], v. 4, p. 25–32, 1990. Disponível em: <https://doceru.com/doc/nn8eesel>. Acesso em: 18 mar. 2023.

CASTIEL, L. D.; DARDET, C. A. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7hf6n>. Acesso em: 5 jun. 2022.

CASTRO, A. M. Promoção da saúde: controvérsias e aposta. In: MELLO, W. *et al.* (org.). **Mobilização, cidadania e participação comunitária**. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016. p. 300.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

COHEN, S. C. *et al.* Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 191–198, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100022&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 mar. 2023.

COLEMAN, J. Meeting the health needs of young people. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 55, n. 8, p. 532–533, 1 ago. 2001. Disponível em: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech.55.8.532>. Acesso em: 27 abr. 2022.

CONJUVE. **Juventudes e a pandemia do Coronavírus**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://atlasdasjuventudes.com.br/wp-content/uploads/2021/08/JuventudesEPandemia2_Relatorio_Nacional_20210702.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

CRUZ, M. S.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 7, p. 2531–2542, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702531&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2023.

DAYRELL, J. O jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 40–52, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2 jan. 2022.

DEGANI, G. C.; CAMELO, S. H. H. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 213–219, 11 set. 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8201>. Acesso em: 8 fev. 2023.

DELORS, J. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir**: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez Editora, 1998. Disponível em: http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

DOS SANTOS, L. I. C.; YAMAMOTO, O. H. Juventude brasileira em pauta: analisando as conferências e o estatuto da juventude. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Manizales, v. 16, n. 2, p. 657–668, 12 jul. 2018. Disponível em: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3140>. Acesso em: 8 mar. 2022.

FAIAL, L. C. M.; REFRANDE, M. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. [*S. l.*], [*s. d.*].

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68–76, jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 jun. 2022.

FERREIRA, P. B. P. *et al.* Educação para a saúde do paciente hospitalizado na assistência de enfermagem: uma análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, 18 out. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/Bzg5z66zcVz7fqYmCKNxmPy/?lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2022.

FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Fronteiras - estudos midiáticos**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 2, p. 124–131, 2 set. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/fronteiras/article/view/5947>. Acesso em: 21 set. 2021.

FIOCRUZ. 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde. 2021. **Fiocruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/10a-conferencia-global-de-promocao-da-saude>. Acesso em: 25 abr. 2023.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1982. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4596189/mod_resource/content/1/Michel%20Foucault%20-%20O%20nascimento%20da%20Medicina%20Social.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. trad. Elisa Monteiro; Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.

FRANCO DE SÁ, R.; MELO, A. P. de. Promoção da Saúde: reflexões sobre a concepção dos Secretários Municipais do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. *In*: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M. (org.). **Evidências de efetividade do projeto municípios saudáveis no Nordeste do Brasil: o olhar da gestão**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2008. Disponível em: <https://ptdocz.com/doc/558829/evid%C3%A2ncias-de-efetividade-do-projeto-munic%C3%ADpios-saud%C3%A1veis-no>. Acesso em: 13 jan. 2022.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979. Disponível em: <https://ifbaiano.edu.br/portal/pos-eja-santa-ines/wp-content/uploads/sites/99/2020/07/Educa%C3%A7%C3%A3o-e-Mudan%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 3 maio 2023.

FUENTES, S. A. M. P. S. **As várias faces do cuidar de si**. 2010. 113 f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/12374/1/Sonia%20Azevedo%20Menezes%20Pra%20Silva%20Fuentes.pdf>.

GARBIN, H. B. da R.; GUILAM, M. C. R.; NETO, A. F. P. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>. Acesso em: 4 mar. 2023.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Participação juvenil e promoção da saúde: estratégia de desenvolvimento humano. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 859, 1 dez. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20038>. Acesso em: 6 jun. 2022.

HASENBALG, C. A. A transição da escola ao mercado de trabalho. *In*: SILVA, N. do V.; HASENBALG, C. A. (org.). **Origens e destinos: desigualdades sociais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: Editora Topbooks, 2003.

HORTA, N. de C.; SENA, R. R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 475–495, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/RsRwzqgKK4Z3bdCHFBJ6Hxd/?lang=pt>. Acesso em: 8 mar. 2022.

IGNÁCIO, M. V. M. **A trajetória (descontinuada) do grupo de trabalho racismo e saúde mental: caminhos para o enfrentamento do racismo no campo da reforma psiquiátrica brasileira?** 2019. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

JAKAB, Z. *A road to equity: health literacy from a public health perspective*. **Public Health Panorama**, Copenhagen, v. 5, p. 127–129, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327029/php-5-2-3-127-129-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 mar. 2022.

KICKBUSCH, I. S. Health literacy: addressing the health and education divide. **Health Promotion International**, Connecticut, v. 16, n. 3, p. 289–297, 1 set. 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/16.3.289>. Acesso em: 28 set. 2021.

KICKBUSCH, I. S. Health Literacy: engaging in a political debate. **International Journal of Public Health**, [S. l.], v. 54, n. 3, p. 131–132, 2009. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-009-7073-1>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LIZANO, V. C. G.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária no Brasil e no mundo: o descompasso teoria e prática. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 50–61, 18 mar. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/3>. Acesso em: 2 jun. 2022.

LÔBO, K. R. G.; NASCIMENTO, V. S. do. Juventude e o reflexo da des-atenção à saúde: o ser contemporâneo e as responsabilidades sobre as relações humanas. **Id online Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 6, n. 18, p. 7, 2012. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/201>. Acesso em: 6 mar. 2023.

LOPES, D. G.; LEHFELD, N. A. de S. Reflexões sobre a juventude frente a precarização da educação e trabalho. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, Ribeirão Preto, n. 7, 2019.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 235–248, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 jun. 2022.

LOZZI, M. *et al.* Sistema Nacional de Juventude: uma gestão conectada e interativa. **Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia**, Brasília, 2019.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Santa Catarina, v. 2, n. 2, p. 129, 2015. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9224>. Acesso em: 28 set. 2021.

