

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 50, NÚMERO ESPECIAL 1  
RIO DE JANEIRO, FEV 2026  
ISSN 2358-2898

Políticas de saúde e  
proteção social para  
adolescentes e jovens

## SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

### EDITORES-CHEFES | EDITORS-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - e-mail: [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com)

Ana Maria Costa, Universidade do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>, e-mail: [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523>, e-mail: [lenaurlobato@uol.com.br](mailto:lenaurlobato@uol.com.br)

### EDITORA ADJUNTA | CO-EDITOR

Ingrid D'ávila Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471871659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: [ingriddávila@gmail.com](mailto:ingriddávila@gmail.com)

### EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

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 (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8824778325312068>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8360-4832>, e-mail: [nilsondorosario@gmail.com](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

Raphael Mendonça Guimarães, 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 (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8356846640489575>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>, e-mail: [raphael.guimaraes@fiocruz.br](mailto:raphael.guimaraes@fiocruz.br)

Thereza de Lameare Franco Netto, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0290655154026252>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6186-8311>, e-mail: [therezafnetto@gmail.com](mailto:therezafnetto@gmail.com)

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Aldices Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4836670181191443>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676>, e-mail: [aldices.miranda@ufrgs.br](mailto:aldices.miranda@ufrgs.br)

Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: [camilarossi@uffs.edu.br](mailto:camilarossi@uffs.edu.br)

Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: [as.carlosmoraes@gmail.com](mailto:as.carlosmoraes@gmail.com)

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - e-mail: [elda.cab@gmail.com](mailto:elda.cab@gmail.com)

Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - e-mail: [iola@medicina.ufmg.br](mailto:iola@medicina.ufmg.br)

Gicelle Galvan Machneski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - e-mail: [gmachneski@gmail.com](mailto:gmachneski@gmail.com)

Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - e-mail: [jamilli.santos@ufba.br](mailto:jamilli.santos@ufba.br)

Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: [leonardomattos@iesc.ufrj.br](mailto:leonardomattos@iesc.ufrj.br)

Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260232140260557>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>, e-mail: [manoelito.junior@uesb.edu.br](mailto:manoelito.junior@uesb.edu.br)

Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - e-mail: [mapale.2008@gmail.com](mailto:mapale.2008@gmail.com)

Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - e-mail: [maurasobreira@ufrn.br](mailto:maurasobreira@ufrn.br)

Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: [monica.senna20@gmail.com](mailto:monica.senna20@gmail.com)

Raquel Abrantes Pego - Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - e-mail: [rabra.peg@gmail.com](mailto:rabra.peg@gmail.com)

Ronaldo Teodoro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - e-mail: [ronaldosann@gmail.com](mailto:ronaldosann@gmail.com)

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9454572596499303> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - e-mail: [arthur.chioro@unifesp.br](mailto:arthur.chioro@unifesp.br)

Aldices Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4836670181191443> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676> - e-mail: [aldices.miranda@ufrgs.br](mailto:aldices.miranda@ufrgs.br)

Alicia Stolkiner, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - e-mail: [astolkiner@gmail.com](mailto:astolkiner@gmail.com)

Angel Martínez Hernaez, Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303284609986584> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - e-mail: [angel.martinez@urv.cat](mailto:angel.martinez@urv.cat)

Breno Augusto Souto Maior Fontes, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908250087435573> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - e-mail: [brenfontes@gmail.com](mailto:brenfontes@gmail.com)

Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: [camilarossi@uffs.edu.br](mailto:camilarossi@uffs.edu.br)

Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: [as.carlosmoraes@gmail.com](mailto:as.carlosmoraes@gmail.com)

Carlos Botazzo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - e-mail: [cbotazzo@hotmail.com](mailto:cbotazzo@hotmail.com)

Claudia Travassos, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5585204991017721> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4789-8511> - e-mail: [claudia.maria.travassos@gmail.com](mailto:claudia.maria.travassos@gmail.com)

Debora Diniz, Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3865117791041119> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - e-mail: [d.diniz@anis.org.br](mailto:d.diniz@anis.org.br)

Eduardo Luis Menéndez Spina, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - e-mail: [emenezed1@yahoo.com.mx](mailto:emenezed1@yahoo.com.mx)

Eduardo Maia Freese de Carvalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360319263720896> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - e-mail: [freese@cpqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqam.fiocruz.br)

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - e-mail: [elda.cab@gmail.com](mailto:elda.cab@gmail.com)

Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - e-mail: [iola@medicina.ufmg.br](mailto:iola@medicina.ufmg.br)

Elias Kondilis, Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - e-mail: [kondilis@qmul.ac.uk](mailto:kondilis@qmul.ac.uk)

Fátima Sueli Neto Ribeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - e-mail: [fatsujer@gmail.com](mailto:fatsujer@gmail.com)

Gicelle Galvan Machneski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - e-mail: [gmachneski@gmail.com](mailto:gmachneski@gmail.com)

Helene Rodrigues Corrêa Filho, Universidade do Distrito Federal (UnDF), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - e-mail: [helenecorrea@uol.com.br](mailto:helenecorrea@uol.com.br)

Hugo Spinelli, Universidade Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4632132822346897> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - e-mail: [hugospinelli09@gmail.com](mailto:hugospinelli09@gmail.com)

Jairnilson Silva Paim, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - e-mail: [jairnil@ufba.br](mailto:jairnil@ufba.br)

Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - e-mail: [jamilli.santos@ufba.br](mailto:jamilli.santos@ufba.br)

Jean Pierre Ungar, Institut de MédecineTropicale (IMT), Anvers, Belgium. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - e-mail: [contact@jeanpierreungar.com](mailto:contact@jeanpierreungar.com)

José da Rocha Carvalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1818832385881541> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - e-mail: [jrcarval@fiocruz.br](mailto:jrcarval@fiocruz.br)

Kenneth Rochel de Camargo Jr., Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - e-mail: [kenneth@uerj.br](mailto:kenneth@uerj.br)

Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: [leonardomattos@iesc.ufrj.br](mailto:leonardomattos@iesc.ufrj.br)

Ligia Giovannella, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4385037327951834> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - e-mail: [ligiagiovannella@gmail.com](mailto:ligiagiovannella@gmail.com)

Luiz Augusto Facchini, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795415938371676> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - e-mail: [luizafacchini@gmail.com](mailto:luizafacchini@gmail.com)

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138758876612437> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - e-mail: [odorico@saude.gov.br](mailto:odorico@saude.gov.br)

Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260232140260557>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>, e-mail: [manoelito.junior@uesb.edu.br](mailto:manoelito.junior@uesb.edu.br)

Mario Esteban Hernández Álvarez, Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - e-mail: [mariohernandez62@gmail.com](mailto:mariohernandez62@gmail.com)

Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - e-mail: [mapale.2008@gmail.com](mailto:mapale.2008@gmail.com)

Mario Roberto Rovere, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - e-mail: [roveremario@gmail.com](mailto:roveremario@gmail.com)

Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - e-mail: [maurasobreira@ufrn.br](mailto:maurasobreira@ufrn.br)

Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: [monica.senna20@gmail.com](mailto:monica.senna20@gmail.com)

Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - e-mail: [pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com)

Paulo Marchiori Buss, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/571733693652268> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - e-mail: [paulo.buss@fiocruz.br](mailto:paulo.buss@fiocruz.br)

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/92666787581530443> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - e-mail: [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com)

Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> - Orcid:

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 50, NÚMERO ESPECIAL 1  
RIO DE JANEIRO, FEV 2026

## APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

### Adolescentes e jovens na agenda do Sistema Único de Saúde

*Adolescents and young people on the agenda of the Brazilian Unified Health System*

Sonia Isoyama Venancio, Raphael Mendonça Guimarães, Thereza de Lamare Franco Netto, Nilson do Rosário Costa

## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

### Pobreza multidimensional na adolescência no Brasil (2017-2023): desafios e agenda de pesquisa

*Multidimensional poverty among adolescents in Brazil (2017-2023): Challenges and a research agenda*

Liliana Chopitea

### O cuidado como protetor para a saúde mental dos adolescentes

*The care as a protector for the mental health of adolescents*

Barbara da Silveira Madeira de Castro, Saint Clair dos Santos Gomes Junior, Maria de Fátima Junqueira-Marinho

### 'Rede Pode Falar': escuta acolhedora e produção de sentidos de adolescentes na relação com a escola

*'Rede Pode Falar': Attentive listening and meaning-making in adolescents' relationships with school*

Gabriela Goulart Mora, Kátia Regina Lopes Costa Freire, Narjara Medeiros de Macedo, Larissa Guilherme Pessoa de Assis e Souza

### Conhecimentos de adolescentes sobre serviços de saúde: implicações de um jogo para educação em saúde

*Knowledge of adolescents about health services: Implications of an educational game for health education*

Letiane de Souza Machado, Isabella Royer Perini, Jodéli Fabiana Dreissig, Richard Ecke dos Santos, André Weber de Vargas, Suzane Beatriz Frantz Krug, Edna Linhares Garcia

### A perspectiva dos profissionais de saúde no atendimento a adolescentes trans: uma análise qualitativa

*Perspectives of healthcare professionals on caring for transgender adolescents: A qualitative study*

Isabela Ferreira de Castro

### Relações entre culturas juvenis, saúde e arte: olhares a partir da perspectiva de jovens periféricos

*Connections between youth cultures, health, and art: Perspectives from young people living in the urban periphery*

Isabelle Melo Rocha, Alexsandra Maria Sousa Silva, Eriene Alves de Sousa

### Marcadores de alimentação não saudável e fatores associados entre adolescentes escolares de Montes Claros (MG)

*Unhealthy eating markers and associated factors among school adolescents in Montes Claros (MG)*

Lucineia Pinho, Maria Clara Angel de Oliveira Dias, Luany Caxangá Carneiro, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Roberta Corrêa Figueiredo, Nayra Suze Souza e Silva, Rosângela Ramos Veloso Silva

**Entre políticas e realidades: o uso de cigarros eletrônicos e outras drogas entre adolescentes**

*Between policies and realities: The use of electronic cigarettes and other drugs among adolescents*

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior, Ana Vilma de Moura Paiva, Janiele Gomes Dantas, Juvêncio César Lima de Assis, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Maria Valéria Chaves de Lima, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

**Fatores associados às lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes de Mato Grosso, Brasil**

*Factors associated with intentionally self-inflicted injuries in adolescents from Mato Grosso, Brazil*

Ligia Regina Oliveira, Leonardo José Araujo Campos, Amanda Cristina de Souza Andrade, Francine Nesello Melanda, Marta Ester Conciani

**'Suicídio não é tema de sessão clínica!': sobre tabus, peculiaridades e lacunas na formação médica pediátrica**

*'Suicide is not a clinical case topic!': On taboos, particularities, and gaps in pediatric medical education*

Orli Carvalho da Silva Filho, Luana Nogueira de Farias Moura, Daniel Storti Netto Puig, Mariana Tomasi Scardua, Maria Cecília de Souza Minayo

**Notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em um estado da Amazônia Legal**

*Notifications of intentionally self-inflicted injuries in adolescents residing in a state within the Legal Amazon region*

Leonardo José Araujo Campos, Francine Nesello Melanda, Silvana Maria Silva, Amanda Cristina de Souza Andrade, Marta Ester Conciani, Ligia Regina Oliveira

**Fatores associados ao abandono do acompanhamento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes**

*Factors associated with the abandonment of outpatient nutritional follow-up in children and adolescents*

Eslen Giovana da Silva Cordeiro, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

**Compreensão e manejo do sofrimento psíquico em Unidades de Acolhimento Institucional para adolescentes**

*Understanding and management of psychological suffering in institutional care units for adolescents*

Raphaela Carvalho, Sabrina Stefanello, Acácia Mayra Pereira de Lima, Deivisson Vianna Dantas dos Santos

**ENSAIO | ESSAY****A complementaridade dos ciclos de vida no desenvolvimento humano**

*The complementarity of life cycles in human development*

Mário Volpi

**A adolescência em um mundo em transição acelerada: políticas do provisório quanto ao uso prejudicial de substâncias**

*Adolescence in a fast-transitioning world: Tentative policies as regards the harmful use of substances*

Francisco Inácio Bastos

---

**A importância da Atenção Primária à Saúde na garantia do direito à saúde dos adolescentes no Brasil**

*The importance of Primary Health Care in guaranteeing adolescents' right to health in Brazil*

Regicely Aline Brandão Ferreira, Luciana Phebo

**REVISÃO | REVIEW**

**A tendência do suicídio no Brasil e a questão da adolescência: uma revisão de escopo**

*Suicide trends in Brazil and the issue of adolescence: A scoping review*

Nilson do Rosário Costa, Paulo Roberto Fagundes da Silva, Deborah Uhr, Raphael Mendonça Magalhães

**Violência sexual, gravidez e aborto na adolescência: realidade da sociedade brasileira**

*Sexual violence, pregnancy and abortion during adolescence: Reality of Brazilian society*

Júlia Pícolo Rodrigues, Carízia Cruz Landim, Diana Maria Alexandrino Pinheiro, Maria Augusta Vasconcelos Palácio, Matheus Rodrigues Lopes

**RELATO DE EXPERIÊNCIA | EXPERIENCE REPORT**

**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 Carvalho, Isabelle Caixeta Nunes, Marcela Maria de Castro Apratto Tenório, Laís Vignati Ferreira, Thereza de Lamare Franco Netto

**RESENHA | CRITICAL REVIEW**

**Anne Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. New Jersey: Princeton University Press, 2020**

Nilson do Rosário Costa

**ENTREVISTA | INTERVIEW**

**Suicídio na adolescência: uma abordagem psicanalítica**

*Suicide in adolescence: A psychoanalytic approach*

Christian Ingo Lenz Dunker, Marcelo Rasga Moreira

## Adolescentes e jovens na agenda do Sistema Único de Saúde

Sonia Isoyama Venancio<sup>1</sup>, Raphael Mendonça Guimarães<sup>2,3</sup>, Thereza de Lamare Franco Netto<sup>4</sup>, Nilson do Rosário Costa<sup>2,3</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E1AP-P

**ESTE NÚMERO TEMÁTICO ESPECIAL (NTE) SOBRE ‘Políticas de Saúde e Proteção Social para Adolescentes e Jovens’** é resultado da cooperação institucional entre o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (CGCRIAJ/DGCI/Saps/MS). A edição reúne autorias de diferentes instituições acadêmicas, de pesquisa e de gestão pública, que conceituam, analisam e fortalecem a agenda de proteção, cuidado e participação social de adolescentes e jovens no contexto das políticas públicas brasileiras.

