

O protagonismo de adolescentes na Oficina de Inovação Presencial da Caderneta Digital de Adolescentes

Adolescent leadership in the In-Person Innovation Workshop for the Digital Health Booklet for Adolescents

Marília Batista Carvalho¹, Isabelle Caixeta Nunes¹, Marcelle Maria de Castro Apratto Tenório², Laís Vignati Ferreira³, Thereza de Lamare Franco Netto⁴

DOI: 10.1590/2358-28982026E110947P

RESUMO O artigo apresenta um relato de experiência do processo de construção da Caderneta Digital de Adolescentes (CDA), miniaplicativo no Meu SUS Digital destinado a adolescentes de 12 a 19 anos, iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz. O relato descreve as principais etapas do processo, com ênfase na Oficina de Inovação Presencial, seus desafios e potencialidades, e destaca o protagonismo de adolescentes como estratégias de fortalecimento do cuidado integral e da cidadania no campo da saúde pública. A metodologia participativa envolveu nove oficinas virtuais e uma presencial, para definir conteúdos, formatos e linguagens da CDA. As contribuições foram sobre comunicação, linguagem e educação em saúde; acessibilidade e inclusão digital; proteção e segurança; engajamento de adolescentes; e cuidado integral e saúde mental. A experiência revelou a capacidade crítica e criativa de adolescentes na construção de políticas públicas, tensionando práticas adultocêntricas e ampliando a legitimidade da escuta social no Sistema Único de Saúde (SUS). Concluiu-se que metodologias participativas potencializam a efetividade das ações em saúde e reafirmam o SUS como espaço democrático de produção coletiva do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Protagonismo adolescente. Saúde digital.

ABSTRACT This article presents an account of the development of the Digital Health Booklet for Adolescents (CDA), a mini-app within the Meu SUS Digital platform designed for adolescents aged 12 to 19. This initiative was carried out by the Ministry of Health in partnership with the Oswaldo Cruz Foundation, the United Nations Children's Fund, and the German Oswaldo Cruz Hospital. The report describes the main stages of the process, emphasizing the in-person Innovation Workshop, its challenges and potentials, and the leading role of adolescents as a strategy for strengthening comprehensive care and citizenship in public health. The participatory methodology involved nine virtual workshops and one in-person workshop to define the CDA's content, formats, and language. Contributions focused on health communication and education; accessibility and digital inclusion; protection and security; adolescent engagement; and comprehensive care and mental health. The experience revealed the critical and creative abilities of adolescents in the construction of public policies, challenging adult-centered practices and expanding the legitimacy of social listening within the Brazilian Unified Health System (SUS). Overall, the findings show that participatory methodologies improve the effectiveness of health actions and reaffirm the SUS as a democratic space for the collective production of the right to health.

KEYWORDS Social participation. Teenage protagonism. Digital health.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. mariliabacarvalho@gmail.com

²Pesquisadora autônoma – Maceió (AL), Brasil.

³Pesquisadora autônoma – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Pesquisadora autônoma – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

Adolescentes e jovens vivenciam demandas de saúde que frequentemente não são contempladas pelas abordagens tradicionais. Trata-se de um grupo socialmente considerado saudável, cujo olhar para sua saúde é comumente reduzido às questões de saúde sexual e reprodutiva¹. Contudo, são sujeitos de direitos, atravessados por desigualdades de classe, raça, gênero e território²⁻⁴, que enfrentam negligências quanto ao cuidado específico às suas particularidades etárias. Essa lacuna contribui para o surgimento de agravos imediatos ou futuros, relacionados com vulnerabilidades sociais e violências, evidenciados pela elevada mortalidade por causas externas⁵ e pelas desigualdades históricas que afetam diretamente seus direitos e oportunidades. Além disso, seus hábitos e comportamentos são influenciados por mídias digitais e redes sociais, o que reforça a necessidade de estratégias inovadoras e acessíveis para promoção do cuidado.

Considerando essas especificidades, o Ministério da Saúde elaborou, em 2008, a versão impressa da Caderneta de Saúde da/o Adolescente (CSA), destinada a adolescentes de 10 a 16 anos. A CSA resultou de um projeto-piloto realizado em 2007, em oito municípios brasileiros, com grupos focais compostos por adolescentes e profissionais de saúde, o que garantiu que o conteúdo refletisse suas experiências e perspectivas. Seu objetivo era, sobretudo, orientar sobre os principais aspectos da puberdade e cuidados com a saúde, dando subsídio ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A CSA abordava temas relevantes, organizados nos eixos de promoção, prevenção e atenção, em linguagem acessível e em versões masculina e feminina – formato que, embora refletisse o contexto da época, expressa uma concepção binária de gênero. Foi oficialmente inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2009, integrando o Programa Saúde na Escola (PSE), com ampla distribuição até 2018. Estudos sobre a implantação da CSA

demonstram que sua utilização, integrada à rotina dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), representou um recurso estratégico para fortalecer a atenção integral à saúde de adolescentes conforme preconizado pelas diretrizes do SUS¹.

A suspensão da impressão e distribuição da CSA durante o governo Bolsonaro, entre 2019 e 2022, sob a alegação de inadequação de conteúdo, evidenciou uma agenda conservadora nas políticas públicas de saúde, marcada pela restrição à abordagem de temas como diversidade e direitos sexuais e reprodutivos. Essa interrupção representou um deslocamento das políticas públicas para uma lógica moralizante, com impactos negativos na promoção da saúde integral e no direito à informação das/os adolescentes.