MAGALHÃES, J. E. P. Juventude, trabalho e educação: as políticas de qualificação, trabalho e renda nos governos de Lula da Silva. **Revista Desenvolvimento & Civilização**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 57–79, 28 jul. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdciv/article/view/55296>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MALFITANO, A. P. S. Pesquisadores e grupos de pesquisa (Investigadores y grupos de investigación) sobre juventude e saúde. [S. l.], p. 4, 2018.

MARGULIS, M.; URRESTI, M. La juventud es más que una palabra. *In*: MARGULIS, M. (org.). **La juventud es más que una palabra**. Buenos Aires: Biblos, 1996.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. e00044718, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000105007&tlng=pt. Acesso em: 26 fev. 2023.

MENÉNDEZ, E. L. La Salud como derecho humano. Anotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada. **Cuadernos Médico-Sociales**, Santiago, n. 37, p. 19–26, 1986.

MEYER, D. E. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre

educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, p. 1335–1342, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/k5gxyfQdHPLf9nBv6knHRvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 1–12, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_E_M_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTROVERSIA_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTROVER SIES. Acesso em: 9 out. 2021.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415474>. Acesso em: 21 set. 2021.

NEVES, G. S.; HECKERT, A. L. C. Escrivência: uma ferramenta metodológica de análise. **Mnemosine**, [S. l.], v. 17, n. 1, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/61847>. Acesso em: 26 fev. 2023.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626–637, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300626&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 set. 2021.

NOVAES, R. C. R. *et al.* (Org.). **Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude: Fundação Friedrich Ebert, 2006. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/Juventude/Politica_Nacional_de_Juventude.pdf. Acesso em: 12 jan. 2022.

NOVIKOFF, C. Proposições científicas e éticas aplicadas em entrevista e questionário. **Revista Valore**, Rio de Janeiro, p. 16, 2020. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/download/472/422>.

NUNES, C.; ALMEIDA, C. V. de. Literacia em saúde em faixas etárias mais jovens: percepções sobre cuidados com a saúde: pessoas informadas, pessoas mais preparadas. **Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde**, Lisboa, 2020.

NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**, London, v. 13, n. 4, p. 349–364, 1998.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, London, v. 15, n. 3, p. 259–267, 1 set. 2000. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/15.3.259>. Acesso em: 28 set. 2021.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. M. Health Promotion Glossary 2021. **Health Promotion International**, London, p. 1–21, 2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daaa157/6211341>. Acesso em: 23 dez. 2021.

OLIART, P.; FEIXA, C. Introduction: Youth Studies in Latin America—On Social Actors, Public Policies and New Citizenships. **Young**, [S. l.], v. 20, p. 329–344, 1 nov. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258200673_Introduction_Youth_Studies_in_Latin_America-On_Social_Actors_Public_Policies_and_New_Citizenships. Acesso em: 6 abr. 2022.

OPAS. Carta de Ottawa. Primeira conferência Internacional sobre promoção de saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 nov. 2021.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. **American Journal of Health Behavior**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 19–26, 1 jul. 2007. Disponível em: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1087-3244&volume=31&issue=S1&spage=19>. Acesso em: 26 fev. 2023.

PAIS, J. M. A construção sociológica da juventude - alguns contributos. **Análise Social**, Lisboa, v. 25, p. 139–165, 1990. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41010794>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PASSARELLI, B. JOVENS BRASILEIROS EM CONECTIVIDADE CONTÍNUA: ESTUDOS E TENDÊNCIAS. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, [S. l.], v. 1, n. EE, p. 1–16, 27 jan. 2020. Disponível em: <https://revistasnj.mdh.gov.br/index.php/snj/article/view/125>. Acesso em: 27 fev. 2023.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [periódico na internet], v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/literacia-para-a-saude-em-paises-de-renda-baixa-ou-media-uma-revisao-sistematica/17699?id=17699>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. de. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 35, p. 61–81, 29 maio 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/se/a/rLfXhwgd7qgpBzMSrjwFXmj/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PEREIRA, A. B. Muitas palavras: a discussão recente sobre juventude nas Ciências Sociais. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, São Paulo, n. 1, 2007. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/1203>. Acesso em: 23 dez. 2021.

PEREIRA, G. C.; ZUFFO, S.; MOURA, E. G. Juventudes e qualidade de vida. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 2, n. 14, p. 11, 2019.

PERES, F.; RODRIGUES, K. M.; SILVA, T. L. **Literacia em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

QUADROS, A. de *et al.* Racismo institucional: uma revisão integrativa sobre a saúde da população negra / Institutional racism: an integrative review on the health of the black

population. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 81483–81492, 26 out. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18781>. Acesso em: 8 fev. 2023.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 83–95, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/12203/9505>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SALAZAR, L. de. Promoción de la salud y salud pública: estrategias y procesos sociales y políticos para producir y mantener la salud de las poblaciones. **Efectividad en promoción de la salud y salud pública: reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio**. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009.

SANTOS, A. M. dos *et al.* A relevância da educação para a saúde coletiva / The relevance of education for collective health. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 18387–18399, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/35268>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SANTOS, B. V. dos. Juventude, ativismo político, políticas públicas e a confusão que é articular isso tudo. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del Rei, , p. 1–14, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200009. Acesso em: 8 mar. 2022.

SANTOS, J. R. dos. O encontro com o outro. *In: CAFÉ FILOSÓFICO*, 2004. Conferência em DVD: [s. n.], 2004.

SILVA, M. J. **O estado da arte sobre juventude(s) na pós-graduação brasileira stricto sensu: pesquisas na área das ciências da saúde (1987-2010)**. 2014. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pósgraduação em terapia Ocupacional, 2014.

SIMONDS, S. K. *Health Education as Social Policy*. **Health Education Monographs**, New York, v. 2, n. 1, p. 1–10, 1974. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SØRENSEN, K. *et al.* *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 1, p. 80, dez. 2012. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>. Acesso em: 28 set. 2021.