Os trabalhos dialogam com os desafios contemporâneos da organização das ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando o papel dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e a necessidade de ampliar os espaços de escuta, participação e protagonismo de adolescentes e jovens. Nesse sentido, o NTE contribui para deslocar o debate da adolescência como categoria exclusivamente vulnerável para compreendê-la como uma janela estratégica do ciclo de vida, decisiva para a produção de saúde, equidade e bem-estar social ao longo do tempo.

Os textos destacam os desafios da organização das ações e dos serviços no âmbito do SUS, os DSS e a difusão da agenda de participação e escuta de adolescentes e jovens na atenção primária.

Cabe lembrar que o MS adota a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica a adolescência como o período de 10 a 19 anos, e a juventude, de 15 a 24 anos. Essa população demanda a intervenção protetiva das políticas públicas e da sociedade civil nas suas condições de vida e saúde, sobretudo em contextos marcados por desigualdades sociais, territoriais, étnicas e de gênero.

A literatura contemporânea no campo da política de proteção social tem destacado, nesse sentido, que a amplitude e a abrangência da proteção aos adolescentes e jovens são marcadores cruciais da condição geral de bem-estar social das nações<sup>1</sup>. No contexto de preocupação crescente com adolescentes e jovens, cabe ressaltar a notável proposição, em 2022, da Ação Global para Monitorar a Saúde e o Bem-Estar dos Adolescentes da OMS, com a recomendação de indicadores específicos (Global Action for Measurement of Adolescent Health – Gama) de avaliação da política no campo da saúde pública<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens (CGCRIAJ) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[nilsondorosario@gmail.com](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Pesquisadora autônoma – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Diante da necessária urgência de políticas governamentais de proteção aos adolescentes e jovens, as questões abordadas pelo NTE advogam, direta ou indiretamente, por iniciativas no âmbito do SUS de: 1) fortalecimento das ações de promoção do cuidado integral à saúde, de forma a construir um processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; 2) garantia da integralidade da atenção, por meio da organização de serviços e integração com as equipes multidisciplinares existentes no território; 3) reorientação dos Serviços de Saúde na Atenção Primária, visando favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens; 4) implementação hierarquizada, articulada e integrada da política, buscando garantir a integralidade do cuidado com enfoque na Estratégia Saúde da Família; 5) incorporação dos DSS, da interseccionalidade, como etnicidade, orientação sexual, identidade de gênero, de classe e deficiências, assim como as vulnerabilidades sociais e culturais nas práticas de saúde, no cuidado e autocuidado à saúde; 6) organização e qualificação dos serviços e ações de saúde, de modo a acolher os adolescentes e jovens em suas singularidades, necessidades e diversidades, favorecendo, assim, a sua vinculação e seu engajamento nos serviços de saúde; 7) formalização de uma linha de cuidado que estabeleça fluxo e referência entre a atenção primária e atenção especializada; 8) implementação de práticas educativas em uma perspectiva participativa, emancipatória e voltadas para a equidade e cidadania; 9) aprimoramento contínuo das

ações a partir do monitoramento e avaliação; 10) gestão interfederativa das ações, dos planos e programas voltados à saúde de adolescentes e jovens; e 11) disseminação da educação permanente aos profissionais da atenção primária e especializada do SUS, para a adoção de práticas que valorizem a escuta qualificada.

De acordo com essas diretrizes, o MS tem sustentado a agenda da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens no SUS por meio de atos normativos, orientações técnicas, qualificação dos profissionais de saúde, articulação interfederativa e intersetorial, e garantia da participação de adolescentes e jovens na formulação, implementação e avaliação de estratégias e ações.

As contribuições deste NTE dialogam, portanto, com a agenda política e com o modelo de provisão de serviços do SUS, reafirmando a saúde de adolescentes e jovens como dimensão estruturante da atenção primária, da equidade e do projeto civilizatório inscrito na Constituição de 1988<sup>3</sup>, contribuindo para o fortalecimento de uma política pública sustentável, contínua e comprometida com a cidadania das novas gerações.

## Contribuições de autoria

Venancio SI (0000-0001-7147-3292)\*, Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)\*, Franco Netto TL (0000-0001-6186-8311)\* e Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Keating D, Arjumand S, Nguyen Q. National Differences in Population Health and Development. In: Hall PA, Lamont M, organizadores. *Social Resilience in the Neoliberal Era*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 239-264.
2. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. *The Global Action for Measurement of Adolescent Health (GAMA)*; 2025 [acesso em 2026 fev 10]. Disponível em: <https://www.who.int/groups/the-global-action-for-measurement-of-adolescent-health>
3. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.



## Adolescents and young people on the agenda of the Brazilian Unified Health System

Sonia Isoyama Venancio<sup>1</sup>, Raphael Mendonça Guimarães<sup>2,3</sup>, Thereza de Lamare Franco Netto<sup>4</sup>, Nilson do Rosário Costa<sup>2,3</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E1AP-1

**THIS SPECIAL THEMATIC ISSUE (NTE) ON ‘Health Policies and Social Protection for Adolescents and Youth’** is the result of institutional cooperation between the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), the Fiocruz’s Center for Strategic Studies Antônio Ivo de Carvalho, the Sergio Arouca National School of Public Health, and the General Coordination of Children’s Health Care, Adolescents and Young People of the Department of Comprehensive Care Management of the Secretariat of Primary Care of the Ministry of Health (CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS). The edition brings together authors from diverse academic, research, and public management institutions who conceptualize, analyze, and strengthen the agenda for the protection, care, and social participation of adolescents and young people in the context of Brazilian public policies.

The works dialogue with the contemporary challenges of the organization of actions and services within the scope of the Unified Health System (SUS), emphasizing the role of Social Determinants of Health (SDH), the centrality of Primary Health Care (PHC), and the need to expand the spaces for listening, participation, and protagonism of adolescents and young people. In this sense, the NTE contributes to shifting the debate on adolescence from an exclusively vulnerable category to a strategic window of the life cycle, decisive for the production of health, equity, and social well-being over time.

The texts highlight the challenges of organizing actions and services within the scope of the SUS and the SDH, as well as the dissemination of the agenda of participation and listening to adolescents and young people in primary care.

It is worth remembering that the Ministry of Health adopts the World Health Organization (WHO) classification, which defines adolescence as the period from 10 to 19 years old and youth as the period from 15 to 24 years old. This population demands the protective intervention of public policies and civil society in their living and health conditions, especially in contexts marked by social, territorial, ethnic, and gender inequalities.

Contemporary literature in the field of social protection policy has highlighted that the breadth and scope of protection for adolescents and young people are crucial markers of a nation’s overall social well-being<sup>1</sup>. In the context of growing concern with adolescents and young people, it is worth highlighting the remarkable proposal, in 2022, of the WHO’s Global Action for Monitoring Adolescent Health and Well-Being, with the recommendation of specific indicators (Global Action for Measurement of Adolescent Health – GAMA) for evaluating policy in the field of public health<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens (CGCRIAJ) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[nilsondorosario@gmail.com](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Pesquisadora autônoma – Belo Horizonte (MG), Brasil.



In view of the necessary urgency of government policies to protect adolescents and young people, the issues addressed by the NTE advocate, directly or indirectly, for initiatives within the scope of the SUS to: 1) strengthen actions to promote comprehensive health care, in order to build a process of promotion, prevention, recovery and rehabilitation; 2) guarantee of comprehensive care, through the organization of services and integration with the multidisciplinary teams existing in the territory; 3) reorientation of Health Services in Primary Care, aiming to favor the capacity of responses for comprehensive health care for adolescents and young people; 4) hierarchical, articulated and integrated implementation of the policy, seeking to ensure the integrality of care with a focus on the Family Health Strategy; 5) incorporation of SDH, intersectionality, such as ethnicity, sexual orientation, gender identity, class and disabilities, as well as social and cultural vulnerabilities in health practices, health care and self-care; 6) organization and qualification of health services and actions, so as to welcome adolescents and young people in their singularities, needs and diversities, thus favoring their attachment and engagement in health services; 7) formalization of a line of care that establishes flow and reference between primary care and specialized care; 8) implementation of educational practices in a participatory, emancipatory perspective and focused on equity and citizenship; 9) continuous improvement of actions based on monitoring and evaluation; 10) interfederative

management of actions, plans and programs aimed at the health of adolescents and young people; and 11) dissemination of continuing education to primary and specialized care professionals in the SUS, for the adoption of practices that value qualified listening.

According to these guidelines, the Ministry of Health has supported the agenda of comprehensive health care for adolescents and young people in the SUS through normative acts, technical guidance, qualification of health professionals, interfederative and intersectoral articulation, and ensuring the participation of adolescents and young people in the formulation, implementation, and evaluation of strategies and actions.

The contributions of this NTE dialogue, therefore, with the political agenda and with the SUS service provision model, reaffirm the health of adolescents and young people as a structuring dimension of primary care, equity, and the civilizing project inscribed in the 1988 Constitution<sup>3</sup>, contributing to the strengthening of a sustainable, continuous public policy committed to the citizenship of the new generations.

## Authorship contributions

Venancio SI (0000-0001-7147-3292)\*, Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)\*, Franco Netto TL (0000-0001-6186-8311)\* and Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* also contributed to the preparation of the manuscript. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

1. Keating D, Arjumand S, Nguyen Q. National Differences in Population Health and Development. In: Hall PA, Lamont M, organizadores. *Social Resilience in the Neoliberal Era*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 239-264.
2. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. *The Global Action for Measurement of Adolescent Health (GAMA)*; 2025 [acesso em 2026 fev 10]. Disponível em: <https://www.who.int/groups/the-global-action-for-measurement-of-adolescent-health>
3. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.



## Pobreza multidimensional na adolescência no Brasil (2017-2023): desafios e agenda de pesquisa

*Multidimensional poverty among adolescents in Brazil (2017-2023): Challenges and a research agenda*

Liliana Chopitea<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110934P

**RESUMO** Este artigo analisa o perfil e a evolução recente da pobreza multidimensional entre adolescentes no Brasil com base nos estudos da Pobreza Infantil Multidimensional do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Utilizando a metodologia Multiple Overlapping Deprivation Analysis (Moda), adaptada ao contexto brasileiro, o estudo considera privações em dimensões como educação, moradia, saneamento, renda, informação e trabalho infantil. A análise abrange dados de 2017 a 2023, enfocando adolescentes de 10 a 17 anos e comparando-os ao grupo geral de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos. Os resultados mostram que adolescentes enfrentam maiores privações, especialmente em saneamento e trabalho infantil, enquanto houve avanços no acesso à informação e redução da privação por renda no período. O estudo destaca limitações metodológicas, como a ausência de dados sobre trabalho doméstico não remunerado, o que invisibiliza desigualdades de gênero enfrentadas por meninas. Argumenta-se pela construção de uma agenda de pesquisa específica para a adolescência, com abordagens baseadas em ciclo de vida, perspectiva de direitos e desagregações por sexo e raça. Conclui-se que essa abordagem pode fortalecer a visibilidade das juventudes nas estatísticas oficiais e informar políticas públicas integradas e mais eficazes no combate à reprodução intergeracional da pobreza e desigualdades.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescente. Pobreza. Direitos humanos. Política pública.