Em 2023, após a eleição presidencial, o Ministério da Saúde, diante da necessidade de acompanhar a demanda por conteúdos digitais, inovou ao criar a Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi) com o objetivo de ampliar o acesso, promover a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde. Com essa iniciativa, a Coordenação de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (Cosaj) propôs à Seidigi a elaboração da Caderneta Digital de Adolescentes (CDA), visando facilitar o acesso à informação em saúde para adolescentes de 12 a 19 anos em todo o Brasil. Com conteúdos relevantes, acessíveis e voltados ao fortalecimento do protagonismo juvenil e ao cuidado integral no SUS, a CDA será um miniaplicativo no Meu SUS Digital.

O projeto contou com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc). Diante da diversidade sociocultural que marca os 28 milhões de adolescentes brasileiros⁶, e tendo como referência os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente os da prioridade absoluta, participação e direito à informação⁷, a construção da CDA representou uma oportunidade concreta

de incorporar a participação ativa de adolescentes na formulação de políticas públicas de saúde. Esse processo buscou romper com lógicas individualistas e curativistas, reafirmando o direito à saúde como um bem coletivo.

A participação popular tem implicações concretas na formulação de políticas públicas congruentes com as realidades vividas pela população, exigindo criatividade e diversidade de espaços que possibilitem tanto o exercício da oposição quanto a apropriação da comunicação pela sociedade. Trata-se de um exercício de cidadania, de fortalecimento da democracia e de reorientação da saúde como um bem coletivo em contraposição às lógicas individualistas e curativistas ainda hegemônicas⁸⁻¹⁰. Nesse contexto, a participação social de adolescentes, público historicamente silenciado, adquire relevância ainda maior. É fundamental garantir sua inclusão na formulação de políticas públicas – especialmente aquelas voltadas à promoção, à prevenção e ao cuidado integral à saúde¹¹ –, reconhecendo sua capacidade de análise e incidência sobre os temas que os afetam diretamente.

Nesse sentido, o presente artigo apresenta um relato de experiência sobre o processo de construção da CDA, descrevendo suas principais etapas, com ênfase na Oficina de Inovação Presencial – etapa central de escuta, diálogo e elaboração colaborativa. Analisa, ainda, seus desafios e potencialidades e discute como a participação e o protagonismo de adolescentes se consolidaram como estratégias de fortalecimento do cuidado integral e de ampliação da cidadania no campo da saúde pública.

Ao considerar o protagonismo de adolescentes na formulação do conteúdo, busca-se evidenciar como sua escuta ativa e seu envolvimento qualificado são essenciais para a criação de políticas públicas mais efetivas, inclusivas e conectadas às realidades plurais dessa faixa etária. A experiência da CDA, nesse sentido, torna-se um exemplo concreto de inovação democrática e cuidado integral, reafirmando o SUS como espaço legítimo de expressão e construção coletiva do direito à saúde.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de construção institucional da CDA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em articulação interinstitucional com a Ensp/Fiocruz, o Unicef e o Haoc, desde setembro de 2024, com participação ativa de adolescentes, entre março e julho de 2025, em oficinas virtuais e presenciais. O objetivo foi elaborar um miniaplicativo vinculado ao Meu SUS Digital, voltado à promoção do cuidado integral, à ampliação do acesso à informação em saúde e ao fortalecimento da autonomia de adolescentes.

A metodologia foi inspirada nos referenciais da Educação Popular em Saúde e da participação social no SUS, priorizando práticas horizontais e dialógicas^{9,12,13}. O processo foi estruturado em quatro etapas principais: 1) atualização e adaptação dos conteúdos da CSA; 2) Oficinas virtuais; 3) Oficina de Inovação Presencial; e 4) sistematização das contribuições e validação dos conteúdos.

A experiência analisada neste artigo refere-se especificamente à Oficina de Inovação Presencial, etapa 3, realizada em Brasília (DF), cujo objetivo foi discutir a navegabilidade, o formato e a linguagem da CDA.

Para fins de compreensão, neste artigo, como equipe técnica, refere-se às equipes da Cosaj e da Ensp, que foram responsáveis, sobretudo, pelo desenvolvimento do conteúdo da CDA; e como equipe institucional, às equipes da Cosaj, da Seidigi, da Ensp, do Unicef e do Haoc, que operacionalizaram a construção da CDA.

Por se tratar de um relato institucional de experiência, o estudo não demandou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, mas respeitou os princípios éticos da escuta qualificada, do anonimato e do consentimento livre dos participantes.

Etapa 1. Atualização e adaptação dos conteúdos da CSA para a CDA

Na primeira etapa, a equipe técnica realizou um levantamento nas referências técnicas de saúde de adolescentes dos estados e capitais, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de identificar conteúdos que deveriam ser inseridos na CSA e avaliar a pertinência de uma versão digital. Todas as referências técnicas consultadas manifestaram-se favoráveis à versão digital e elencaram quatro novos temas a serem incluídos tanto na CSA quanto na CDA: violência, saúde mental, questões de gênero e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Na sequência, a equipe técnica procedeu à atualização dos conteúdos da CSA, buscando adequá-los às vivências contemporâneas das adolescências e à linguagem da comunicação digital. Os novos temas foram integrados, e o material foi reorganizado em nove blocos temáticos com o intuito de facilitar a validação dos conteúdos com adolescentes nas oficinas virtuais: 1) Eu, adolescente com direitos; 2) Me desenvolvendo com dignidade; 3) Prevenção e redução de danos; 4) Saúde mental – lidando com as emoções; 5)

Bem-estar; 6) Diversidade sexual e de gênero e masculinidades; 7) Lidando com a violência e o racismo; 8) Condições diversas e inclusão; e 9) Prevenção e saúde sexual.