TESSARO, L. G. S. Intervenções em meditação e mindfulness com adolescentes e jovens: contribuições para tempos de pandemia e pós-pandemia. **Revista Fronteiras em Psicologia**, Novo Hamburgo, v. 4, n. 2, p. 22–38, 2021. Disponível em: <https://fronteirasempsicologia.com.br/fp/article/view/120>. Acesso em: 20 fev. 2023.

USA, U. S. O. A. **National Action Plan to Improve Health Literacy**. Washington: DHHS: [s. n.], 2010. Disponível em: <https://health.gov/sites/default/files/2019->

09/Health_Literacy_Action_Plan.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

ZANATTA, C. *et al.* Crenças de jovens a respeito do envelhecimento e a pessoa idosa. **Revista Valore**, [S. l.], v. 6, n. 0, p. 183–200, 28 out. 2021. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1028>. Acesso em: 22 fev. 2023.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. Understanding health literacy: an expanded model. **Health Promotion International**, London, v. 20, n. 2, p. 195–203, 1 jun. 2005. Disponível em: <http://academic.oup.com/heapro/article/20/2/195/827483/Understanding-health-literacy-an-expanded-model>. Acesso em: 13 jul. 2022.

APÊNDICE A - DADOS IDENTITÁRIOS DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Quadro 1 - Dados Identitários dos Sujeitos de Pesquisa.

Código Entrevistado	IDADE	COR	GÊNERO	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	TRABALHANDO NO MOMENTO?	ESCOLARIDADE	ESTUDANDO?	ESTADO CIVIL	COM QUEM MORA?	FILHOS?
E1	25	Parda	Feminino	Engenheira Civil	Não	Ensino Superior	Sim. Cursos relacionados à área de formação	Solteira	Com a mãe	Não
E2	24	Branca	Masculino	Contador	Sim. <i>Freelancer</i>	Ensino Superior	Sim. Licenciatura em matemática	Solteiro	Com os pais	Não
E3	29	Branca	Masculino	Funileiro	Sim. Funilaria	Ensino Médio Incompleto	Não	Solteiro	Sozinho	Não
E4	26	Branca	Masculino	Mecânico	Sim. Mecânica	Ensino Médio	Sim. Cursos relacionados à área de formação	Casado	Com a esposa	Não
E5	19	Parda	Masculino	Mecânico	Sim. Mecânica	Ensino Médio	Não	Solteiro	Com os pais	Não
E6	22	Branca	Feminino	Doceira	Sim. Doceira	Ensino Superior Incompleto	Sim. Graduação em Nutrição	Solteira	Com o pai	Não
E7	24	Preta	Feminino	Auxiliar de Cozinha	Sim. Como auxiliar de cozinha	Ensino Médio	Sim. Curso Técnico em Enfermagem	Solteira	Com a filha	Sim. Uma
E8	20	Branca	Feminino	Manicure	Não	Ensino Fundamental Incompleto	Não	Solteira	Com a mãe e a irmã	Não
E9	27	Preta	Feminino	Vendedora	Sim. Vendendo roupas. Está de licença maternidade.	Ensino Médio	Não	Solteira	Com companheiro e dois filhos	Sim. Dois
E10	19	Branca	Feminino	Não	Não	Ensino Fundamental Incompleto	Não	Solteira	Com a irmã	Sim. Um
E11	21	Parda	Feminino	Transporte Escolar	Não	Ensino Médio	Não	Solteira	Com os pais	Sim. Um

E12	21	Branca	Feminino	Não	Não	Ensino Médio	Sim. Mecânica de aeronaves	Solteira	Com a avó e a filha	Sim. Uma
E13	24	Preta	Feminino	Não	Não	Ensino Fundamental Incompleto	Não	Solteira	Companheiro e filho	Sim. Um
E14	24	Branca	Feminino	Fisioterapeuta	Sim. Na área de formação.	Ensino Superior	Sim. Pós graduação	Solteira	Com os pais e irmão	Não
E15	21	Branca	Feminino	Manicure	Sim. Na área de formação.	Ensino Médio	Não	Solteira	Com o noivo e a filha	Sim. Uma
E16	28	Preta	Feminino	Não	Não	Ensino Médio	Não	Solteira	Companheiro e filha	Sim. Uma
E17	29	Branca	Feminino	Professora de História	Não	Mestrado	Preparatório para concurso	Solteira	Sozinha	Não
E18	18	Parda	Masculino	Não	Não	Ensino Médio Incompleto	Sim. Terceiro ano do 3º grau	Solteiro	Companheira e filha	Sim. Uma
E19	29	Parda	Masculino	Ajudante de topografia	Sim. Topografia.	Ensino Médio	Não	Solteiro	Irmão	Sim. Três
E20	24	Preta	Masculino	Maqueiro	Sim. Maqueiro na UPA.	Ensino Superior Incompleto	Sim. Graduação em Administração	Solteiro	Com os pais, irmão, cunhada e sobrinha	Não

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação/Questões Identitárias

- 1) Data de nascimento:
- 2) Cor:
- 3) Gênero:
- 4) Profissão/Ocupação:
 - 4.1) Está trabalhando no momento? Com o quê?
- 5) Grau de escolaridade:
 - 5.1) Está estudando no momento? O quê?
- 6) Estado Civil:
- 7) Mora sozinho ou acompanhado? Com quem?
- 8) Possui filhos? Quantos?
- 9) Há quantos anos vive em Petrópolis?
- 10) Me conte um pouco mais sobre você: como é seu relacionamento com sua família, com seus amigos, colegas de trabalho... O que gosta de fazer para se divertir?

Questões sobre Saúde

- 1) O que é saúde para você?
- 2) Você se considera uma pessoa com saúde?
- 3) O que você faz para manter a sua saúde?
- 4) O que você pode fazer para obter saúde?
- 5) Qual sua relação com a equipe de saúde da sua região? Você costuma frequentar o posto?
- 6) Você vai a outras unidades de saúde? Qual sua relação com esses outros serviços?
- 7) Além das unidades de saúde, há outro local onde o tema saúde é abordado com você?
- 8) Você participa/participou de algum grupo, movimento, fórum, onde o tema saúde é discutido? Onde?/Qual?
- 9) Há alguma relação entre o lugar que você mora e a sua saúde?
- 10) Há alguma relação entre o seu gênero e sua saúde?
- 11) Há alguma relação entre a cor da sua pele e a sua saúde?
- 12) Há alguma relação entre sua idade e sua saúde?
- 13) Há alguma relação entre sua escolaridade e a sua saúde?