**ABSTRACT** This article analyzes the profile and recent evolution of multidimensional poverty among adolescents in Brazil, based on the United Nations Children's Fund (UNICEF) study Multidimensional Child Poverty. Using the MODA (Multiple Overlapping Deprivation Analysis) methodology, adapted to the Brazilian context, the study considers deprivations across dimensions such as education, housing, sanitation, income, access to information, and protection against child labor. The analysis covers data from 2017 to 2023, focusing on adolescents aged 10 to 17 and comparing them with the general group of children and adolescents aged 0 to 17. The results show that adolescents face higher deprivation rates, particularly in sanitation and child labor, while there was a significant improvement in access to information and a reduction in income deprivation. The analysis highlights methodological limitations, including the exclusion of unpaid domestic work from child labor statistics, which obscures the gendered burden faced by adolescent girls. The article argues for a dedicated research agenda for adolescence, rooted in a life-cycle approach, human rights perspective, and disaggregation by gender and race. It concludes that such an approach can strengthen the visibility of youth in official statistics and inform more effective, integrated public policies to combat the intergenerational reproduction of poverty and inequality.

**KEYWORDS** Adolescent. Poverty. Human rights. Public policy.

<sup>1</sup>Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) - Brasília (DF), Brasil.  
lchopitea@unicef.org



## Introdução

Vários estudos mostram a importância dos primeiros anos de vida e as vantagens, inclusive econômicas, do investimento na primeira infância. Contudo, o que acontece depois? Qual é a trajetória de vida dessas meninas e meninos? Quais são os desafios que enfrentam na ‘segunda década’? Será necessário pensar também em políticas públicas e investimentos para essa faixa etária, adotando uma perspectiva de ciclo de vida?

Com o intuito de contribuir para essa reflexão, este artigo apresenta dados sobre a situação de pobreza multidimensional de crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos, evidenciando as privações que enfrentam para além da renda, bem como sugere a necessidade de uma agenda de pesquisa que oriente políticas públicas e o investimento nessa ‘segunda janela de oportunidade’.

Desde uma perspectiva de direitos, a pobreza entre crianças e adolescentes não se limita à ausência de renda. Ela emerge da inter-relação entre múltiplas privações a que meninas e meninos estão expostos. Nessa análise, são incluídas as dimensões educação, alimentação adequada, moradia digna, acesso à informação, saneamento e proteção contra o trabalho infantil que, combinadas, comprometem o desenvolvimento integral e reproduzem ciclos intergeracionais de desigualdades.

A compreensão da pobreza infantil tem se expandido nas últimas décadas. Além da ampliação de dimensões, para além da monetária, incorporou a análise de privações simultâneas que afetam, de forma cumulativa, o bem-estar e o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes. Tal abordagem encontra respaldo na literatura internacional, que associa a pobreza multidimensional à negação sistemática de direitos<sup>1</sup> e à limitação das capacidades humanas básicas<sup>2</sup>. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) consolidou progressivamente essa perspectiva no campo da medição, tanto em seus relatórios globais quanto em experiências nacionais<sup>1,3</sup>.

No Brasil, essa agenda ganhou força a partir de 2018 com o lançamento do primeiro relatório<sup>4</sup> nacional sobre pobreza multidimensional na infância e adolescência, atualizado em 2023<sup>5</sup> e, posteriormente, em 2025<sup>6</sup>. No País, apesar de avanços graduais nos últimos anos, a pobreza multidimensional na infância e adolescência permanece em patamares elevados: em 2023, aproximadamente 55,9% da população de 0 a 17 anos – o equivalente a 28,8 milhões de meninas e meninos – vivia privada de pelo menos um direito essencial<sup>6</sup>.

No caso específico da adolescência, esse quadro ganha contornos que precisam contar com mais atenção pública e com maior enfoque de políticas públicas específicas. A partir dos dados recentes da pesquisa ‘Pobreza multidimensional na infância e na adolescência no Brasil – 2017-2023’<sup>6</sup>, o artigo busca apontar para as dimensões e os indicadores que mais afetam adolescentes.

É importante asseverar que os dados que serão apresentados neste documento não decorrem de uma tipologia de pobreza multidimensional feita para mensurar o fenômeno especificamente em adolescentes. A classificação entre privados e não privados decorre de uma metodologia desenhada para todo o grupo de crianças e adolescentes (0 a 17 anos). Isso significa que aquelas dimensões que são especialmente relevantes para adolescentes, como empregabilidade, transição positiva entre escola e trabalho, saúde mental, exposição à violência, uso de tempo, cuidado, entre muitas outras<sup>7-9</sup>, não constam nestas evidências.

A partir dos dados já produzidos, contudo, buscou-se comparar grupos etários a fim de dar um primeiro passo no sentido da compreensão da medida em que, consideradas as dimensões já existentes, adolescentes estariam mais expostos às privações que o conjunto de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos. Trata-se, portanto, de um primeiro passo rumo a uma agenda de pesquisa mais voltada à pobreza multidimensional em adolescentes.

É oportuno mencionar também que este estudo parte de uma perspectiva alinhada ao enfoque de direitos da Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>10</sup> e ao marco da proteção integral<sup>11,12</sup>, que reconhecem a indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos e demandam a sua realização plena durante todo o ciclo da vida. A análise adota um conceito próprio de pobreza multidimensional ancorado nesses marcos normativos, que considera simultaneamente diversas dimensões constitutivas da pobreza e permite estimar não apenas a prevalência, mas também a intensidade e a sobreposição das privações vivenciadas por cada adolescente<sup>1</sup>.

A relevância de avançar no conhecimento sobre a pobreza multidimensional na adolescência reside na necessidade de subsidiar políticas públicas integradas e específicas, capazes de interromper a transmissão intergeracional da pobreza. No contexto pós-pandemia, em que indicadores como alfabetização, insegurança alimentar e desigualdades regionais revelaram retrocessos importantes<sup>13</sup>, torna-se ainda mais urgente construir evidências que orientem estratégias de resposta articuladas e de longo prazo. Assim, este artigo tem por objetivo analisar o perfil e a evolução recente da pobreza multidimensional entre adolescentes no Brasil, discutindo seus possíveis determinantes e implicações, com base em dados mais recentes disponibilizados pelas fontes oficiais analisadas pelo Unicef<sup>6</sup> nos últimos anos.

## Material e métodos

Este estudo foi realizado com base nos estudos sobre a pobreza multidimensional na infância e adolescência no Brasil do Unicef<sup>4-6</sup>. A metodologia Multiple Overlapping Deprivation Analysis (Moda)<sup>3</sup>, adaptada à realidade brasileira, foi usada com o objetivo de estimar a prevalência, a intensidade e a sobreposição de privações em dimensões fundamentais do bem-estar infantil, como educação,

informação, proteção contra o trabalho infantil, habitação, acesso à água, saneamento e renda. As dimensões foram selecionadas a partir do cruzamento entre relevância normativa, disponibilidade de dados e consistência metodológica, as quais resultaram de variadas consultas a especialistas governamentais, acadêmicos, de instituições setoriais e vinculadas aos direitos de crianças e adolescentes.

Conforme detalhado no estudo do Unicef<sup>6</sup>, os indicadores foram operacionalizados da seguinte forma: na dimensão educação, consideraram-se a frequência escolar na idade adequada e a alfabetização a partir dos 7 anos de idade. Em informação, os critérios eram o acesso à internet no domicílio e a existência de televisão. Na dimensão moradia, avaliaram-se a qualidade do material das paredes e a presença de adensamento domiciliar excessivo. Em saneamento, a análise contemplou a existência de banheiro exclusivo e o destino apropriado do esgoto. A dimensão água considerou o acesso seguro à água, e renda se baseou na renda domiciliar per capita inferior à linha internacional de pobreza e de pobreza extrema do Banco Mundial – de R\$ 355 e de R\$ 209 mensais por pessoa, a preços médios de 2023, respectivamente. Na dimensão de trabalho infantil, que, como será mostrado mais adiante, é importante para adolescentes, são consideradas as horas de trabalho determinadas pela legislação brasileira, incluindo as tarefas domésticas. É importante mencionar que as perguntas a respeito das tarefas domésticas não faziam parte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) de 2023 para a faixa etária de 14 a 17 anos<sup>14</sup>.

A fonte principal de dados foi a PNADC<sup>15</sup>, conduzida anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a população de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos residentes em domicílios particulares permanentes. Foram analisados dados coletados de 2017-2019 e de 2023 – os dados de 2020-2022 não foram disponibilizados pelo IBGE devido às dificuldades de coleta decorrentes da pandemia da covid-19.

Cada criança e adolescente foi definido como unidade de análise e classificado como privado ou não em cada dimensão conforme os critérios mencionados. Para determinar a intensidade, as privações em cada dimensão foram categorizadas como ‘intermediárias’ – quando criança/adolescente teve acesso ao direito de forma limitada ou com má qualidade – e ‘extremas’ – no caso de nenhum acesso ao direito.

O critério para a classificação da pobreza multidimensional foi a identificação de ao menos uma privação em qualquer das dimensões, com o cálculo adicional de privações múltiplas para situações em que três ou mais dimensões estavam simultaneamente comprometidas.

Os dados da pesquisa consideram as mesmas dimensões calculadas para o conjunto de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, porém, observadas para o grupo daqueles na segunda década da vida, ou seja, de 10 a 17 anos. O principal parâmetro de referência e de comparação é o conjunto geral de crianças e adolescentes. É oportuno mencionar que não seria metodologicamente responsável utilizar crianças na primeira década como parâmetro comparativo da pobreza multidimensional na adolescência, já que há dimensões que não são calculadas para grupos mais jovens de crianças, especificamente aquelas na primeira infância, em especial trabalho infantil e educação (mensuradas para crianças de 4 a 17 anos), e acesso à informação (mensurado apenas para crianças de 9 a 17 anos). Isso porque a metodologia assume que não há privação quando um indivíduo não teve mensurada uma das variáveis consideradas.

Essa mesma responsabilidade metodológica também rege a forma de utilizar esse parâmetro amplo de análise, já que a razão da eventual maior privação do público de adolescentes poderá ser exatamente o fato de não ter havido medição de parte das dimensões da pobreza na primeira década de vida.

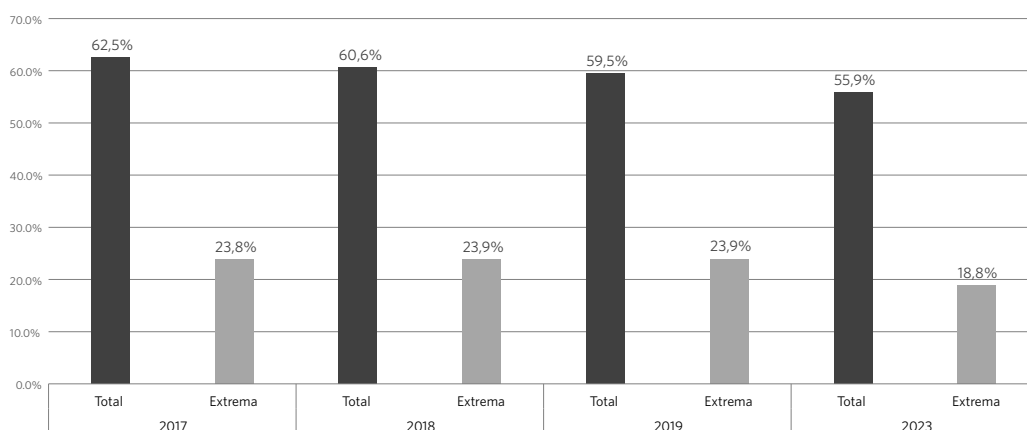
Ao considerar que as avaliações das privações são dependentes da faixa etária, neste artigo, serão apresentados resultados para ambos os grupos: i) para todas as crianças e adolescentes com idade de 0 a 17 anos, em que aquelas fora da faixa etária de medição de uma privação específica serão consideradas ‘não privadas’; e; ii) para aquelas com idade entre 10 e 17 anos, faixa para a qual todas as dimensões são aplicáveis.

## Resultados

O estudo possibilitou a análise longitudinal da evolução da pobreza multidimensional entre 2017 e 2023, permitindo a identificação de tendências e comparação do grau da pobreza infantil multidimensional entre as faixas etárias de 10 a 17 anos e de 0 a 17 anos.

O *gráfico 1* apresenta o percentual de crianças e adolescentes com alguma privação nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2023. Esses dados são demonstrados em duas categorias: total e extrema. A categoria ‘total’ representa a proporção de crianças e adolescentes com pelo menos uma privação, independentemente da dimensão e da intensidade, enquanto na ‘extrema’, estão os que enfrentam uma privação extrema em pelo menos uma dimensão.