Etapa 2. Oficinas virtuais

Para validação dos conteúdos atualizados pela equipe técnica, foram realizadas oficinas virtuais com adolescentes. O primeiro passo consistiu na formação de um Comitê de Adolescentes, composto por 15 participantes (*tabela 1*), convidados/as por meio de indicações da equipe técnica e do Unicef. Foram priorizados adolescentes vinculados a coletivos já engajados em pautas de saúde e participação social, como o Núcleo de Cidadania de Adolescentes (Nuca/Unicef), e grupos que haviam participado de ações do Ministério da Saúde, como o coletivo Garotas de Vermelho (Porto Alegre-RS). O Comitê teve como objetivo colaborar com a equipe técnica na definição das estratégias de convite e de comunicação com os participantes das oficinas, além de atuar na mediação das discussões entre adolescentes e a equipe institucional, favorecendo um ambiente acolhedor e seguro.

Tabela 1. Comitê de adolescentes participantes da construção das oficinas virtuais da CDA

	Variável	n (n = 15)	%
Idade	15 anos	2	13,3
	17 anos	3	20,0
	18 anos	4	26,7
	19 anos	6	40,0
Região de origem	Norte (AM, PA)	2	13,3
	Nordeste (CE, MA, PE)	9	60,0
	Centro-Oeste (DF)	1	6,7
	Sudeste (ES, RJ)	2	13,3
	Sul (RS)	1	6,7
Autodeclaração étnico-racial	Branca	5	33,3
	Parda	6	40,0
	Preta	1	6,7
	Indígena	3	20,0
Identidade de gênero	Menina cis	10	66,7
	Menino cis	4	26,7
	Menino trans	1	6,7

Tabela 1. Comitê de adolescentes participantes da construção das oficinas virtuais da CDA

	Variável	n (n = 15)	%
Deficiência	Sem deficiência	13	86,7
	Física	2	13,3

Fonte: Formulário de participantes do Comitê de Adolescentes (2025).

A divulgação das oficinas foi realizada por meio de um formulário eletrônico, com limite de 200 inscrições, destinado a adolescentes de 13 a 16 anos – faixa etária escolhida por corresponder à mediana da adolescência e favorecer a equidade nas interações *online*. A chamada pública foi amplamente divulgada em parceria com as referências estaduais e municipais de saúde de adolescentes, coletivos apoiados pelo Unicef, escolas vinculadas ao PSE e redes sociais de profissionais da equipe institucional.

O formulário continha perguntas sobre os aspectos sociodemográficos, os hábitos de consumo e de informação em saúde, os temas de interesse de acordo com os blocos previamente definidos e a disponibilidade para participar da reunião de acolhimento, etapa obrigatória que apresentava os objetivos da

CDA e o formato das oficinas virtuais. Foram excluídas respostas duplicadas, de pessoas fora da faixa etária ou que não confirmaram presença na reunião de acolhimento.

A chamada permaneceu aberta até atingir o número máximo de inscrições. Ao final, foram consideradas 195 respostas válidas, das quais 165 correspondiam à faixa etária definida; contudo, apenas 130 adolescentes confirmaram interesse e 117 informaram telefone válido para contato. Dessa forma, foram convidadas/os para participar da reunião de acolhimento 117 adolescentes de 15 estados das cinco regiões brasileiras (*tabela 2*). Após a reunião de acolhimento, os/as participantes foram distribuídos/as nos blocos temáticos conforme seus temas de interesse, com média de dez adolescentes por bloco.

Tabela 2. Adolescentes convocados para as oficinas virtuais dentro dos critérios de participação

	Variável	n (n = 117)	%
Idade	13 anos	46	39,3
	14 anos	33	28,2
	15 anos	25	21,7
	16 anos	13	11,1
Região de origem	Norte (AC, AM, PA)	6	5,1
	Nordeste (AL, MA, PB, SE)	84	71,8
	Centro-Oeste (DF, MT)	2	1,7
	Sudeste (MG, RJ, SP)	11	9,4
	Sul (PR, RS, SC)	14	12,0
Autodeclaração étnico-racial	Branca	29	24,8
	Parda	68	58,1
	Preta	11	9,4
	Indígena	6	5,1
	Amarela	3	5,6
Identidade de gênero	Menina cis	66	56,4
	Menino cis	47	40,2
	Outro/não sabe/não respondeu	4	3,4

Tabela 2. Adolescentes convocados para as oficinas virtuais dentro dos critérios de participação

	Variável	n (n = 117)	%
Deficiência	Sem deficiência	109	93,2
	Com deficiência (intelectual, múltipla, psicossocial, visual)	8	6,8

Fonte: Formulário de participantes das oficinas virtuais da CDA (2025).

Para validação metodológica das oficinas a serem realizadas, foi elaborada uma oficina-piloto virtual com o comitê de adolescentes. Nessa oficina, foram validados tanto o formato metodológico quanto os conteúdos do Bloco 1. Em seguida, aplicou-se um formulário interno para definir, com as/os adolescentes, quais delas/es atuariam como mediadoras/es dos demais blocos temáticos em parceria com a equipe técnica.

Após essa definição, a equipe técnica realizou reuniões de alinhamento com as duplas de adolescentes mediadoras, incentivando a leitura prévia dos textos e a mobilização dos demais participantes. Durante as oficinas virtuais, os grupos analisaram criticamente os conteúdos de cada bloco, propondo ajustes na linguagem e na abordagem de temas para torná-los mais próximos das realidades juvenis. Também foram coletadas informações sobre hábitos, necessidades e sugestões de funcionalidades para o minia aplicativo, que seriam retomadas na etapa presencial. Apesar do elevado número de inscrições, a participação média efetiva foi de seis adolescentes por bloco.