Questões sobre Manejo da Saúde

- 1) Você costuma ler ou ouvir (podcast) sobre saúde?
- 2) Onde você busca informações quando tem alguma dúvida sobre a sua saúde ou sobre a saúde de alguém que você conhece?
- 3) Ao buscar essas informações, você compreende o que está sendo lido e/ou explicado?
- 4) Como você age com relação à sua saúde ou a de outra pessoa que está ajudando, após compreender ou não essas informações?
- 5) Há alguma relação entre o seu estado de saúde e o estado de saúde de outras pessoas?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Roteiro – Análise Documental

1. Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?
2. Quais são os objetivos do documento?
3. Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?
4. Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?
5. De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?
6. O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?
7. O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?
8. O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Convido você a participar da pesquisa “LITERACIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E MANEJO DA SAÚDE POR JOVENS DE UMA CIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO” elaborada por Joyce Araújo Gonçalves, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares.

O **objetivo principal** desta pesquisa é: analisar como os jovens de uma cidade do estado do Rio de Janeiro percebem e manejam questões relacionadas à saúde.

O motivo de convidá-lo(a) a participar desta investigação se deve ao fato de você ter idade maior ou igual a 18 anos completos e menor ou igual a 29 anos completos, fazer parte da população adscrita da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) selecionada e ter sido indicado(a) por membros da equipe da ESF (enfermeiro e/ou agentes comunitários de saúde) para participação na pesquisa.

É importante dizer que sua participação é voluntária, ou seja, ela não é obrigatória, e você tem total autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, mesmo durante ou após a entrevista. Você não será penalizado(a) de forma nenhuma caso decida não querer participar ou desistir de participar.

As seguintes medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações passadas por você: somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso aos seus dados e informações e não farão uso deles para outras finalidades que não sejam esta pesquisa; quaisquer informações e/ou dados que possam identificá-lo(a) serão omitidos na divulgação dos dados da pesquisa; todas as entrevistas feitas durante a pesquisa, bem como os dados gerados a partir delas serão armazenados em computador protegido por senha localizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Sua participação consistirá em responder a perguntas de um roteiro de entrevista que a pesquisadora aplicará a você. Para que os detalhes das informações fornecidas no momento da entrevista não sejam perdidos, a pesquisadora utilizará um *smartphone* para gravação de áudio, sendo essa uma condição fundamental à sua participação na pesquisa. Caso não concorde com a gravação de áudio, sua participação será desconsiderada. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 a 40 minutos.

É importante informá-lo(a) que, a qualquer momento (durante ou após a pesquisa), você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre o estudo e sobre a sua participação nele. Por isso, estão disponíveis os contatos pessoais da pesquisadora no final deste Termo de Consentimento.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em meio digital por, pelo menos, 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, ao fim deste prazo, serão descartadas. Somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso a esse material.

Você não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Entretanto, se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora e será realizado o ressarcimento do uso de transporte especificamente para deslocamento até o local da entrevista e de volta à sua casa. Além disso, será oferecido lanche antes ou após a realização da entrevista.

Página 1 de 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 02 de 08 de junho de 2022

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do(a) participante: _____

Riscos: A participação na entrevista poderá expô-lo(a) a riscos mínimos como desconforto pelo tempo gasto durante a entrevista, possibilidade de constrangimento ao responder ao roteiro de entrevista, medo de não saber responder, estresse, cansaço ou vergonha ao responder às perguntas. Se isto ocorrer, você tem o direito de interromper e sugerir pausas, a fim de garantir que se sinta confortável na condição de participante da pesquisa. Você poderá interromper a entrevista para se recuperar, respirar, ir ao banheiro, beber água e retomar posteriormente, se assim o desejar. Já com relação ao anonimato e confidencialidade dos dados, a pesquisadora se compromete a suprimir o seu nome no roteiro da entrevista e utilizar códigos para a sua identificação. Por exemplo: entrevistado(a) 1 = E1, entrevistado(a) 2 = E2 e assim sucessivamente. Além disso, considerando a pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), serão seguidas as recomendações sanitárias vigentes no momento da execução das entrevistas com o intuito de expô-lo(a) ao menor risco possível. O distanciamento social, uso de máscaras, uso do álcool em gel e o ambiente arejado e/ou quaisquer outras novas recomendações que porventura ocorram serão rigorosamente respeitadas durante as entrevistas. Caso você sofra qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não, (Resolução 466, item V.7; Resolução CNS 510 de 2016 art. 19; Código Civil Lei 10,406 de 2002, Artigos 927 e 954) você tem o direito a buscar indenização através de vias judiciais.

Benefícios: Os benefícios desta pesquisa para você serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em Saúde Pública, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre a temática estudada.

Divulgação dos Resultados da Pesquisa: Conforme a Resolução 466/12, é uma exigência que os resultados e/ou achados das pesquisas sejam comunicados sempre que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade. Deste modo, os resultados desta pesquisa serão divulgados em formato de dissertação de acesso público. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 / e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contatos da pesquisadora responsável (Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz):

Tel: (24) 99200 0155

e-mail: araujo.joyce@hotmail.com

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2022

(Assinatura da pesquisadora)

Nome da pesquisadora:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “LITERACIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E MANEJO DA SAÚDE POR JOVENS DE UMA CIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO” e concordo em participar. Sendo assim, solicito que todas as páginas deste TCLE sejam rubricadas por você e pela pesquisadora nos campos próprios. Você deverá assinar a última página deste termo junto com a pesquisadora, em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com ela.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Nome do(a) participante:

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do(a) participante: _____

APÊNDICE E - QUADROS DE DOCUMENTOS PRELIMINARES

Quadro 4 – Lista dos Documentos Preliminares à Análise Documental.