Gráfico 1. Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com alguma privação, Brasil, 2017-2023

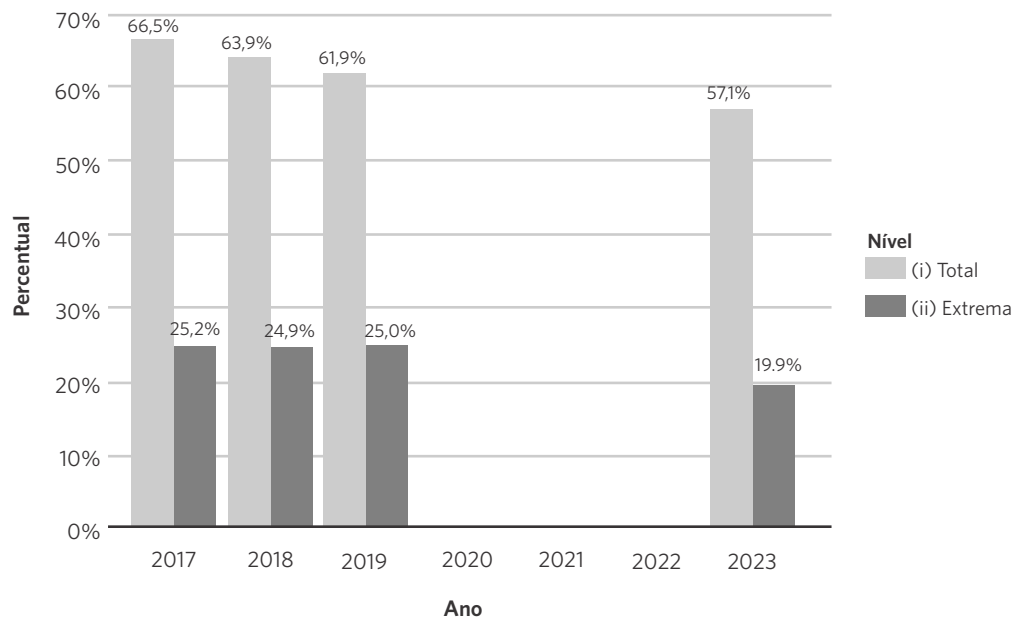


Fonte: elaboração própria com base na PNADC Anual<sup>15</sup>, 1ª e 5ª Entrevistas.

Já o *gráfico 2* apresenta as mesmas categorias de pobreza multidimensional – total e extrema –, porém, com o recorte etário de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos. No período analisado, o percentual de crianças e adolescentes com alguma privação caiu de

forma contínua, passando de 66,5% em 2017 para 57,1% em 2023, enquanto, para privações extremas, o percentual não demonstrou grandes alterações no período 2017-2019, com uma queda posterior de 5 pontos percentuais entre 2019 e 2023.

Gráfico 2. Crianças e adolescentes de 10 a 17 anos com alguma privação, Brasil, 2017-2023



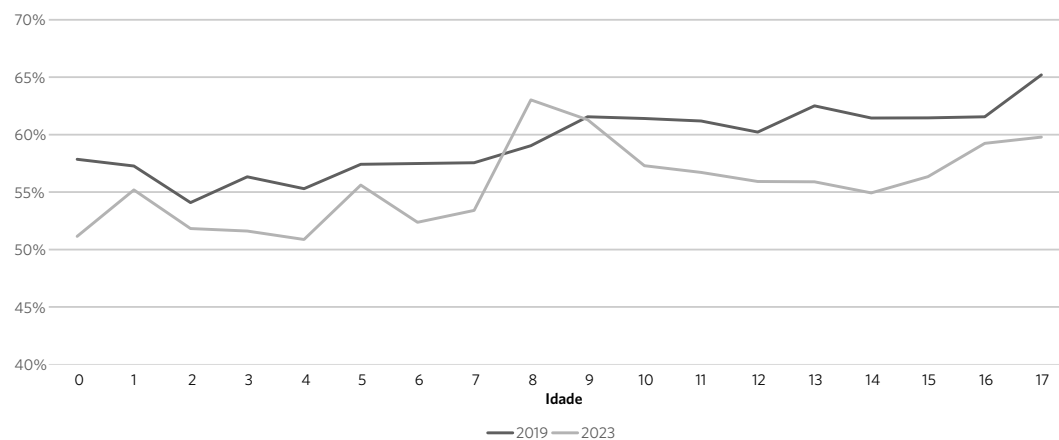
Fonte: elaboração própria com base na PNADC Anual<sup>15</sup>, 1ª e 5ª Entrevistas.

Adotando como parâmetro de análise o conjunto de pessoas de 0 a 17 anos, é possível observar que a pobreza multidimensional na segunda década (10-17 anos) é maior do que aquela do total de crianças e adolescentes. A diferença, contudo, cai levemente entre 2019 e 2023, sendo de apenas 1 ponto percentual na pobreza extrema.

As privações podem afetar crianças e adolescentes de diferentes faixas etárias distintamente, conforme se observa no *gráfico 3*. Ainda que não seja o mais adequado comparar as duas

décadas de vida de crianças e adolescentes, pelos cuidados metodológicos já descritos, o gráfico chama a atenção, sobretudo, pelo fato de que, em 2023, as crianças de 8 anos foram as mais afetadas pelas privações (63%). Foi o único grupo etário que teve alta de privações em 2023 em comparação com 2019. Tal fato será mais bem explorado à frente, mas essa diferença entre os grupos etários pode ser explicada, principalmente, pela privação de educação.

Gráfico 3. Crianças e adolescentes com alguma privação, por idade, Brasil, 2019-2023

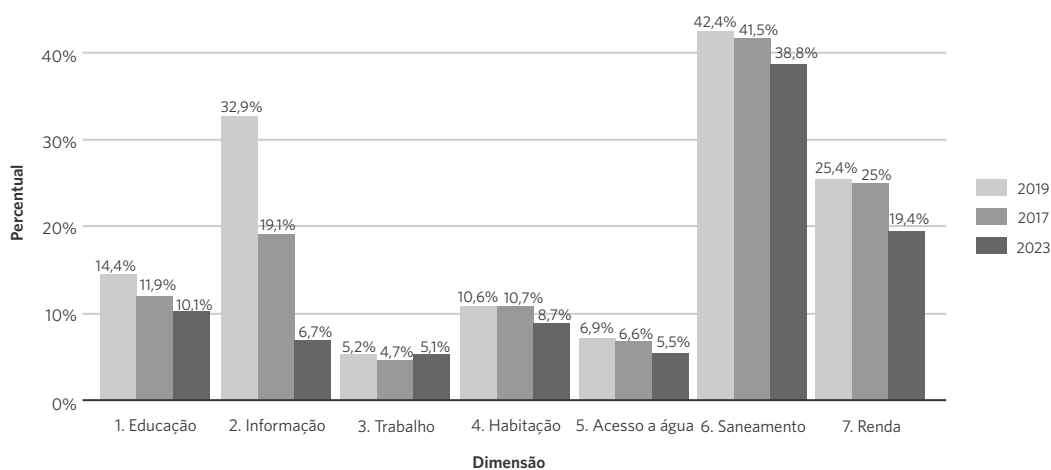


Fonte: elaboração própria com base na PNADC Anual<sup>15</sup>, 1ª e 5ª Entrevistas.

Para entender melhor como cada dimensão impacta crianças e adolescentes desse grupo etário de 10 a 17 anos, podem-se observar os

dados no *gráfico 4*. Nele, consta o percentual de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos que sofrem de alguma privação por dimensão.

Gráfico 4. Crianças e adolescentes de 10 a 17 anos com alguma privação (%), Brasil, 2017-2023



Fonte: elaboração própria com base na PNADC Anual<sup>15</sup>, 1ª e 5ª Entrevistas.

É possível perceber que saneamento é a dimensão com maior impacto nas privações para essa faixa etária, com um percentual de 42,4% em 2017. Apesar de as privações nessa dimensão caírem no período analisado, os percentuais permanecem altos, estando em 38,8% em 2023.

Outra dimensão com destaque no período analisado é informação. Trata-se da maior queda entre 2017 e 2023. Enquanto, em 2017, o percentual de crianças e adolescentes com alguma privação de acesso à informação era de 32,9%, em 2023, esse valor caiu para 6,7%. A dimensão de renda também apresenta uma queda importante nesse mesmo período, passando de 25,4% para 19,4%.

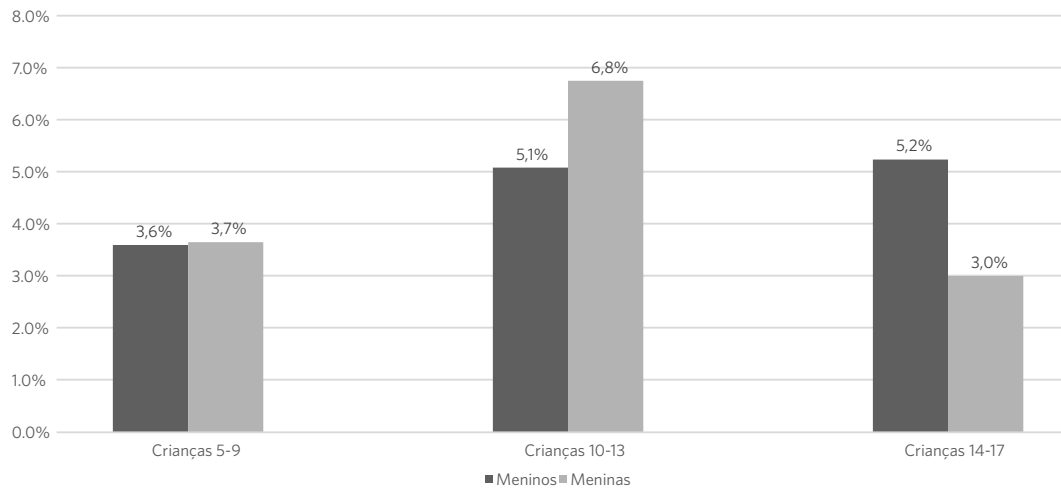
### Dimensão de trabalho infantil

Na pesquisa fonte deste artigo, foram consideradas duas formas de privação em relação ao trabalho infantil, intermediária e extrema, de acordo com a idade e o número de horas

trabalhadas remuneradas e/ou dedicadas às tarefas domésticas por semana. A variável de trabalho doméstico entre adolescentes de 14 a 17 anos foi excluída da análise, uma vez que ela não foi coletada para essa faixa etária na PNADC em 2023<sup>14</sup>. É importante destacar que essa exclusão impede a mensuração do percentual de adolescentes em horas excessivas em trabalhos domésticos, o que afeta particularmente meninas nessa faixa etária<sup>16,17</sup>.

No gráfico 5, pode-se observar que, em 2023, nas idades de 5 a 9 anos, os percentuais de meninos e meninas em privação relacionada ao trabalho infantil são similares. Já no final da infância e início da adolescência, é possível notar uma alta da entrada de crianças e adolescentes no trabalho infantil, com um grande salto para as meninas em especial. Ou seja, as idades de 10 a 13 anos são as mais críticas para as meninas estarem sujeitas ao trabalho infantil, algo que muito provavelmente seria ainda mais grave caso o trabalho infantil doméstico estivesse sendo captado em 2023 pela PNADC.

Gráfico 5. Crianças e Adolescentes (0-17 anos) em privação de proteção contra trabalho infantil (%), Brasil, 2023



Fonte: elaboração própria com base na PNADC Anual<sup>15</sup>, 1ª e 5ª Entrevistas.

## Discussão

### Importância de estudos centrados na adolescência para romper os ciclos intergeracionais de pobreza

Apesar de os dados da PNADC serem coletados anualmente pelo IBGE e em nível nacional, sua utilização também apresenta limitações que merecem atenção. Em primeiro lugar, a amostra da PNADC, embora ampla, não possui representatividade estatística suficiente para desagregar de maneira robusta determinados grupos específicos, como crianças indígenas, quilombolas ou populações tradicionais<sup>5</sup>. Além disso, algumas dimensões essenciais ao bem-estar infantil, como saúde e nutrição, não estão presentes de modo regular nos questionários da pesquisa<sup>5</sup>, restringindo a abrangência do indicador e subestimando a complexidade do fenômeno. Por fim, parte das informações é autorreferida pelos responsáveis, o que pode introduzir vieses de percepção ou de subnotificação. Esse, por exemplo, é um elemento que, tratando-se de adolescentes, poderia ser ajustado em pesquisas especificamente direcionadas a tal público.

Essa metodologia, ainda que sujeita a aprimoramentos, representa um avanço importante ao oferecer uma medida que dialoga com o enfoque de direitos e permite ao poder público identificar perfis de privações de modo mais integrado e com territorialização. A combinação entre a perspectiva estatística e o compromisso com o monitoramento dos direitos de crianças e adolescentes torna esse indicador uma ferramenta estratégica para orientar políticas públicas e investimentos sociais capazes de romper o ciclo intergeracional da pobreza.