Etapa 3. Oficina de Inovação Presencial

A Oficina de Inovação Presencial foi realizada em Brasília (DF), com o objetivo de aprofundar a cocriação do minia aplicativo da CDA, a partir das contribuições coletadas nas oficinas virtuais. Foram enviadas 25 cartas-convite a adolescentes de 12 a 19 anos, participantes das oficinas virtuais do Comitê Adolescente e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). A seleção considerou

diversidade regional, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, deficiência e pertencimento a povos e comunidades tradicionais, do campo, das águas, da floresta e das cidades. Todos os participantes apresentaram, quando necessário, termo de autorização assinado pelos responsáveis legais.

Enquanto as oficinas virtuais tiveram como enfoque a validação de conteúdo, a oficina presencial teve como objetivo testar funcionalidades, formatos e linguagem visual do minia aplicativo do Meu SUS Digital. Foram utilizadas metodologias participativas¹⁵, como dinâmicas com grupos focais – ‘momentos de vida’, ‘construção de personas’ e ‘jornada da/o usuária/o’ –, testes de usabilidade e *Design Sprint*¹⁶, conduzidas pela equipe institucional, assegurando escuta qualificada sobre a adequação do conteúdo e da experiência de uso às necessidades e preferências do público adolescente.

Para dirimir a assimetria entre adultos e adolescentes, a mediação das dinâmicas adotadas na Oficina de Inovação Presencial partiu do reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos, dotados de desejos, narrativas próprias e capacidade crítica sobre suas vivências. Essa abordagem não se limitou a responder a perguntas previamente estruturadas, pelo contrário, criou espaço para que os/as participantes formulassem proposições autônomas, extrapolando os roteiros propostos, dialogando com Severino, ao defender a importância de processos formativos pautados na reflexão crítica, na autonomia intelectual e na valorização da experiência como base para a construção do conhecimento¹⁷.

A Oficina de Inovação Presencial reuniu 24 adolescentes provenientes de 11 estados brasileiros e do Distrito Federal, representando todas as regiões do Brasil (*tabela 3*). A faixa etária predominante foi entre 15 e 16 anos. Em termos de raça/cor, participaram adolescentes brancos, pardos, pretos e indígenas, o que reflete a diversidade étnico-racial do País. A oficina também incluiu diferentes identidades

de gênero – como cisgêneros, transgêneros e não binários – e variadas orientações sexuais, como heterossexual, bissexual, homossexual e pansexual. Além disso, adolescentes com deficiência física, visual e Transtorno do Espectro Autista (TEA) estiveram presentes, reforçando o compromisso com a acessibilidade e a escuta inclusiva.

Tabela 3. Adolescentes participantes da Oficina de Inovação Presencial da CDA

Variável		n (n = 24)	%
Idade	12 anos	2	8,3
	13 anos	3	12,5
	14 anos	3	12,5
	15 anos	4	16,7
	16 anos	5	20,8
	17 anos	1	4,2
	18 anos	3	12,5
	19 anos	3	12,5
Região de origem	Norte (AC)	2	8,3
	Nordeste (BA, MA, PB, PE)	8	33,3
	Centro-Oeste (DF, GO)	6	25,0
	Sudeste (ES, RJ, SP)	4	16,7
	Sul (PR, RS)	4	16,7
Autodeclaração étnico-racial	Branca	10	41,7
	Parda	10	41,7
	Preta	3	12,5
	Indígena	1	4,2
Identidade de gênero	Menina cis	12	50,0
	Menino cis	7	29,2
	Menino trans	3	12,5
	Menina trans	1	4,2
	Não binário	1	4,2
Orientação sexual	Heterossexual	16	66,7
	Bissexual	4	16,7
	Homossexual	2	8,3
	Pansexual	1	4,2
	Nenhum	1	4,2
Deficiência	Sem deficiência	19	79,2
	Física	2	8,3
	TEA	2	8,3
	Visual	1	4,2

Fonte: Formulário de participantes da Oficina de Inovação Presencial da CDA (2025).

Nos dois dias seguintes – terceiro e quarto –, as atividades foram conduzidas exclusivamente pela equipe institucional, com enfoque

na sistematização das contribuições apresentadas e na análise da viabilidade das propostas, utilizando a metodologia do *Design Sprint*. No

quinto e último dia, foi realizado o teste do protótipo em cinco instituições públicas de ensino e serviços de saúde do Distrito Federal, com adolescentes de 12 a 18 anos, de diferentes identidades de gênero, orientação sexual, raças/cor e locais de residência. Essa etapa teve como objetivo avaliar a funcionalidade, a usabilidade e a adequação do aplicativo às necessidades reais dos usuários.

Todos os custos de deslocamento, hospedagem, alimentação e participação foram integralmente custeados pelo Ministério da Saúde, Haoc, Unicef e Ensp/Fiocruz.

Etapas 4. Sistematização das contribuições e validação dos conteúdos

Nesta etapa, a equipe técnica adaptou os conteúdos de acordo com as solicitações das/os adolescentes nas oficinas virtuais e presencial. A Seidigi apresentou o relatório final, resultado da Oficina de Inovação Presencial, e, em parceria com a equipe técnica e o Unicef, realizaram uma minioficina voltada à conceitualização de funcionalidades, identificação de necessidades e priorização da inserção de conteúdos no miniaplicativo. Considerando que a primeira versão do miniaplicativo será disponibilizada no Meu SUS Digital em 2026, definiu-se a publicação em duas etapas: a versão inicial (V1), contemplando funcionalidades primárias; e a versão posterior (V2), com aprimoramentos da V1 e inclusão das demais funcionalidades, cuja produção demanda maior complexidade e tempo.