Ano de Publicação	Tipo	Título	Autor(es)	Palavras-chave
2017	Anais	O Pronaf Jovem em debate no Brasil: política, solução ou "entrave"?	BARCELLOS, S. B.	Agricultura, Agricultura familiar, Políticas públicas de desenvolvimento rural, Programa de crédito
2017	Artigo de Revista	As políticas públicas para a juventude rural: o Pronaf jovem em debate	BARCELLOS, S. B.	Agricultura, Agricultura familiar, Políticas públicas de desenvolvimento rural, Programa de crédito
2013	Artigo de Revista	A maioria do Pronaf: uma avaliação crítica do programa de apoio à agricultura familiar em seus 18 anos de vida	FEIJÓ, R. L. C.	Agricultura, Agricultura familiar, Juventude rural, Políticas públicas de desenvolvimento rural, Programa de crédito
2011	Artigo de Revista	O lazer eclipsado: registros sobre o programa “Escola Aberta”	COSTA, J. M.; MASCARENHAS, F.; WIGGERS, I. D.	Política educacional, Cultura de paz, Política pública de juventude
2011	Artigo de Revista	Cidadania e lazer a partir do Programa Escola Aberta	ROCHA JUNIOR, C. P.; PINTO JUNIOR, F. D.	Política educacional, Cultura de paz, Política pública de juventude
2005	Artigo de Revista	Projeto escola de fábrica: atendendo a “pobres e desvalidos da sorte” do século XXI	RUMMERT, Sonia Maria	Educação, Política educacional, Formação profissional, Jovem baixa renda
2011	Cartilha	Princípios, diretrizes, estratégias e ações de apoio ao Programa Brasil Alfabetizado: elementos para a formação de coordenadores de turmas e de alfabetizadores	BRASIL. Ministério da Educação	Educação, Política educacional, Educação básica, Sistema de ensino
2019	Folheto	Conheça o Sinajuve: Sistema Nacional de Juventude	LOZZI, M.; BASTOS, S. J. L.; BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Participação juvenil, Mobilização social
2013	Folheto	Juventude Viva: balanço de um ano em Alagoas	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Vulnerabilidade juvenil, Prevenção à violência, Segurança pública
2010	Guia	Programa Escola Aberta: um guia	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional, Vulnerabilidade social, Cultura de paz
2013	Guia	Guia Pronatec de cursos (FIC)	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional, Educação

				profissional técnica, Formação inicial e continuada
2013	Guia	Juventude Viva: o plano juventude viva no seu município	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Vulnerabilidade juvenil, Prevenção à violência, Segurança pública
2014	Guia	Plano Juventude Viva: guia para implementação em estados e municípios	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Igualdade racial, Vulnerabilidade juvenil, Prevenção à violência
2017	Guia	Guia operacional do Programa Estação Juventude	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Vulnerabilidade juvenil, Emancipação juvenil, Participação social
1966	Manual	Manual do Crédito Rural	BRASIL. Banco Central do Brasil	Agricultura familiar, Políticas públicas de desenvolvimento rural, Programa de crédito
2017	Manual	Manual de capacitação do programa ID Jovem	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Benefício social Benefício meia-entrada, Mobilidade
2010	Manual	Manual operacional do Programa Escola Aberta: educação, cultura, esporte e trabalho para a juventude	BRASIL. Ministério da Educação	Programa Dinheiro Direto na Escola, Política educacional, Vulnerabilidade social, Cultura de paz
2011	Manual	Manual de adesão: Programa Brasil Alfabetizado	BRASIL. Ministério da Educação	Educação, Cadastro de usuário, Sistema Brasil Alfabetizado
2011	Manual	Orientações sobre o Programa Brasil Alfabetizado	BRASIL. Ministério da Educação	Educação, Alfabetização de jovens, Formação inicial e Continuada, Cadastro de usuário
2017	Manual	Manual de gestão da bolsa-formação - Pronatec	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional, Gestão de política pública, Assistência estudantil
2011	Manual	Manual de gestão da bolsa-formação	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional Educação profissional técnica Assistência estudantil
2016	Manual	Manual de gestão da Rede e-Tec Brasil e do profuncionário	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional, Educação profissional técnica, Bolsa formação estudante
2017	Manual	Caderno de orientações para formalização e execução do Programa Estação Juventude	BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Recurso financeiro, Vulnerabilidade juvenil
2006	Manual	Manual de rotinas para assistência de	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Doenças sexualmente

		adolescentes vivendo com HIV/Aids		transmissíveis, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Terapia antiretroviral, Saúde mental
2013	Manual	Passo a passo semana saúde na escola 2013	BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação	Política de saúde, Educação básica, Rede pública de ensino, Mobilização social
2011	Manual	Instrutivo PSE	BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação	Política de saúde, Rede pública de ensino, Educação básica, Atenção à saúde
2009	Manual	Manual de orientações: cadastro SIMEC	BRASIL. Ministério da Educação	Política de saúde, Educação básica, Rede pública de ensino
2008	Dissertação	Reestruturação produtiva, formação e identidade: o projeto escola de fábrica e a construção identitária de jovens trabalhadores	DUARTE, B. R. G. V.	Política educacional, Formação profissional, Jovem baixa renda
2018	Livro	ID Jovem: uma identidade da juventude brasileira	BARCELOS, J.; OLIVEIRA, F.; LOZZI, M.; SHINTAKU, M.	Política pública de juventude, Programa social Mobilidade, Benefício meia-entrada
2019	Livro	Sistema Nacional da Juventude: uma gestão conectada e interativa	LOZZI, M.; BASTOS, S. J. L.; OLIVEIRA, F.; FERNANDES, D. M.	Política pública de juventude, Política nacional de Juventude, Sinajuve
2007	Livro	Proposta Pedagógica do Programa Escola Aberta	BRASIL. Ministério da Educação	Política educacional, Cultura de paz, Política pública de juventude
2005	Livro	Projeto Escola de Fábrica: apresentação	BRASIL. Ministério da Educação	Educação, Formação profissional, Jovem baixa renda, Política educacional
2006	Livro	Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem: educação, qualificação profissional e ação comunitária	BRASIL. Presidência da República; BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Política Nacional de Juventude, Participação social, Formação integral
2017	Livro	Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Prevenção à violência, Segurança pública
2018	Livro	Plano juventude vida: um levantamento histórico	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Vulnerabilidade