### Saneamento - a dimensão com maior proporção de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos em privação

Conforme apontado pelo presente artigo, o saneamento foi a dimensão em que a maior proporção de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos sofre privações. No período de 2017 a 2023 o indicador foi reduzido de 42,4% para 38,8%, mantendo-se em níveis elevados, ou seja, duas a cada cinco crianças e adolescentes ou não tiveram qualquer acesso, ou tal acesso foi restrito ou de má qualidade. De acordo com o Instituto Trata Brasil<sup>18</sup>, em 2024, houve no Brasil cerca de 344 mil interações causadas

por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, o que gerou um gasto de R\$ 174,3 milhões para o orçamento público.

Entendendo a importância do saneamento na garantia da saúde e da segurança alimentar, fica evidente a necessidade de políticas públicas que garantam o saneamento para toda a população brasileira, assegurando especialmente os direitos dos jovens brasileiros que são fortemente impactados por essa privação. Ainda de acordo com o Instituto Trata Brasil<sup>18</sup>, a melhoria das condições de saneamento tem potencial para gerar economia para o sistema de saúde na ordem de R\$ 43,9 milhões ao ano.

## Mensuração e impactos de trabalho infantil

A dimensão de proteção contra o trabalho infantil requer uma análise cuidadosa quando se trata de adolescentes. O trabalho infantil, além de constituir, por si só, uma forma de violência, também contribui para a privação de outros direitos<sup>19</sup>. Por exemplo, pode levar à privação do direito à educação, o que, por sua vez, limita as oportunidades de adolescentes acessarem, na idade permitida por lei, empregos formais de qualidade<sup>20,21</sup>. Essa mesma privação que pode impossibilitar o direito à educação também coloca crianças e adolescentes em situação mais vulnerável, expostos à violência, muitas vezes ao aliciamento pelo crime organizado e ao aumento das estatísticas de homicídios<sup>22</sup>. O trabalho infantil também está relacionado com as políticas de cuidado – já que meninas e adolescentes também cuidam<sup>23,24</sup> –, seja porque assumem o papel de cuidadoras de irmãos menores ou de idosos, seja porque também são mães.

Na faixa etária de 10 a 17 anos, a educação pode fazer a diferença em todas as etapas seguintes da vida das meninas, quer por permitir ampliar suas oportunidades de acesso ao ensino superior, a empregos qualificados e formais, quer por poder prevenir gestações precoces e não desejadas, ou mesmo evitar que sofram violências – principalmente a violência doméstica<sup>25</sup>. Tudo isso, embora afete mais as

meninas, também pode impactar os meninos.

A exclusão da dimensão de trabalho infantil na PNADC de 2023<sup>15</sup> impede a mensuração do percentual de adolescentes em horas excessivas em trabalhos domésticos, o que afeta particularmente a visibilização desse problema por inteiro sob a perspectiva de gênero.

O trabalho doméstico também reduz o tempo disponível para educação, lazer e descanso<sup>26</sup>. Meninas que acumulam funções domésticas muitas vezes têm menos tempo para estudar, descansar e participar de atividades culturais e sociais. Isso afeta diretamente seu rendimento escolar, seu bem-estar emocional e as chances de concluir os estudos ou de seguir trajetórias profissionais mais qualificadas<sup>26</sup>.

Dados de outras pesquisas mostram que meninas dedicam muito mais horas semanais a tarefas domésticas do que meninos da mesma idade<sup>27</sup>. A sobrecarga de trabalho doméstico também reproduz ciclos de desigualdade de gênero e pobreza. Uma adolescente que deixa a escola para cuidar da casa tem menos chances de acessar empregos formais, de obter renda estável e de alcançar autonomia econômica no futuro. Isso também está ligado a riscos, como gravidez precoce, casamento infantil e dependência econômica.

O que foi descrito nas linhas anteriores é apenas um exemplo de como é importante que as estatísticas estejam alinhadas às políticas públicas. Ao deixar de incluir o trabalho doméstico não remunerado na análise de trabalho infantil, os dados usados para planejar políticas públicas não captam toda a complexidade da vida das adolescentes, especialmente as mais pobres e vulneráveis, inclusive invisibilizando as tarefas de cuidado, que muitas vezes recaem sobre as meninas.

Isso pode resultar em políticas mal calibradas, que não enfrentam os fatores reais que impedem meninas de permanecerem na escola, acessarem oportunidades e se protegerem da violência. Fica evidente como o tema do trabalho infantil é um dos que precisam ser incluídos em uma agenda de pesquisa com enfoque nas e nos adolescentes.

## Conclusões e recomendações finais

Os resultados analisados neste artigo demonstram que as e os adolescentes de 10 a 17 anos apresentam níveis mais altos de pobreza multidimensional em relação ao conjunto da população de 0 a 17 anos, sendo particularmente impactados por privações nas dimensões de saneamento, renda e educação.

Embora tenham sido observados avanços importantes em algumas dimensões, como no acesso à informação e à renda, persistem níveis de pobreza em patamares elevados na adolescência, evidenciando a necessidade de respostas mais direcionadas a esse público.

Além disso, é fundamental que as estatísticas públicas passem a incluir o trabalho doméstico não remunerado entre as formas de trabalho infantil, de modo a tornar visíveis a carga desproporcional de trabalho, inclusive de cuidados, enfrentada por meninas adolescentes e seus impactos sobre o tempo de estudo, o lazer e a saúde mental.

A análise da pobreza infantil multidimensional mostra-se como uma ferramenta potente para avançar em uma agenda de pesquisa centrada nos direitos de adolescentes

e que permita a identificação de tendências e padrões regionais e socioeconômicos. Para isso, é fundamental incorporar dimensões específicas e relevantes para essa etapa do ciclo de vida, tais como saúde mental, cuidado e trabalho de cuidado, transição positiva da escola para o trabalho, saúde sexual e reprodutiva, entre outras. Tais dimensões são fundamentais para compreender os múltiplos fatores que limitam o desenvolvimento pleno de adolescentes e os caminhos possíveis para superar ciclos de pobreza intergeracional.

Por fim, recomenda-se que políticas públicas voltadas à adolescência sejam desenhadas de forma integrada, com base em evidências desagregadas por idade, sexo, raça, etnia e território. A superação das desigualdades requer abordagens intersectoriais e investimento prioritário nessa fase da vida, que é decisiva para romper os ciclos persistentes de pobreza e exclusão.

## Contribuição de autoria

Chopitea L (0009-0001-7518-7557)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. United Nations Children's Fund. Measuring and monitoring child poverty – Position Paper [Internet]. New York: UNICEF Data and Analytics; 2020 [acesso em 2025 set 29]. Resources. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/measuring-and-monitoring-child-poverty/>
2. Alkire S, Foster J. Counting and multidimensional poverty measurement. *J Public Econ*. 2011;95(7-8):476-87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>
3. United Nations Children's Fund. Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). New York: UNICEF; 2012.
4. United Nations Children's Fund. Pobreza na infância e adolescência [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; 2018 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza\\_na\\_Infancia\\_e\\_na\\_Adolescencia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza_na_Infancia_e_na_Adolescencia.pdf)

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. United Nations Children's Fund. Pobreza multidimensional na infância e adolescência - 2022 [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; 2023 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/26726/file/unicef\\_pobreza-multidimensional-na-infancia-e-adolescencia\\_2022.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/26726/file/unicef_pobreza-multidimensional-na-infancia-e-adolescencia_2022.pdf)
6. United Nations Children's Fund. Pobreza multidimensional na infância e na adolescência no Brasil 2017-2023 [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; 2025 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/32741/file/relatorio-pobreza-multidimensional-infantil.pdf.pdf>
7. Rosseto GMF, Veronese JRP. Crianças e adolescentes e a pobreza multidimensional no Brasil: o sinal de alerta para a fraternidade. *Revista InSURgência*. 2023;9(2):417-42. DOI: <https://doi.org/10.26512/revistainsurgencia.v9i2.47415>
8. Díaz Y, Hessel P, Avendano M, et al. Multidimensional poverty and adolescent mental health: Unpacking the relationship. *Soc Sci Med*. 2022;311:115324. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115324>
9. Chzhen Y, Bruckauf Z, Toczydlowska E, et al. Multidimensional poverty among adolescents in 38 countries: Evidence from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2013/14 Study. *Child Ind Res*. 2018;11:729-53. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9489-0>
10. Presidência da República (BR). Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança [Internet]. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1990 nov 22 [acesso em 2025 set 29]; Seção I:2. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d99710.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm)
11. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2025 set 29]; Seção 1:1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
12. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 jul 16 [acesso em 2025 set 29]; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
13. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Impactos da pandemia – Estudo monitora insegurança alimentar no cenário da Covid-19. Capes [Internet]. 2025 abr 11 [atualizado em 2025 abr 11; acesso em 2025 set 29]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/assuntos/noticias/estudo-monitora-inseguranca-alimentar-no-cenario-da-covid-19>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNADC: notas metodológicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2023
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2025 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>
16. Barros RP, Mendonça RS, Deliberalli P, et al. O trabalho doméstico infanto-juvenil no Brasil [Internet]. Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise. 2001;(17):21-30 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5674>
17. Alves S, Rocha DN. 88% das meninas no 5º ano da rede pública realizam tarefas domésticas. Gênero e Número [Internet]. 2023 out 11 [acesso em 2025 set 30]; Reportagens. Disponível em: <https://www.generationonline.media/reportagens/meninas-trabalho-domestico/>
18. Instituto Trata Brasil. Brasil gasta R\$ 174 milhões com internações por doenças relacionadas à falta de saneamento em 2024. Instituto Trata Brasil [Internet]. 2025 abr 17 [acesso em 2025 set 30]; Saneamento básico. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/brasil-gasta174-milhoes-internacoes-saneamento/>

19. International Labour Organization. Trabalho Infantil [Internet]. Genebra: OIT; 2018 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/resource/trabalho-infantil>
20. Silva ACN, Sousa LJA, Santos RCS, et al. Os impactos do trabalho infantil para o processo de escolarização de adolescentes. *Rev Educare (Online)* [Internet]. 2025;12:1-23 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/educare/article/view/72716>
21. Mattos LB, Muller CAS, Lima JE, et al. Efeitos do trabalho infantil sobre a educação na Região Nordeste do Brasil. *REN*. 2017;37(3):356-67. DOI: <https://doi.org/10.61673/ren.2006.651>
22. Vieira AK, Barros VA. Criminalização de adolescentes aliciados para o trabalho infantil no tráfico de drogas. In: Brito CRD, organizador. *Entrelaçando redes: reflexões sobre atenção a usuários de álcool, crack e outras drogas*. Jundiaí: Paco; 2017. p. 143-156
23. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidado infantil e famílias trabalhadoras: nova oportunidade ou elo faltante? Um sumário de evidências [Internet]. New York: UNICEF; 2019 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/95146/file/Child-care-PT.pdf>
24. ONU Mulheres. *Progresso das Mulheres no Mundo 2015-2016: transformar as economias para realizar direitos* [Internet]. Nova York: ONU Mulheres; 2015 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://knowledge.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2015/POWW-2015-2016-pt.pdf>
25. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *A educação que protege contra a violência* [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; 2019 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao\\_que\\_protege\\_contra\\_a\\_violencia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao_que_protege_contra_a_violencia.pdf)
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ONU Mujeres. *Niñas adolescentes: trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en América Latina y el Caribe – Evidencia y un marco para la acción* [Internet]. Panamá: UNICEF; 2025 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/informes/ninas-adolescentes-trabajo-domestico-cuidados-no-remunerado-america-latina-caribe-evidencia-accion>
27. López Barajas MP. Avanços na América Latina na medição e valoração do trabalho não remunerado realizado pelas mulheres [Internet]. In: Fontoura N, Araújo C. *Uso do tempo e gênero*. Rio de Janeiro: UERJ; 2016 [acesso em 2025 set 30]. p. 21-42. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/892431af-cbf4-4681-ab96-4e004d885c99/content>

---

Recebido em 03/08/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Unicef

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

## O cuidado como protetor para a saúde mental dos adolescentes

*The care as a protector for the mental health of adolescents*

Barbara da Silveira Madeira de Castro<sup>1</sup>, Saint Clair dos Santos Gomes Junior<sup>1</sup>, Maria de Fátima Junqueira-Marinho<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110388P

**RESUMO** Este artigo propõe uma reflexão sobre a saúde mental dos adolescentes, entendendo-a como resultado de interações complexas entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Essa perspectiva possibilita pensar a ética do cuidado, que defende a valorização dos laços humanos, promovendo uma prática de cuidado que faz coincidir senso de responsabilidade e atenção com o outro de maneira interdependente e buscando a horizontalidade alcançada pela cooperação; o artigo tem como objetivo compreender como a perspectiva trazida pela ética do cuidado pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes. Também busca identificar que aspectos os adolescentes relacionam como negativos e positivos e os impactos que estes têm sobre sua saúde mental. Partindo da perspectiva etnográfica no campo da saúde, foi utilizada como técnica de investigação e coleta de dados a observação participante, privilegiando as interações espontâneas, a imersão no campo e a presença responsável da pesquisadora. Em um momento posterior, foram realizados grupos focais com os adolescentes. A análise se deu a partir dos resultados da proposta que incluiu observação participante e grupos focais. Ações coletivas são agentes de inovação, gerando forças propulsoras que rompem paradigmas e ampliam as possibilidades de escuta e cuidado, promovendo a construção de soluções compartilhadas.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescentes. Cuidado. Saúde mental. Ensino fundamental e médio. Ética.