Além das funcionalidades, foi definido o fluxo de inserção de conteúdos previamente indexados e validados como um lote único, a ser lançado oficialmente. Como parte dessa etapa, foi elaborada a Ordem de Serviço (OS),

documento que organiza a encomenda de produção do miniaplicativo e de seu *layout* oficial, a ser entregue à empresa responsável.

A participação de adolescentes na Oficina de Inovação Presencial da CDA: entre a escuta e a autoria

A Oficina de Inovação Presencial, concebida como espaço de escuta qualificada e coautoria, gerou desdobramentos significativos na construção da CDA – alcançando os objetivos esperados de acréscimo de temas, acessibilidade e formato. Além disso, demonstrou que a presença de adolescentes com trajetórias, marcadores sociais – como idade, região federativa, raça/cor, identidade de gênero, sexualidade e corporalidades – e experiências diversas produz tensionamentos entre saberes técnicos e saberes situados. Conforme Rodó-de-Zárate, a interseccionalidade exige mais do que a nomeação de marcadores sociais, ela requer o enfrentamento dos conflitos, silenciamentos e assimetrias que emergem das diferenças que emergem entre esses sujeitos¹⁸ – premissa que orientou a condução metodológica do processo.

De modo geral, as contribuições das/os adolescentes incidiram principalmente sobre cinco dimensões de participação (*quadro 1*), levantadas pelas principais demandas e problematizações e discutidas por meio de proposições e soluções sugeridas: comunicação, linguagem e educação em saúde; acessibilidade e inclusão digital; proteção e segurança; representatividade e protagonismo das juventudes; e cuidado integral e saúde mental.

Quadro 1. Contribuições das/os adolescentes na Oficina de Inovação Presencial da CDA

Dimensão de participação	Principais demandas e problematizações	Proposições e soluções sugeridas
Comunicação, linguagem e educação em saúde	Falta de acesso a informações confiáveis sobre sexualidade, menstruação, assédio, diversidade de gênero e raça; linguagem institucional distante da realidade adolescente; ausência de espaços de diálogo e letramento digital.	Uso de linguagem acolhedora e próxima da oralidade; <i>chatbot</i> com inteligência artificial adaptada à linguagem juvenil; mídias interativas (vídeos, histórias em quadrinhos, <i>podcasts</i>).
Acessibilidade e inclusão digital	Exclusão de adolescentes sem acesso à internet ou sem conta no Gov.br; falta de recursos de acessibilidade para pessoas com deficiência ou neurodivergentes; baixa inclusão de adolescentes trans e indígenas nos serviços de saúde.	<i>Login</i> simplificado, acesso <i>offline</i> e livre ao aplicativo; interface inclusiva; linguagem acessível e sem gírias; audiodescrição; intérprete de Libras; fóruns de discussão; espaços de acesso público à internet; trilhas de aprendizagem e <i>links</i> úteis; customização de conteúdos conforme o território e o perfil do/a usuário/a.
Proteção e segurança	Exposição a violências e discriminações (racismo, transfobia, violência sexual); falta de canais de denúncia acessíveis; necessidade de garantir ambientes seguros para adolescentes.	Canal de ouvidoria e <i>chat</i> 24 horas para orientações e registro de boletins de ocorrência; inclusão do nome social sem intermediação de adultos; conteúdos sobre direitos e proteção contra violências.
Representatividade e protagonismo juvenil	Invisibilidade de grupos e territórios diversos; burocracia na participação social; falta de espaços de fala e de escuta; distanciamento entre adolescentes e o Ministério da Saúde.	Jogos e espaços interativos sobre saúde; conselhos e grupos de jovens; ouvidoria para adolescentes; geolocalização de serviços; rede nacional de adolescentes do SUS; influenciadores e adolescentes como mediadores do conteúdo.
Cuidado integral e saúde mental	Fragilidade do acesso equitativo ao SUS; falta de acolhimento em saúde mental; ausência de estratégias de autocuidado e de redução de danos; sobrecarga entre estudo e trabalho; influência negativa das redes sociais.	Conteúdos sobre redução de danos, sexualidade e autocuidado; alertas de uso excessivo de telas; práticas integrativas (música, yoga, dança); conteúdos em desenho e animação; dicas de alimentação e lazer; personalização por faixa etária.

Fonte: Relatório Institucional da Oficina de Inovação Presencial da CDA (2025).

No campo da ‘Comunicação, linguagem e educação em saúde’, as/os adolescentes defenderam o uso de termos próximos da oralidade, não prescritivos e afinados com seus repertórios culturais, além de formatos mais lúdicos, como vídeos, histórias em quadrinhos e mídias interativas, tensionando os formatos tradicionais de comunicação institucional. Também mencionaram o potencial de novas tecnologias, como inteligências artificiais e customização de conteúdos conforme diferentes perfis de usuários, como estratégias de inclusão e engajamento. As tensões em torno da linguagem não se limitaram à adequação comunicativa, mas revelaram disputas epistemológicas em torno de tornar acessível e

interessante o conhecimento em saúde produzido por e para adolescentes. Nesse sentido, a demanda por linguagem acessível expressa também a reivindicação de reconhecimento de saberes de adolescentes sobre o próprio corpo, saúde e vida cotidiana.

No eixo da ‘Acessibilidade e inclusão digital’, emergiram críticas à barreira de acesso ao Gov.br e reivindicaram recursos de audiodescrição, Libras, modo *offline* e de baixo consumo de dados – não como sugestão opcional, mas como exigência de acessibilidade plena. Também foram enfáticos ao demandar a incorporação de marcadores sociais, como gênero, raça, sexualidade, deficiência, território e escolarização, bem como narrativas

que representassem diferentes realidades. Essas proposições indicam uma compreensão ampliada de acessibilidade, que articula infraestrutura tecnológica e reconhecimento identitário.