				juvenil, Segurança pública
2014	Livro	Plano Juventude Viva: caminhos da política de prevenção à violência contra a juventude negra no Brasil	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Igualdade racial, Vulnerabilidade juvenil, Segurança pública
2018	Livro	Guia de implementação para o novo Plano Juventude Viva	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Política pública de juventude, Vulnerabilidade juvenil, Segurança pública
2014	Livro	Análise do mapeamento dos programas presentes no Plano Juventude Viva	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Vulnerabilidade juvenil, Prevenção à violência, Segurança pública
2018	Livro	Participação social no software Noosfero	BRASIL, L. M.; BARCELOS, J.; COSTA, J.; MONTEIRO, E.; SHINTAKU, M.	Participação social, Mobilização social, Produção de conhecimento
2019	Livro	Noosfero: um estudo do Participatório	LOZZI, M.; MOURA, R.S.; GONÇALVES, F. S.; BEZERRA, M. B.; CAVALCANTI, C. M. R.	Participação social, Solução tecnológica, Redes sociais
2014	Livro	Almanaque do Participatório: Participatório - observatório participativo da juventude	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Participação social, Tecnologia social, Participação política
2014	Livro	Estação Juventude: conceitos fundamentais: pontos de partida para uma reflexão sobre políticas públicas	BRASIL, Secretaria Nacional de Juventude	Vulnerabilidade juvenil, Emancipação juvenil, Participação social
2008	Livro	Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Promoção da saúde, Assistência à saúde, Doença crônica
2005	Livro	Impacto da violência na saúde dos brasileiro	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Vulnerabilidade social, Saúde pública, Violência contra a criança, Violência juvenil
2008	Livro	Um olhar sobre o jovem no Brasil	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de juventude, Desenvolvimento do adolescente, Sexualidade juvenil, Formação profissional, Acesso à

				educação
2007	Livro	Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Comportamento sexual, Sexualidade juvenil, Direito sexual, Direito reprodutivo
2002	Livro	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Agressão física, Abuso sexual, Violência psicológica, Violência institucional
2013	Livro	Saúde sexual e saúde reprodutiva	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Sexualidade juvenil, Direito reprodutivo, Anticoncepção, Violência sexual, Gravidez precoce
2008	Livro	Temático: prevenção de violência e cultura de paz	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Sistemas de saúde, Mortalidade violenta
2010	Livro	Política Nacional de Promoção da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Qualidade de vida, Alimentação saudável, Prevenção da violência, Redução da morbimortalidade
2008	Livro	Temático: saúde da família	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Programa Saúde nas Escolas, Qualidade de vida
2015	Livro	Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Sexualidade juvenil, Saúde Sexual, Saúde reprodutiva, Gravidez precoce, Doenças Sexualmente transmissíveis
2010	Livro	Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Vitimização juvenil, Violência doméstica, Violência sexual, Participação juvenil
2003	Livro	A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Redução de danos, Alcoolismo, Sexualidade juvenil, Vulnerabilidade juvenil
2017	Livro	Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Saúde juvenil, Protagonismo juvenil, Vulnerabilidade

				social, Trabalho juvenil, Desenvolvimento juvenil, Gravidez precoce
2007	Livro	Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Saúde do adolescente, Participação juvenil
2010	Livro	Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Saúde pública, Prevenção de violências, Proteção social
2013	Livro	Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Doenças sexualmente transmissíveis, Comportamento sexual, Sexualidade juvenil
2013	Livro	Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Saúde bucal, Saúde mental, Prevenção de violências, Educação em saúde, Saúde sexual, Saúde reprodutiva
2007	Livro	Marco legal: saúde, um direito de adolescentes	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Direitos dos jovens, Saúde do adolescente, Saúde sexual, Saúde reprodutiva
2011	Livro	Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Saúde da mulher, Aborto, Gravidez precoce
2013	Livro	Caderneta de saúde da adolescente	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Desenvolvimento do adolescente
2010	Livro	Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008: suplemento III - tratamento e prevenção	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Doenças sexualmente transmissíveis, Transmissão sexual, Exposição sexual, Risco de transmissão, Violência sexual
1999	Livro	Saúde e	BRASIL. Ministério	Política de saúde,

		desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional	da Saúde	Estatuto da criança e do adolescente, Sexualidade juvenil, Uso de drogas, Mortalidade violenta, Suicídio
2009	Livro	Saúde na escola	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Educação básica, Rede pública de ensino, Atenção à saúde
2012	Livro	Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica	BRASIL. Ministério da Saúde	Atenção integral, Apoio psicossocial, Aborto legal, Doença sexualmente transmissível
2007	Livro	Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental	BRASIL. Ministério da Saúde	Política de saúde, Comportamento suicida, Atenção psicossocial

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE F - QUADROS DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Quadro 5 – Análise Documental da Publicação: Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

Título/Ano de Publicação:	Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens (2007)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
Quais são os objetivos do documento?	“Oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde integral e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens” (p. 7).
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. Está voltado aos gestores do SUS e setores da saúde pública voltados à adolescência e à juventude.
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Sim. Aborda de maneira ampliada: “a saúde não se encerra na ausência de doenças, ele é um processo contínuo de garantia de condições amplas de qualidade de vida, satisfação pessoal e fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem estar físico, psicológico e social, e para o enfrentamento das desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento humano” (p. 13).
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente. Está voltado aos gestores do SUS e setores da saúde pública voltados à adolescência e à juventude.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Não. Considera aspectos do contexto de vida dos jovens e propõe a construção de uma metodologia “com vistas a transformar as relações e posturas tradicionais entre instituições e adolescentes e jovens, na perspectiva do diálogo livre, aberto, transformador e democrático capaz de promover a inserção social dos adolescentes e jovens enquanto sujeito de direitos” (p. 30).
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Sim. Explicita que “diferentes dimensões da vida social de adolescentes e jovens - em particular em relação à saúde -, reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre este segmento populacional” (p. 14). E aponta fragilidades vivenciadas por minorias (população negra, LGBTQIA+, população rural...).
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. Além disso, o conteúdo é fruto da Oficina Nacional de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens ocorrida em novembro de 2004, em Brasília.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Análise Documental da Publicação: Saúde sexual e reprodutiva.