**ABSTRACT** *This article proposes a reflection on adolescent mental health, understanding it as the result of complex interactions between biological, psychological, and social factors. This perspective makes it possible to consider the ethics of care, which advocates for valuing human bonds, promoting a care practice that brings together a sense of responsibility and attention to others in an interdependent manner while seeking horizontality achieved through cooperation; the article aims to understand how the perspective brought by the ethics of care can contribute to promoting adolescent health. It also seeks to identify which aspects adolescents relate as negative and positive and the impacts these have on their mental health. Starting from an ethnographic perspective in the health field, participant observation was used as an investigation and data collection technique, privileging spontaneous interactions, field immersion, and the researcher's responsible presence. At a later stage, focus groups were conducted with the adolescents. The analysis was based on the results of the proposal that included participant observation and focus groups. Collective actions are agents of innovation, generating propelling forces that break paradigms and expand possibilities for listening and care, promoting the construction of shared solutions.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [barbarasmcastro@gmail.com](mailto:barbarasmcastro@gmail.com)

**KEYWORDS** *Adolescents. Care. Mental health. Education, primary and secondary. Ethics.*



## Introdução

As questões norteadoras deste estudo foram elaboradas no contexto da pandemia de covid-19. Durante esse período, o enfrentamento dos impactos pós-pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes, destacou-se como um dos principais temas na agenda de prioridades de investimento e pesquisa de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)<sup>1</sup>.

A comunidade científica se debruçou na produção de dados a respeito das implicações da pandemia no aumento do sofrimento e na exacerbação de sintomas de ansiedade ou depressão, sobretudo na população pediátrica<sup>2</sup>. As experiências vivenciadas, associadas ao adoecimento ou morte de pessoas próximas, o estresse induzido pela mudança na rotina devido ao isolamento social e a presença das notícias diárias, que geravam medo, se mostraram fatores de risco muito relevantes<sup>3</sup>, como consequência, os adolescentes foram considerados particularmente mais suscetíveis às consequências na saúde mental em decorrência da pandemia pela covid-19, pois precisam lidar com mudanças físicas, emocionais e sociais de forma intensa. O modo como essas mudanças são vivenciadas é determinante para a garantia da saúde mental nessa faixa etária<sup>4</sup>.

Nesse período da vida, o desejo de uma maior autonomia, o questionamento de sua sexualidade, a necessidade de pertencimento aos grupos de pares, o uso intenso da tecnologia e mídias sociais e a preocupação com o futuro são alguns dos muitos aspectos que podem contribuir para um aumento na ansiedade e angústia na vida desses jovens<sup>5,6</sup>.

Porém, quando falamos sobre a preocupação com a saúde mental dos adolescentes e quando afirmamos que estes estão mais vulneráveis, não queremos reforçar a ideia construída da adolescência como ‘uma fase complicada’, pelo contrário, queremos ampliar essa discussão, ouvindo-os e abrindo espaço

para problematização de estereótipos, para buscarmos narrativas que sustentem as diferenças em toda sua complexidade, mas também em toda sua potência.

A adolescência é um período que precisa ser conhecido mais por suas especificidades e menos pelos clichês e preconceitos que ainda hoje marcam o entendimento da sociedade sobre os adolescentes.

A OMS apresenta a adolescência entre a faixa de 10 e 19 anos de idade e a juventude entre 15 e 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescentes aqueles que estão entre 12 e 18 anos<sup>7</sup>, assim, tentar dar um único significado a essa experiência, seja pela idade ou pelo que é vivido não é possível, então ao longo deste artigo sempre será considerada a ideia de ‘adolescências’, isto é, múltiplas experiências que se definem a partir do entorno, dos contextos socioculturais e da realidade particular de cada indivíduo, localizadas em seu tempo e cultura<sup>8</sup>

Definir saúde mental de maneira unívoca não é tarefa fácil, afinal, por muito tempo falar em saúde mental era relacioná-la apenas ao campo ligado aos transtornos mentais, muitas vezes restringindo sua discussão ao campo da psiquiatria. O que observamos hoje é uma ampliação desse termo para tratar de assuntos ligados ao cuidado de si e não apenas a um estado condicionado a uma habilidade individual.

Compreender a saúde mental como o produto de diversas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>9</sup> é importante para ampliar possibilidades em direção ao cuidado da saúde mental. Adotar essa perspectiva implica em questionar o conceito de saúde mental nas suas dimensões social, política e pessoal, e a partir desse olhar, identificar fatores que podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes para desenvolver questões graves relacionadas à saúde mental.

Para pensar saúde mental é necessário considerar os contextos das crianças e dos adolescentes e não dar ênfase apenas às

possibilidades individuais para responder às demandas de aspecto subjetivo e emocional que podem surgir, demandas essas que muitas vezes impactam em seu comportamento e relacionamentos.

Deste modo, é possível entender que essa questão não está apenas relacionada ao campo da saúde, e sim que o cuidado em saúde mental é atravessado por diversos campos econômicos, culturais e sociais que são determinantes para pensarmos este de forma ampliada.

Esta maneira de entender essa temática nos convoca a também pensar em espaços e possibilidades de promoção da saúde mental tendo como partida o espaço que se constrói no coletivo<sup>10</sup>. Ainda que a individualidade das questões que surjam seja importante de serem situadas, acreditamos que é no espaço daquilo que pode ser compartilhado que a promoção da saúde mental pode se consolidar.

Uma das principais propostas da promoção da saúde mental está ligada ao fortalecimento das potencialidades de cada indivíduo em seu contexto de vida, desenvolvendo sua capacidade de reconhecer e solucionar problemas. Essa abordagem contribui para a construção de significados para a vida, além de favorecer a definição de projetos futuros<sup>10</sup>. Porém, é importante ressaltar a importância de pensar o indivíduo sempre dentro do campo coletivo para que se produza uma dimensão que é contra hegemônica, isto é, uma dimensão que aposta no laço social para pensar cada sujeito. Enquanto restringir a discussão de saúde mental a uma capacidade unicamente individual reproduz o discurso neoliberal fomentando o individualismo e a competição que sempre será desigual.

Pensar o cuidado enquanto ética e possibilidade prática é o grande exercício ao qual este artigo se propõe. O encontro com o trabalho da filósofa Fabienne Brugère, intitulado ‘L’Éthique du Care’<sup>11</sup>, é norteador na discussão e para os apontamentos que aqui serão apresentados.

A autora apresenta a ética do cuidado como uma ética relacional, contrapondo diretamente

à ideia da construção de um eu autônomo, fechado em si, modelo que atualmente é disseminado por discursos que valorizam a lógica da performance individual<sup>12</sup>. Esse tipo de modelo considera que falar sobre saúde mental é desenvolver a habilidade de gerenciar as emoções e que esta é uma capacidade fundamental para o mundo do trabalho atual. Esse discurso perfeitamente alinhado à lógica liberal supõe que o que falta atualmente para que os adolescentes lidem bem com questões emocionais e subjetivas seriam ferramentas, dicas e exercícios para gerenciarem suas próprias emoções. Não se questiona a sociedade em que estamos inseridos, o que ela produz, o fato de que essa exigência de sucesso atrelado ao capital por si só já contribui para o aumento do mal-estar que está instalado.

Em contraposição, a ética do cuidado se situa em um espaço em que é defendido que os laços humanos não podem ser reduzidos a trocas comerciais. As Éticas do cuidado convocam para a urgência do ‘cuidar’<sup>11</sup>, mas não o confundindo como uma prática altruísta ou de sacrifício de si em prol dos outros, e sim voltado para uma ética em que se faz coincidir senso de responsabilidade e atenção com o outro de maneira interdependente e buscando a horizontalidade alcançada pela cooperação.

O encontro com a perspectiva de Brugère veio a partir da leitura de Carol Gilligan<sup>13</sup> e de seu livro ‘In a different voice’ em que a autora questiona como as normas de gênero influenciam a forma como homens e mulheres são socializados para pensar sobre moralidade e relacionamentos, e como desta forma o cuidado ao longo dos séculos foi sendo forjado como sinônimo de abnegação de si, ocupando um lugar de bondade e altruísmo marcando o feminino como gênero da solicitude.

Pensar o cuidado a partir de uma perspectiva de gênero, e sobretudo a partir de uma perspectiva feminista, foi fundamental para conceituá-lo enquanto possibilidade ética. E, também, será fundamental para discutir, neste artigo, o que significa discutir o cuidado em um ambiente escolar.

Assim, este artigo tem como objetivo compreender como a perspectiva trazida pela ética do cuidado pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes. Além disso, busca identificar que aspectos os adolescentes relacionam como negativos e positivos e os impactos que estes têm sobre sua saúde mental.

## Material e métodos

Quando a etnografia ganha espaço fora dos estudos da antropologia e é apropriada por outras áreas e por pesquisadores com outras formações, como é o caso deste estudo localizado na saúde coletiva e tendo como pesquisadora uma psicóloga de formação, essa metodologia se torna mais plural, abrindo espaço para novos campos e novas abordagens. Entretanto, é necessário reafirmar o rigor metodológico desta abordagem, cabendo ao pesquisador definir os referenciais teóricos conceituais que irão guiá-lo em todas as fases da pesquisa. Deste modo, as mais variadas formas que os textos de descrição etnográfica possam tomar não deixam de mantê-los sob o *ethos científico*<sup>14</sup>.

Para Geertz<sup>15(7)</sup> realizar uma etnografia é como tentar ler

um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som.

Assim, partindo da perspectiva etnográfica no campo da saúde, foi utilizada como técnica de investigação e coleta de dados a observação participante, privilegiando as interações espontâneas, a imersão no campo e a presença responsável da pesquisadora. Em um momento posterior também foram realizados grupos focais com os adolescentes.

A pesquisa foi desenvolvida em uma escola municipal de ensino fundamental 2, no primeiro semestre do ano de 2024, localizada na região central do município do Rio de Janeiro

e que recebe alunos do sexto ao nono ano – considerando o corte etário do Ministério da Educação (MEC), adolescentes que possuem entre 11 e 15 anos. Utilizar a observação participante enquanto estratégia metodológica possibilitou uma aproximação com os processos que são construídos no espaço da escola e que produzem o mundo social desses adolescentes<sup>14</sup>, processos que talvez as narrativas construídas em entrevistas ou até mesmo nas discussões em grupo não façam emergir da mesma maneira que o percurso essencial olhar – ouvir – escrever é capaz de captar, através da escrita do diário do campo, onde podia refletir sobre o que havia sido vivenciado no dia. Desta forma, o trabalho de relativização do que é observado e das interações foi minuciosamente descrito por mim, com o apoio deste diário, onde ficaram as anotações do que foi sendo observado.

Não havia recomendação única do tempo mínimo para se fazer uma pesquisa que tinha a perspectiva etnográfica como método, pois ao adentrar novos campos de saber e objetos a serem estudados, a ideia do vivenciar o campo por vários meses ou anos da etnografia clássica foi sendo ampliada. Foi fundamental que o tempo não fosse tão curto, ao ponto da análise se tornar superficial e precipitada, por outro lado pensar em um campo que terminasse quando as questões que surgem se esgotam também não é real e pude perceber isso na prática, como relatado em um dos diários de campo:

*Enquanto conversávamos, um cheiro de fumaça começou a surgir, logo uma aluna veio avisar que estava saindo fumaça da caixa de eletricidade da escola.*

*Rapidamente isso mobilizou todos os alunos. Foi chamado o corpo de bombeiros e a luz foi cortada, dessa maneira os alunos precisaram ser dispensados mais cedo e a diretora foi para o portão da escola após avisar aos pais, mas só liberando o 8º e 9º ano para saírem sem os responsáveis.*

*A diretora enquanto junto a coordenadora fazia todo esse esforço para liberar os alunos, me pediu*

*que eu entrasse em contato com a Light para fazer o pedido de reparo da fiação. A Light só fez o reparo no dia seguinte e a escola ficou 2 dias sem aulas. O que mais me chamou atenção nesse dia foi que cheguei à escola pensando: acho que meu campo deve terminar quando as cenas que eu estiver observando começarem de alguma maneira a se repetir. E saí de lá entendendo que isso não iria acontecer. (trecho diário de campo).*

A inserção no campo se deu ao longo de um período de três meses, observando em diversos horários e situações: chegada na escola, recreio, aulas, tempos vagos, saída.