A exposição cotidiana a violências e discriminações e a falta de canais acessíveis de denúncias, recursos de ‘Proteção e segurança’ atravessaram fortemente as falas. Como resposta, propuseram canais de ouvidoria ou *chat* 24 horas com profissionais reais, e a possibilidade de registro de boletins de ocorrência. Além disso, a defesa do acesso ao minia aplicativo sem a intermediação de adultos expressa a busca por um espaço seguro de afirmação de identidades e autonomia – dimensão central da cidadania digital.

A ‘Representatividade e o protagonismo juvenil’ apareceram como núcleos centrais da experiência. As/os adolescentes denunciaram a ausência de espaços de escuta e o distanciamento entre juventudes e o Ministério da Saúde, reivindicando canais permanentes de diálogo e participação. A proposição por novos recursos de trocas – como jogos, influenciadores ‘do bem’ e espaços interativos e conhecimento em saúde, mais integrados às suas vivências, como jogos e espaços interativos – indica a necessidade de reorganizar as práticas de saúde e educação a partir de linguagens dialógicas e afetivas¹⁹. Entendido como prática pedagógica horizontal, o diálogo supõe que todos têm algo a ensinar e a aprender; é via de conscientização, de humanização e promotora de autonomia. A promoção de espaços de diálogo constitui-se, assim, como prática de cidadania, reconstrução das relações sociais e promoção da saúde mental²⁰.

O ‘cuidado integral’ foi tensionado pela percepção de fragilidade no acesso equitativo ao SUS, pela carência de acolhimento em ‘saúde mental’ e pela ausência de estratégias de redução de danos²¹ relacionadas ao uso de drogas e redes sociais. Essas lacunas evidenciam o distanciamento histórico entre o Ministério da Saúde e as juventudes, ampliado nos anos de políticas conservadoras. Em

contrapartida, as proposições das/os adolescentes reafirmam o direito a uma informação integral, lúdica e personalizada, que valorize a diversidade das experiências adolescentes.

Tais contribuições não apenas qualificaram os conteúdos, mas também reposicionaram as/os adolescentes como curadores da linguagem e da forma, ampliando as fronteiras do que se entende por informação em saúde, configurando um exercício de agência epistêmica²². Essas proposições revelaram uma compreensão sofisticada de acessibilidade e comunicação como direitos e parâmetros éticos de políticas públicas digitais.

A experiência da oficina permitiu interpelar práticas hegemônicas de participação restrita e as lógicas adultocêntricas de produção de informação, por meio de conversações entre os sujeitos e a coletivização do saber, não se restringindo apenas à perspectiva da/o especialista²³. Essa lógica orientou a escuta realizada na oficina, que favoreceu a formulação de proposições por parte das/os adolescentes, diferentemente do padrão identificado por Táparo et al., em que adolescentes estão geralmente envolvidos apenas na coleta de dados²⁴. Na oficina, elas/es participaram da análise, formulação e priorização de conteúdos e formatos digitais, reposicionando seu lugar na produção de políticas.

Esse processo produziu aprendizagens institucionais, promovendo maior aderência às vivências de adolescentes, desafiando a equipe institucional a reconhecer as tensões entre o discurso da integralidade e a prática efetiva da escuta. Ao reivindicar centralidade para temas como saúde mental e direitos, as/os adolescentes expuseram a clivagem entre o saber técnico e o saber situado das juventudes. Assim, a produção de conhecimento não se deu para adolescentes, mas com eles/as – sujeitos que mobilizam repertórios, afetos e interesses e tensionam o próprio escopo das políticas públicas de saúde. Em sintonia com experiências internacionais²⁵, a CDA evidencia o conflito como motor democrático da participação, fortalecendo o exercício da cidadania

ativa e reposicionando adolescentes como interlocutores legítimos do SUS.

A análise aqui apresentada toma a Oficina de Inovação Presencial como experiência-síntese do processo de elaboração da CDA, na medida em que materializa os desafios e as potencialidades da participação social de adolescentes na formulação de políticas públicas digitais em saúde. A participação social qualificada, nesse contexto, implica reconhecer adolescentes não apenas como informantes, mas também como capazes de incidir sobre decisões, definir prioridades e disputar sentidos sobre saúde, cuidado e cidadania digital – o que exige tensionar modos tradicionais de produção institucional de políticas.

Desafios e limitações da experiência

Embora a Oficina de Inovação Presencial da CDA tenha representado uma estratégia inovadora para a incorporação da participação social de adolescentes na formulação de políticas públicas, também evidenciou os limites estruturais e institucionais que permeiam esse tipo de iniciativa. A amplitude territorial do País, as restrições orçamentárias e a impossibilidade de deslocamento interestadual de adolescentes desacompanhados atuaram como dispositivos seletivos, restringindo a representatividade nacional e a diversidade de experiências.

Apesar da pluralidade de participantes, observou-se maior presença de adolescentes entre 15 e 16 anos, oriundas/os, em sua maioria, do Distrito Federal, Maranhão e Rio Grande do Sul, majoritariamente brancas/os e pardas/os, cisgêneras/os, heterossexuais e sem deficiência. Assim, embora os debates tenham sido ricos e relevantes, a composição não alcançou um cenário ideal de representatividade capaz de contemplar a amplitude das adolescências brasileiras, diversas em território, raça/cor/etnia, corporalidades, culturas, sexualidades e identidades de gênero.

A dificuldade de convocação dessa diversidade de adolescentes de todos os estados federativos

e faixas etárias, desde as oficinas virtuais, decorreu, em parte, da limitação temporal e da necessidade de celeridade no desenvolvimento do miniaplicativo, o que inviabilizou a divulgação ampla das plataformas oficiais do Ministério da Saúde. A mobilização, articulada com o Unicef e com referências de saúde de adolescentes das Secretarias de Saúde dos estados e municípios, resultou em uma amostra diversa, mas ainda restrita, o que limitou o potencial transformador do processo participativo.