Título/Ano de Publicação:	Saúde sexual e saúde reprodutiva (2013)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica
Quais são os objetivos do documento?	“Tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos” (p.10).
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. É uma abordagem voltada aos profissionais da saúde.
Há uma	Não. Somente a conceituação de saúde sexual e saúde reprodutiva.

conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente, pois é voltado à profissionais de saúde que lidam com o público jovem.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Não. “A saúde de adolescentes e jovens está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos” (p. 25)
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Sim. O capítulo 8 do caderno intitulado “Promovendo a saúde sexual e reprodutiva na diversidade” contém subcapítulos que abarcam a juventude (população adolescente e jovens), população negra, população LGBT, população indígena, pessoas com deficiência, prostitutas e outras pessoas que exercem a prostituição e pessoas em situação de prisão. “Um grande desafio para os serviços de saúde é o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, e devem contribuir para a sua superação” (p.67)
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. Menciona a participação social juvenil como pressuposto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: “fundamenta-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a Interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil” (p.24).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Análise Documental da Publicação: Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Título/Ano de Publicação:	Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (2010)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem
Quais são os objetivos do documento?	“ Geral: Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens; Específicos: Fomentar o debate com gestores e profissionais de saúde sobre a importância do cuidado integral, do direito à saúde de adolescentes e jovens e da abordagem dos determinantes de saúde que impactam nessa população, refletidos nos instrumentos de gestão do SUS: planos de saúde, planos diretores de regionalização; nos de investimento e nos termos de compromisso de gestão; Sensibilizar gestores e profissionais do SUS para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento nos serviços de saúde a adolescentes e jovens de ambos os sexos; Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS o processo de elaboração, de execução e de avaliação das estratégias norteadas pelas Diretrizes para Atenção

	Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, articuladas com outras políticas de atenção à saúde; Cooperar tecnicamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e de jovens e para a elaboração de estratégias, passíveis de acompanhamento e avaliação, articuladas com as áreas e programas de interface do setor saúde; Fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS a atenção integral à saúde na rede de saúde, que contemple todas as raças, etnias e grupos, a condição social, o gênero e a orientação sexual; buscando respeitar as especificidades de crescimento biológico, do desenvolvimento psicológico e social destas pessoas; Contribuir com as três esferas de gestão do SUS para a melhoria da capacidade de resposta às necessidades de saúde de adolescentes e jovens e; Promover e fortalecer a articulação com outras políticas setoriais que potencializem estratégias integradas de atenção à saúde de adolescentes e jovens” (p.71).
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. É uma abordagem voltada aos gestores da saúde.
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Não.
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente, pois é uma abordagem voltada aos gestores da saúde.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Não. Os temas estruturantes propostos: participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania e igualdade racial e étnica favorecem “a incorporação nas ações de saúde e na rede de atenção à saúde de novos subsídios voltados para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como sujeitos plenos de direitos, socialmente mais responsáveis e mais cooperativos, com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde” (p.52).
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Considera os DSS, mas não a diversidade da juventude brasileira.
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. Salienta seus benefícios: “no nível individual, a participação não é somente um enfoque para se obter uma adolescência e juventude socialmente mais responsável e mais cooperativa. E mais: é o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente sã e, em segundo lugar, leva adolescentes e jovens a se tornarem participantes importantes das ações que buscam promover a cidadania, e não apenas a serem eventuais usuários de programas, que induzam à consolidação de mecanismos de tutela e subordinação social. O terceiro benefício é acreditar que a participação juvenil não é apenas uma maneira de trazer os jovens para boas ações, desviando-os do mau caminho, e sim, acreditar que os adolescentes e jovens são promotores da transformação social. O quarto benefício é que a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde contribuirá decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas. Em síntese, tanto os adolescentes quanto o setor saúde, são beneficiados por esse processo, além da comunidade local e da sociedade como um todo” (p.53).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Análise Documental da Publicação: Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.

Título/Ano de Publicação:	Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde (2007)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
Quais são os objetivos do documento?	“Fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa” (p.5)
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. É voltado aos profissionais da área da saúde que lidam com a população juvenil.
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Não.
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente, uma vez que é voltado ao manejo das juventudes pelos profissionais de saúde.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Não. Reconhece que “a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos” (p.5).
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Sim. Orienta que, “para elaborar o planejamento das atividades que serão desenvolvidas pelo serviço de saúde, recomenda-se, inicialmente, realizar um diagnóstico que considere os seguintes aspectos: características dos adolescentes e jovens que residem na área de atuação da unidade de saúde (idade, sexo, orientação sexual, etnia, raça, nível socioeconômico, escolaridade, inserção no mercado de trabalho - formal e informal, pessoas com deficiências); informações sobre morbimortalidade, uso de álcool, tabaco e outras drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos; aspectos subjetivos, como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculos com a família, amigos e percepção sobre a escola, a comunidade e a unidade de saúde; características das famílias (renda, estrutura e dinâmica familiar); condições de vida: tipo de moradia, saneamento, destino do lixo, condições de segurança, transporte; recursos comunitários: escolas, atividades profissionalizantes, culturais e esportivas, áreas de lazer, igrejas, grupos organizados da sociedade civil e condições de atendimento nas unidades de saúde: acesso, distribuição dos adolescentes e jovens nos diferentes serviços, programas, projetos e atividades, percentagem de homens e mulheres, concentração de consultas, captação de gestantes por trimestre, principais motivos de atendimento, serviços oferecidos a adolescentes e jovens” (p. 8).
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. “A participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a autoestima, a assertividade e a construção do projeto de vida. Nos serviços de saúde, a participação ativa e autônoma de adolescentes e jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolução e o impacto social delas. É importante que o serviço de saúde reflita sobre o seu papel frente às iniciativas juvenis, considerando sua responsabilidade de promover a saúde no âmbito comunitário. Os grupos juvenis identificados podem ser excelentes

	parceiros. Quando os jovens se interessarem em serem promotores de saúde, cabe ao serviço capacitá-los e acompanhá-los no desenvolvimento e na avaliação das ações” (p.22).
--	---

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9 – Análise Documental da Publicação: Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids.