Durante todo o período do trabalho de campo, foi imprescindível uma aproximação sensível capaz de respeitar as relações que estão sendo estabelecidas e estudadas concomitantemente. Para que essa aproximação pudesse ocorrer foi necessário entender a lógica que existe nestas relações, podendo manter em consonância a teoria que me embasou e me acompanhou em todo o processo da pesquisa, com o que se observou no campo, mantendo o olhar de pesquisadora, sem me afastar dos atores sociais e considerando todas as particularidades que a faixa etária traz<sup>16</sup>.

Passadas algumas semanas de trabalho de campo, aquele espaço já era mais familiar para mim, assim como eu serei mais familiar para todos que o ocupam.

*Se no primeiro dia pareceu que a minha presença ali não tinha despertado tanta curiosidade dos alunos, dessa vez foi bem diferente, vários vieram me perguntar o que eu estava fazendo ali, se era professora nova. Fui explicando que era pesquisadora e que estava ali para pesquisar como os alunos se sentiam nas escolas, falei que estava estudando saúde mental e ia perguntando se eles já tinham ouvido falar. Muitos foram se sentando ao meu lado, conversavam um pouco, se apresentavam, me contavam alguma coisa sobre os outros alunos e depois se levantavam pra brincar. (trecho diário de campo).*

Em um segundo momento, foi apresentado o convite para os alunos participarem de um grupo focal sobre 'saúde mental'. É interessante pensar que a própria técnica de grupo focal é considerada uma técnica intermediária entre a observação participante e a entrevista em profundidade<sup>17</sup>. A proposta foi que eu ocupasse um papel de moderadora, facilitando a discussão entre os próprios membros do grupo em vez de interpelá-los, visando manter o espaço da fala mais espontâneo possível.

A etapa de convidar os alunos precisou ser discutida cuidadosamente com a direção, pois seria importante esse respaldo frente às famílias, isto é, seria importante que, ao explicar sobre a pesquisa, as famílias soubessem que a direção da escola estava ciente de todo o processo.

O convite foi feito então para os alunos do sexto ao nono ano. Foi feita uma visita a cada turma, em suas respectivas salas de aula, para explicar como seria o grupo. Como muitos já conheciam a pesquisa do período da observação, a recepção foi calorosa: a grande maioria queria participar, entretanto os grupos foram realizados já em período de festejos juninos e quase férias e, por esses e outros motivos, poucos alunos levaram de fato os termos de consentimento e assentimento devidamente assinados. Não recebemos nenhum relato de família que se opôs ao projeto de pesquisa e à participação do filho ou filha.

Foram realizados quatro grupos, um para cada ano: sexto ano com 4 participantes; sétimo ano, 7 participantes; oitavo ano, 6 participantes e nono ano com 8 participantes, totalizando 28 adolescentes. Neste artigo, os adolescentes são protagonistas como sujeitos do estudo e não apenas 'objeto' da pesquisa. Para isso, a abordagem e posicionamento durante toda a pesquisa levou em consideração essa premissa. Foi fundamental perceber possíveis incômodos e inquietações, mesmo que estes não fossem expressos através da fala dos adolescentes. Olhares e expressões corporais, por exemplo, foram levados em conta ao adentrar o espaço da escola como pesquisadora, aquela que

lança olhar sobre os sujeitos, mas que precisa manejar o que retorna para que esse olhar não seja invasivo e até mesmo intimidador.

A análise se deu a partir dos resultados da proposta multi metodológica que incluiu observação participante e grupos focais, fazendo então a interpretação do que foi observado e ouvido durante todas as etapas do campo. Para que esse processo de análise dos achados pudesse ser construído, foi necessário manter a perspectiva teórica, a narrativa do pesquisador e as narrativas dos sujeitos da pesquisa em constante articulação para referir as possíveis interpretações a quadros mais amplos, considerando as vivências dos adolescentes e dos que fazem parte de sua rede de apoio e cuidado.

Os dados coletados foram sistematizados em grandes temas, categorias e casos similares. A análise envolveu a comparação contínua entre elementos emergentes das diferentes narrativas e observações, buscando identificar padrões comuns e distinções. O processo de análise não se restringiu a categorias previamente estabelecidas, possibilitando o aprofundamento de aspectos que emergiram durante a coleta de dados<sup>14</sup>.

Foi garantido o direito à confidencialidade e ao sigilo, retirando nomes e substituindo por fictícios e alterando aspectos que possam identificar os participantes. Foram os adolescentes que, muito animados, escolheram os nomes com os quais são identificados neste estudo.

Os resultados deste artigo são fruto da tese apresentada como requisito para obtenção do título de doutora em saúde coletiva.

Em consonância com a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o CAAE: 73492423.8.0000.5269 (Número do Parecer: 6.316.186) e foram apresentados os termos de consentimento livre esclarecido e termos de assentimento livre esclarecido aos participantes da pesquisa. Este estudo também foi autorizado a ser realizado pela Secretaria Municipal de Educação – SME- RJ.

## Resultados e discussão

Os resultados aqui apresentados são recortes oriundos tanto de observações do campo quanto de narrativas dos próprios adolescentes e, por serem recortes de um contexto espaço-tempo específico, não trazem a pretensão de serem evidência do real, porém que ao serem entrecruzadas com a narrativa que foi sendo construída ao longo do processo pela pesquisadora trazem situações que auxiliam na busca da compreensão de como a saúde mental dos adolescentes aparece no cotidiano de uma escola e como a perspectiva do cuidado pode auxiliar na escuta dessas situações<sup>18</sup>.

### O dia a dia na escola

A brincadeira deles naquele dia era ‘caveirão’, que consistia em um dar um tapa em outro e todos saiam correndo e rindo, um puxava a blusa do outro ou tirava o sapato. Fui vendo a brincadeira ficar cada vez mais ‘corporal’ e, quando estavam perto de mim, dizia pra não se machucarem. Depois, chamei um dos meninos, o que estava mais agitado, e perguntei como era que brincava de ‘caveirão’, ele disse que era a brincadeira de bater nos ‘alemão’ e já saiu correndo. A inspetora já não estava mais lá embaixo e de adulto só eu.

Aos poucos, meninos e meninas foram se juntando na brincadeira até que, em um momento, um menino e uma menina começaram a brigar de verdade, o menino segurou a menina pelos cabelos e os dois foram para o chão trocando socos e chutes, nessa idade as meninas ainda são bem maiores do que os meninos. Neste momento, não tive outra opção a não ser intervir. Logo pedi para que parassem e todos que estavam em volta se dispersaram rapidamente, voltando a brincar, assim como os dois que estavam se batendo.

Olhei em volta mais uma vez e vi que continuava sendo a única adulta, então achei melhor subir até a secretaria, que é a sala onde ficam

a diretora e a coordenadora pedagógica, para avisar sobre a situação que estava acontecendo, já que não havia nenhum adulto responsável no pátio.

Ao chegar na secretaria, havia uma aluna amparada pela coordenadora, pela agente de inclusão e pelo professor de educação física. Ela estava sentada na cadeira e depois entendi que chorava por não estar sentindo os braços ou as pernas.

Com o olhar, perguntei o que estava acontecendo e a coordenadora logo me disse que parecia que ela estava tendo uma crise de ansiedade e, para que eu entendesse pela leitura labial, disse “*se você quiser ajudar...*”, num tom de pedido de ajuda.

Eles repetiam que ela precisava se acalmar para que melhorasse e a cada vez que diziam isso, deixavam-na ainda mais nervosa, dizendo que não estava conseguindo, que estava com dor e formigamento nas pernas e pés. Quando me aproximei, vi que as pontas de seus dedos estavam roxas.

A agente de inclusão precisou levantar e eu me sentei onde ela estava sentada, sem falar nada. Estava com as pernas da aluna em cima de mim e sentada na cadeira, quando a menina pediu que eu movimentasse suas pernas pois estavam doloridas aproveitei para me apresentar e fui assumindo a ajuda. Fui falando que era normal o que ela estava sentindo, que era como se o seu corpo tivesse tomado um susto imenso, ela foi me ouvindo e quis contar sobre como naquela semana soube que não poderia ver seu pai, que mora em Manaus e que ela não vê há três anos, mas disse que estava tudo bem e que não entendia o que poderia estar fazendo ela ficar ‘nervosa’.

Diante de uma situação como essa, o discurso ‘clínico’ pode acabar prevalecendo como fonte de interpretação, isto é, assumir que o cuidado em saúde mental só pode ser efetuado pela figura de um psicólogo que atue na escola, ou então dar prosseguimento à lógica do encaminhamento de caso. Porém, a proposta aqui é ampliar o sentido que podemos dar quando situações assim ocorrem para

que, embora reconhecendo a importância dos encaminhamentos e dos acompanhamentos especializados, possamos pensar nos sentidos do cuidado e do acolhimento diário.

As práticas de cuidado em construção devem abranger a pessoa em sua totalidade e particularidade, integrando os diversos aspectos que compõem sua vida - contextos familiar, social, comunitário e econômico e cultura<sup>19</sup>.

O espaço da escola reúne muito desses fatores ao considerarmos as vivências dos adolescentes e por isso se torna campo importante para repensarmos a forma como vemos esses jovens e seus desafios, para além de uma visão que acaba fragmentando o cuidado, a ideia é que se possa assumir esse lugar como um espaço onde múltiplas situações irão surgir e, de fato, assumindo o cuidado enquanto ética em que se faz coincidir senso de responsabilidade e atenção com o outro de maneira interdependente<sup>11</sup>.

Outra situação vivenciada durante o campo traz à tona a importância de questionarmos a lógica do encaminhamento e dos próprios discursos medicalizados.

Encontrei a professora Rita e fomos juntas para a aula de História da turma de sexto ano, turma que ela considerava muito agitada e dispersa. Sentei-me na última fileira e, conforme chegavam, muitos alunos vieram me abraçar, vi que nessa turma estão muitos dos meus colegas de pátio.

Rita, assim que todos se sentaram, contou que de todas as notas apenas duas haviam sido maiores que 5 (valendo 10) e que dois alunos tinham tirado zero, isso gerou muita comoção entre eles, cada um dizendo que deveria ser o dono da nota zero.

A professora falou que não iria entregar as notas, que iria conversar com a coordenação antes, todas essas falas eram muito entrecortadas por pedido de silêncio e conversas paralelas, até que Rita pediu que um aluno saísse da sala e fosse para a coordenação.

Ela então disse que a matéria que eles estavam com dificuldade era uma matéria de terceiro ano e iniciou a aula com explicações

muito básicas sobre quantos segundos havia em um minuto, quantos minutos em uma hora, quantos dias havia nos meses e no ano. Em um momento, perguntou se todos ali sabiam os nomes dos meses do ano, muitos não sabiam.

Conforme ela ia explicando, vi que muitos passaram a prestar a atenção e se interessar, perguntando uns para os outros o dia e mês em que haviam nascido. Aos poucos, mais vezes conseguiam responder as perguntas que a professora fazia.

Nayumi, que estava na minha frente, me chamou e disse: “*Tia, eu acho que eu tenho TDAH [Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade]*” e contou que achava que tinha muito dos sintomas, entendi que tinha ouvido de uma professora da escola antiga e de uma prima, as duas teriam o diagnóstico.

Estávamos em aula, então não pude perguntar muita coisa, mas depois questioneei se ela já tinha conversado com alguém sobre isso, a aluna disse que não. Perguntei se na escola havia alguém que ela conhecia e que confiava, Nayumi apontou para mim e falei que não trabalhava na escola, mas sinalizei que Rita parecia ser alguém aberta a esse tipo de conversa. Nayumi ficou pensativa e me falou que preferia falar com sua mãe primeiro, mas depois disse que provavelmente sua mãe diria que era bobagem e que ela não estava se esforçando como deveria.

No final da aula, ela pediu que eu a acompanhasse até Rita e então contou que achava que tinha TDAH, a professora disse que nesse caso ela poderia falar com sua ‘mamãe’ para entrar em contato com a escola e assim ela poderia ser encaminhada para conseguir o laudo.

Eu repeti o que Nayumi havia me falado sobre a mãe e Rita mudou um pouco a conversa, dizendo que ficaria mais atenta a ela e recomendou que sentasse à frente da sala, pois isso a ajudaria.

Nina, que estava ao lado, disse que sentia o mesmo. Que se concentrar era muito difícil.

Quando as meninas saíram da sala, Rita me mostrou a prova de Nina e ela havia tirado zero, pois até seu nome havia escrito errado.

Essa situação me suscitou inúmeras questões, como o discurso extremamente medicalizado sobre o que é saúde mental está inserido no discurso de todos e como é urgente se apropriar dele se queremos pensar o cuidado em saúde, um conceito que vai muito além de um laudo. E que talvez seja chave para pensarmos saúde e educação articulados como deveria ser, sem que uma se sobreponha a outra.