O número máximo de 25 adolescentes para a oficina presencial constituiu outro limite relevante diante da proposta de um produto de alcance nacional. Embora a equipe técnica tenha buscado promover isonomia entre adolescentes e adultos, a presença majoritária de pessoas adultas – justificada pela necessidade de suporte técnico e institucional, pela insegurança de familiares em autorizar o deslocamento de adolescentes desacompanhados, além de solicitações específicas de adolescentes com TEA que têm direito a acompanhantes – produziu desigualdades na dinâmica participativa. Embora a metodologia da CDA tenha aberto espaço para uma escuta sensível e para a proposição de conteúdos relevantes, persistem assimetrias institucionais que dificultam a efetiva transição das/os adolescentes de ‘consultados’ para ‘coautores’ no ciclo completo da política pública²².

Além desses desafios de representatividade e equidade, algumas propostas apresentadas pelas/os adolescentes, como a criação de *chat* 24 horas com profissionais reais, fóruns de discussão e canais de denúncia, entre outras, mostraram-se inviáveis no contexto atual por exigirem infraestrutura técnica, financeira e de força de trabalho não disponíveis. Do mesmo modo, a vinculação obrigatória do miniaplicativo ao Gov.br – amplamente questionada pelas/os adolescentes –, embora configure um obstáculo de acesso, é imprescindível para garantir segurança e integração na interação governo-cidadão.

Por fim, persistem barreiras estruturais de conectividade, acessibilidade digital,

desigualdade territorial que precisam ser enfrentadas para que a participação de adolescentes em políticas digitais seja não apenas consultiva, mas deliberativa e transformadora. Esses limites evidenciam que a institucionalização da participação juvenil em políticas digitais demanda o enfrentamento de desigualdades estruturais que atravessam o próprio Estado brasileiro e sua capacidade de garantir o direito à participação social como prática efetiva.

Lições aprendidas e implicações para políticas públicas e futuras experiências

O protagonismo adolescente, elemento central no desenvolvimento da CDA, representou uma inovação no processo de formulação de políticas públicas digitais voltadas a adolescentes ao incorporar suas vozes diretamente na construção de conteúdos e decisões. Para as/os participantes, essa experiência significou o reconhecimento de suas vivências, saberes e capacidades de agência, reforçando a legitimidade da participação social no campo das políticas públicas. Contudo, a replicabilidade desse modelo em outras iniciativas dependerá da capacidade institucional de enfrentar os desafios estruturais que persistem, especialmente aqueles relacionados à representatividade, à diversidade e ao engajamento efetivo e contínuo das adolescências.

Sugere-se, portanto, que experiências futuras, inclusive de atualização da CDA, contem com um cronograma mais espaçado, que permita maior tempo para mobilização social e articulação com as referências estaduais e municipais de saúde de adolescentes, a fim de ampliar a base de seleção e fortalecer a diversidade e a representatividade das/os participantes. Recomenda-se, ainda, a realização de micro-oficinas territoriais, ou fomento de comitês territoriais de adolescentes, de modo

que adolescentes escolhidas/os por seus pares possam representá-los/las em nível nacional, atuando como porta-vozes das discussões e interesses locais, garantindo maior capilaridade e pluralidade no processo participativo. Outrossim, a busca por paridade entre equipe técnica e adolescentes deve ser mantida como horizonte ético e metodológico, a fim de equilibrar as relações e favorecer diálogos mais horizontais nos espaços de construção coletiva.

A partir da experiência da CDA e da Oficina de Inovação Presencial, identificam-se aprendizados relevantes para o aprimoramento de metodologias participativas e para o fortalecimento da cidadania digital de adolescentes nas políticas públicas de saúde. Além disso, a iniciativa de um minia aplicativo que fortaleça a democratização do saber em saúde, diante da inexistência de outros produtos digitais cocriados com adolescentes no SUS, que dialoguem com interesses e necessidades, demonstra a força da iniciativa.

Considerações finais

A experiência relatada, centrada na participação ativa de adolescentes na Oficina de Inovação Presencial de construção da CDA, reafirma que a incorporação de metodologias participativas possibilita não apenas aprimorar produtos técnicos, mas também tensionar práticas institucionais e epistemológicas. O processo permitiu ampliar conteúdos, aprimorar recursos de acessibilidade e testar formatos comunicativos mais próximos dos repertórios de adolescentes em sua diversidade ao mesmo tempo que ampliou a percepção das equipes proponentes sobre o alcance e os limites da participação social em contextos institucionais.

Ao privilegiar o protagonismo adolescente desde as etapas iniciais, a experiência evidenciou a potência da escuta ativa e do envolvimento qualificado. A CDA, nesse sentido, contará com a estruturação de seus conteúdos, privilegiando o saber técnico profissional em convergência com as vivências de adolescentes.

É esperado que esse alinhamento oportunize a expansão do uso da CDA pelas/os adolescentes em todo o País, tornando-se um exemplo concreto de inovação democrática e cuidado integral, que reafirma a participação social no SUS com espaços legítimos de expressão e construção coletiva do direito à saúde.

A abordagem interseccional adotada no processo permitiu reconhecer as assimetrias e exclusões históricas que atravessam marcadores sociais como gênero, raça, sexualidade, deficiência e território. No entanto, persistem desafios estruturais que tensionam a efetivação plena da participação de adolescentes, como as barreiras decorrentes da extensão territorial do País, as desigualdades no acesso à mobilidade e conectividade e as limitações institucionais e adultocêntricas que ainda permeiam dispositivos participativos. Tais desafios reforçam a necessidade de aprimorar estratégias de mobilização, inclusão e representatividade, com ampliação de prazos e recursos que assegurem maior equidade e diversidade no processo.