Título/Ano de Publicação:	Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids (2013)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Quais são os objetivos do documento?	“Qualificar a atuação dos profissionais da saúde e auxiliar na compreensão dos adolescentes e jovens que vivem com HIV e aids na sua integralidade” (p.7).
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. É direcionado ao manejo pelos profissionais de saúde.
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Não.
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente, pois é voltado ao manejo de adolescentes e jovens que vivem com HIV/Aids pelos profissionais de saúde. O documento possui alto teor técnico. E, apesar de ser direcionado à juventude, o conteúdo é voltado ao manejo do público adolescente, focando prioritariamente em questões biológicas.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Sim. “Fatores que colocam adolescentes e jovens em maior risco para as DST são a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas” (p.12).
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Reconhece que a abordagem clínica do jovem (que ele trata como “adolescente”) deve considerar seu contexto social e familiar, mas não aprofunda este ponto: “a abordagem deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada criança e adolescente, assim como seu contexto social e familiar” (p.44). Além disso, não traz as questões da diversidade da juventude brasileira.
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. “A tendência à superproteção dos cuidadores, frequente na transmissão vertical, e a fragilidade das referências familiares, muitas vezes presente nas histórias de vida de adolescentes que se infectaram por uso de drogas injetáveis ou transmissão sexual, devem dar lugar à participação dos adolescentes como sujeitos de sua saúde, em um processo de responsabilização gradual, tendo no núcleo familiar uma referência de segurança e apoio (p.64).”

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Análise Documental da Publicação: Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional.

Título/Ano de Publicação:	Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional (1999)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
Quais são os objetivos do documento?	Sinalizar que é “imperativa a construção de uma agenda nacional em prol da saúde e do desenvolvimento da juventude, da qual participarão o Governo e toda a sociedade” (p.18).

Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	O documento não é voltado especificamente ao manejo da saúde pelas juventudes. Mas ele sinaliza que “nenhuma organização é capaz, isoladamente, de realizar todas as ações necessárias para assegurar saúde e desenvolvimento para o adolescente e o jovem. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e a maximização dos potenciais de todos eles. Uma agenda comum refere-se aos papéis de vários setores do Governo e da sociedade civil” (p.16).
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Não.
De que forma o documento se relaciona com os jovens? Direta ou Indiretamente?	Indiretamente.
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	Não. “É preciso entender que o jovem não é um problema, mas a solução” (p. 21).
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Sim. E estimula que sejam considerados para a construção da agenda nacional que é proposta.
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	Sim. O documento inclusive traz uma crítica à negação à participação social do jovem: “a participação dos jovens é, na maioria das vezes, negada. Um desperdício com o qual a Nação não pode conviver. Muitas comunidades deixam de considerar as necessidades expressadas pelos próprios jovens. Programas voltados para o benefício da juventude devem, desde o início, estar conectados com jovens e permitir que estes tenham um papel de liderança no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades. Isto significa ouvi-los, redobrar esforços no sentido de compreender o modo como pensam e fazer com que contribuam para o sucesso das iniciativas” (p.17).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 11 – Análise Documental da Publicação: Saúde na Escola.

Título/Ano de Publicação:	Saúde na Escola (2009)
Quais instituições e/ou atores estão envolvidos na elaboração do documento?	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica
Quais são os objetivos do documento?	“Materializar a parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde, destacando que esta pode se ampliar para envolver outros parceiros na construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida” (p.9).
Quais informações voltadas ao manejo da saúde pelas juventudes o documento aborda?	Nenhuma. O documento destina-se ao manejo desta população através das equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes escolares pertencentes às áreas de abrangência.
Há uma conceituação/definição de saúde explicitada no documento? Como aborda a saúde?	Não.
De que forma o documento se relaciona com os jovens?	Indiretamente. É voltado para profissionais de saúde e profissionais da educação.

Direta ou Indiretamente?	
O documento trata as questões ligadas à saúde dos jovens como riscos a serem minimizados?	<p>Sim. “As avaliações clínicas periódicas multidisciplinares permitem identificar e atuar sobre fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo para redução da morbidade e mortalidade. Além disso, existem boas evidências de que, quando pautadas na integralidade do cuidado e na educação em saúde, avaliações periódicas promovem a adoção de hábitos e atitudes de vida mais saudáveis, por parte, principalmente, do estudante cidadão que está em formação” (p.20).</p> <p>“É importante enfatizar que a história clínica é o principal instrumento para identificar possíveis fatores de risco e agravos à saúde” (p.22).</p> <p>“Para se trabalhar de forma intersetorial, é preciso ter uma cartografia da realidade da comunidade escolar que estamos abordando. Quais são as necessidades daquele grupo? Qual o principal problema? Quais os principais riscos aos quais os estudantes são submetidos?” (p.82).</p>
O documento considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e reconhece a diversidade da juventude brasileira?	Menciona que devem ser considerados, mas não aprofunda nos tópicos a serem trabalhados.
O documento trata sobre a participação do jovem nos processos relativos à sua saúde?	<p>Sim. “Os projetos e atividades relacionados com a comunidade educativa e os riscos do ambiente na saúde (...) deverão apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de ações que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, por meio da partilha de boas práticas e de um trabalho em rede” (p.17).</p> <p>“Para estimular a participação local e da comunidade, podem ser realizados seminários de sensibilização e instrumentalização técnica dos diversos atores envolvidos – professores, funcionários, estudantes, pais e profissionais de saúde (BRASIL, 2006a), precedidos pela escuta às demandas e necessidades comunitárias nas áreas de saúde, educação e outras (p.17).</p>

Fonte: Elaboração própria.