A aplicação prática de metodologias participativas com adolescentes na construção da CDA reposicionou adolescentes como sujeitos epistêmicos e agentes políticos, contribuindo para aprendizados institucionais. A experiência reafirmou o SUS como espaço legítimo de escuta, cidadania, diálogo e construção coletiva do direito à saúde. Ao reconhecer adolescentes como interlocutores qualificados, o processo contribuiu para a formulação de

uma política pública mais plural, inclusiva e sensível às realidades complexas e heterogêneas das adolescências brasileiras.

Como discutem Santos e Vianna²⁶, a escuta das diferentes realidades adolescentes repercute diretamente na qualidade e na pertinência das políticas públicas formuladas, produzindo deslocamentos institucionais significativos. Nesse sentido, a CDA não apenas inaugura um instrumento digital de saúde, mas também reforça uma prática política: a de construir políticas ‘com’ adolescentes, e não apenas ‘para’ eles/as, reafirmando o princípio da integralidade e o compromisso ético do SUS com a democracia e a justiça social.

Contribuições de autoria

Carvalho MB (0000-0001-6860-5194)* contribuiu substancialmente para concepção e planejamento do estudo, coleta, análise dos dados e redação do manuscrito. Nunes IC (0000-0002-2771-3604)* e Tenório MMCA (0009-0003-4403-5563)* participaram da coleta de dados e da revisão crítica. Ferreira LV (0000-0001-8998-2642)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e para redação do texto. Franco Netto TL (0000-0001-6186-8311)* contribuiu para concepção e projeto, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada, assumindo a responsabilidade pública pelo trabalho. ■

Referências

1. Lima JN, Costa RKS, Sousa ACPA, et al. Utilização da caderneta de saúde do adolescente: percepção de profissionais. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2019;32:9002. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9002>
2. Ianni O. A Questão Social. *Ci & Tróp*. 1989;17(2):789-202.
3. Butler J. *Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: n-1 edições; 2020.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. González L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
5. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2025. Informe I: violências e acidentes – ciclo de informes sobre a situação de saúde da juventude brasileira; 2025 ago 25 [acesso em 2025 nov 6]. Disponível em: <https://fiocruz.br/documento/2025/08/10-informe-epidemiologico-sobre-situacao-de-saude-da-juventude-brasileira>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022. Censo Demográfico: Tabela 1209 – População, por grupos de idade; 2022 [acesso em 2025 jun 18]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1209#resultado>
7. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 jul 16 [acesso em 2025 jul 18]; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 jul 18]; Edição 182; Seção I:18055-9. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
9. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2025 jul 18]; Edição 249; Seção I:25694-5. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
10. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde Soc. 2012;21:138-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2025 jul 18]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2025 jul 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf
13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 nov 20 [acesso em 2025 jul 18]; Edição 225; Seção I:62-3. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2013&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=168>
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-6.
15. Carvalho C, Vendrametto LM, Jacobi PR. Metodologias participativas e os desafios de co-criação [Internet]. São Paulo: IEE-USP; 2024 [acesso em 2025 jul 30]. (Série: Agenda política pública – SEGHD, v. 5). Disponível em: https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2025/05/5_Metodologias-participativas-1.pdf
16. Knapp J, Zeratsky J, Kowitz B. Sprint: o método usado no Google para testar e aplicar novas ideias em apenas cinco dias. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca; 2017.

17. Severino AJ. Formação política do adolescente no Ensino Médio: a contribuição da Filosofia. *Pro-Posições*. 2010;21(1):57-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072010000100005>
18. Rodó-de-Zárate M. ¿Quiéntiene Derecho a la Ciudad? Jóvenes lesbianas en Brasil y Cataluña desde las geografías emocionales e interseccionales. *Rev Lat.-Am Geogr Género*. 2016;7(1):3-20.
19. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
20. Martín-Baró I. A desideologização como contribuição da psicologia social para o desenvolvimento da democracia na América Latina. In: Lacerda Júnior F, organizador. *Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais*. Petrópolis: Vozes; 1985. p. 55-65.
21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2005 jul 4 [acesso em 2025 jul 30]; Edição 126; Seção I:55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html
22. Jacquez F, Vaughn LM, Wagner E. Youth as partners, participants or passive recipients: A review of children and adolescents in community-based participatory research (CBPR). *Am J Community Psychol*. 2013;51(1-2):176-89. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9533-7>
23. Rubim LM, Besset VL. Psicanálise e educação: desafios e perspectivas. *Estil Clín*. 2007;12(23):36-55.
24. Táparo FA, Placeres LB, Lussi IAO, et al. Pesquisa participativa com adolescentes no campo da saúde mental: uma revisão de literatura. *Gerais, Rev Interinst Psicol*. 2023;16(3):e20344.
25. Carceller-Maicas N. Mundos vitais das palavras: analisando o sofrimento adolescente por meio de narrativas de desconforto. *Rev Lat-Am Ciênc Soc, Inf Juv*. 2018;16(1):269-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.16116>
26. Santos DS, Vianna MB. Desafios para a saúde de adolescentes: reflexões sobre diversidade, dignidade e direitos humanos. *Saúde Debate*. 2023;47(Esp 1):e8287. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18287P>

Recebido em 11/08/2025

Aprovado em 24/11/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Editor responsável: Nilson do Rosário Costa, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8824778325312068>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8360-4832>, e-mail: nilsondorosario@gmail.com