Uma conversa foi o suficiente para abrir uma série de questões: inseguranças, medos, dificuldades, questões que acabam ficando mascaradas pelo dia a dia corrido da escola. Importante colocar que não cabe ao professor, numa postura heroica, se colocar a ouvir e atender todas as demandas que possam surgir, e sim que haja um movimento de criação de rede que reconheça previamente quantas questões fazem parte da vida desses adolescentes e possa se articular em prol desse cuidado e em proteção.

Outra questão importante a se considerar é que entender as dificuldades sempre de acordo com o discurso médico ou psicológico coloca a criança ou o adolescente em uma posição passiva, representando um estreitamento de suas possibilidades e potencialidades. Poder ouvi-los traz muitas outras possibilidades de enfrentamentos e conjunto<sup>21</sup>.

Ouvir os adolescentes em um espaço destinado para isso foi o objetivo quando escolhido o grupo focal como técnica de coleta de dados. Diferente das entrevistas, a ideia foi abrir um espaço menos intimidador, um espaço em que, através de seus pares, os jovens se sentissem mais à vontade para falar de assuntos delicados como aqueles que influenciam na saúde mental. Foi uma estratégia que funcionou, os quatro grupos foram realizados em um espaço da escola onde era possível que eles se sentassem no chão, com almofadas. Ao longo das conversas, que foram gravadas com o assentimento de todos, eles deitavam, escondiam os rostos nas almofadas para chorar e se identificavam com o discurso do outro, mesmo sendo algum colega com quem nunca havia conversado na escola. Como o caso dessa aluna que em suas palavras:

*Tô com um problema na escola. E. Preciso de ajuda. Muito problema. Pra ela resolver. Uma pessoa só. Resolver um monte de coisa. Não dá.*  
 Pesquisadora: *Mas qual o problema na escola?*  
*Ah. É. Parte. Não é participação. É. Problema de sair fora de sala. Problema de discussão. É. Conflito. É. É. Dificuldade na matéria. Nota baixa. Repetir de ano... Muita coisa. (Melanie).*

Ela então, pela primeira vez, ao ouvir uma de suas colegas, decidiu compartilhar o que estava vivenciando em casa desde o falecimento de seu pai:

*Eu também sinto. Mas pra poder não demonstrar pra ela (sua mãe), pra poder ela não ficar mais. Porque eu tenho medo. De ela. Ela. Ela perceber o que eu tô passando. Sentindo falta do meu pai. E ela ficar pior do que eu. Então. E eu acabar perdendo minha mãe. Na depressão. (Melanie).*

Pesquisadora: *O que você faz no seu tempo livre? O que você consegue fazer?*  
*Eu. Não consigo fazer nada. Mas não é por conta do meu pai não. É porque eu não quero fazer mesmo. Mas assim. Quando eu tô. Assim. Tipo. Eu tenho mania de ficar parada no espelho. (Melanie).*

Diante da fala da colega, as outras adolescentes passaram a lhe indagar certas coisas que estavam de acordo com o que já havia sido falado:

*Rita: Por que tu não faz [sic] esporte tá dentro da favela?*  
*Ai. Não. Muito lá em cima. É. Eu. Eu costume parar na frente do espelho. Assim. Ai. Quando eu, do nada, eu, eu começo a chorar. Ai. Ai. Hoje. Não sei. Por qual motivo eu tô chorando. Eu. Simplesmente só choro. Entendeu?*  
*Eu não sei por qual motivo. Ai. Eu. Eu não. Eu não gosto que minha mãe veja eu chorando [sic]. Porque senão. A consciência dela vai ficar pesada. Vai se preocupar muito comigo. Mais. (Melanie).*

A importância da escuta atenta se colocou e mostrou o quanto o cuidado pode ser construído e compartilhado, não é tarefa hercúlea a ser executada pelos professores, por um coordenador ou até mesmo um psicólogo que venha a estar na escola. A escuta entre eles se mostrou muito potente na construção talvez não de soluções imediatas, mas de fato de caminhos para o cuidado.

## Considerações finais

Ações coletivas são agentes de inovação, gerando forças propulsoras que rompem paradigmas e ampliam a representação de grupos minoritários, promovendo a construção de soluções compartilhadas. Uma sociedade comprometida com o bem comum demonstra seu poder ao transformar realidades, fomentar políticas públicas mais equitativas, reduzir desigualdades e criar oportunidades que impulsionam o crescimento e o desenvolvimento<sup>20</sup>.

A proposta de pensar a ética do cuidado<sup>11</sup> enquanto possibilidade para pensar os cuidados e a promoção da saúde mental está em consonância com a ideia de que as ações protetivas e promotoras de saúde só podem ser pensadas em âmbito coletivo e em direção a construção do laço social.

## Contribuições de autoria

Castro BSM (0000-0003-3185-3703)\*: concepção, realização dos grupos, escrita do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Gomes Junior SCS (0000-0002-1554-943X)\*: revisão e aprovação final da versão a ser publicada. Junqueira-Marinheiro MF (0000-0001-7817-7891)\*: concepção, escrita do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. UNICEF. Averting a lost COVID generation: a six-point plan to respond, recover and reimagine a post-pandemic world for every child. New York: UNICEF; 2020.
2. Tausch A, E Souza RO, Viciano CM, et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health Am*. 2021;4:100049. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
3. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Glob Health*. 2020;16(1):95. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00624-w>
4. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: WHO; 2020.
5. Ávila MAG, Hamamoto Filho PT, Jacob FLS, et al. Children's anxiety and factors related to the COVID-19 pandemic: an exploratory study using the Children's Anxiety Questionnaire and the Numerical Rating Scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5757. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
6. Jones K, Mallon S, Schnitzler K. A scoping review of the psychological and emotional impact of the COVID-19 pandemic on children and young people. *Illn Crisis Loss*. 2023;31(1):175-99. DOI: <https://doi.org/10.1177/10541373211047191>
7. Presidência da República (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos; 2023 [Internet]. [acesso em 2025 jan 12]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
8. Ministério da Saúde (BR). Marco de referência da vigilância da saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
9. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):127-31.
10. Lahtinen E, Joubert N, Raeburn J, et al. Strategies for promoting the mental health of populations. In: World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2005. p. 226-42.
11. Brugère F. L'éthique du care. Paris: Presses Universitaires de France; 2011.
12. Covey SR. O líder em mim: como escolas em todo mundo estão despertando o líder dentro de cada criança. 1ª ed. São Paulo: Érica/Ática; 2013.
13. Gilligan C. In a different voice. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
14. Trad LAB. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17:627-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300008>
15. Geertz C. The interpretation of cultures: selected essays. New York: Basic Books; 1973.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2002;12(24):149-61.
18. Castellanos M. Adoecimento infantil crônico. São Paulo: Hucitec; 2011.
19. Mancilha GANC. Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde de debate*. 2024;48(140):e8516. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408516P>

20. Alves FCC, Brandão MBF, Bacelar Júnior AJ. A medicalização da infância na contemporaneidade: revisão integrativa. *Mental* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 dez 9];13(24):1-25. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272021000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000200003&lng=pt&nrm=iso)
21. Santos DS, Vianna MB. Desafios para a saúde de adolescentes: reflexões sobre diversidade, dignidade e direitos humanos. *Saúde debate*. 2024;47(Esp 1):e8287. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18287P>

---

Recebido em 23/03/2025

Aprovado em 13/11/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Gicelle Galvan Machineski – Universidade do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde – Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>



## ‘Rede Pode Falar’: escuta acolhedora e produção de sentidos de adolescentes na relação com a escola

*‘Rede Pode Falar’: Attentive listening and meaning-making in adolescents’ relationships with school*

Gabriela Goulart Mora<sup>1</sup>, Kátia Regina Lopes Costa Freire<sup>2</sup>, Narjara Medeiros de Macedo<sup>3</sup>, Larissa Guilherme Pessoa de Assis e Souza<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110774P

**RESUMO** A pesquisa, de abordagem qualitativa e fundamentada no Construcionismo Social, analisou práticas discursivas dos adolescentes e jovens para compreender fatores psicossociais relacionados com o sofrimento psíquico em contextos escolares. Examinaram-se os atendimentos realizados via plataforma Weni Chats, módulo de atendimento humano do Canal Pode Falar, entre outubro e dezembro de 2024, a partir dos descritores ‘Bullying ou Cyberbullying’, ‘Preocupações com o futuro’ e ‘Procrastinação nos estudos’. Selecionaram-se 79 usuários, dos quais 6 foram submetidos ao estudo com base na Análise Temática, respeitando as diretrizes éticas. Emergiram três categorias: ‘Violência, meritocracismo e estigma’, ‘Precarização do laço social’ e ‘Fragilização no circuito de significação’. Os resultados apontam que os vínculos sociais são centrais na constituição subjetiva e no manejo do sofrimento. Nesses contextos marcados pela violência simbólica e ausência de escuta, o sofrimento tende a ser intensificado e silenciado. A pesquisa reforça a urgência de políticas intersetoriais que reconheçam o sofrimento como fenômeno social e proponham práticas institucionais que escutem adolescentes como sujeitos de direito, inclusive na construção de suas narrativas, com sua linguagem, promovendo saúde mental, reconhecimento e bem-viver. A experiência em um dos projetos vinculados à Rede Pode Falar evidenciou tanto os limites quanto as potencialidades da escola nesse processo.

**PALAVRAS-CHAVE** Escolas. Saúde mental. Adolescente. Narrativas pessoais.

**ABSTRACT** *This qualitative study, grounded in Social Constructionism, analyzed the discursive practices of adolescents and young people to understand psychosocial factors associated with psychological distress in school contexts. The analysis drew on support encounters conducted through the Weni Chats platform—the human support module of the Canal Pode Falar digital platform—between October and December 2024, using the descriptors ‘Bullying or Cyberbullying’, ‘Concerns about the future’, and ‘Academic Procrastination’. A total of 79 users were identified, of whom six were selected for in-depth analysis based on Thematic Analysis, in accordance with ethical guidelines. Three categories emerged: ‘Violence, meritocracy, and stigma’. ‘Precarization of social bonds’, and ‘Disruption of the meaning-making processes’. The results suggest that social ties are central to psychosocial and subjective development and to coping with psychological distress. In school contexts marked by symbolic violence and a lack of attentive listening, distress tends to be intensified and silenced. Nevertheless, experiences of care and support suggest that the school has potential as a space for care and mental health promotion. The study reinforces the urgency of intersectoral policies that recognize distress as a social phenomenon and promote institutional practices that listen to adolescents as rights holders, including in the construction of their narratives, using their own language, and fostering mental health, recognition, and well-being. The experience of one of the projects linked to the Rede Pode Falar highlights both the limitations and the strengths of schools in this process.*

**KEYWORD** Schools. Mental health. Adolescents. Personal narratives.

<sup>1</sup>Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) – Brasília (DF), Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.  
katia.regina.freire@ufrn.br

<sup>3</sup>Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) – Natal (RN), Brasil.



## Introdução

Este artigo apresenta os resultados da análise das práticas discursivas de adolescentes e jovens de 13 a 24 anos que buscaram apoio psicossocial no Canal de Ajuda Pode Falar entre outubro e dezembro de 2024.

O Pode Falar configura-se como um canal disponível em uma plataforma virtual de apoio em saúde mental direcionada aos adolescentes e aos jovens com idades entre 13 e 24 anos, em âmbito nacional. Lançado em 2021, o canal é fruto de uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef Brasil), em cooperação com a Fundação Apolônio Sales de Desenvolvimento Educacional (Fadurpe), vinculada à Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), em resposta às demandas emergentes no campo da saúde mental juvenil intensificadas naquele contexto histórico, marcado pelos efeitos da pandemia da covid-19.

A iniciativa propõe um espaço de escuta acolhedora, fundamentado em princípios éticos e de respeito à singularidade dos sujeitos, além de disponibilizar materiais de apoio sobre temas como ansiedade, estresse, autoestima, entre outros aspectos relacionados com o sofrimento psíquico. O atendimento é realizado por estudantes universitários vinculados às instituições parceiras, os quais são submetidos a processos contínuos de formação e supervisão, assegurando a qualidade técnica e o compromisso ético das intervenções.

Diferentemente de uma abordagem psicoterapêutica tradicional, o Pode Falar adota o modelo do Centro de Valorização da Vida (CVV), com enfoque na escuta ativa e acolhedora, voltada à atenuação do sofrimento emocional dos usuários. Ela é pautada por rigor ético, assegurando o sigilo e o anonimato das interações, e é realizada por equipes capacitadas, sob supervisão de especialistas em saúde mental de adolescentes e jovens. O acolhimento vai além de simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer; ele implica compreender seu sofrimento de forma respeitosa e sensível,

criando um espaço para uma comunicação sincera, livre de julgamentos, imposições e caracterizada por uma abordagem transdisciplinar, dialógica e cuidadosa<sup>1</sup>.

Em 2023, um coletivo de 20 universidades, 3 organizações da sociedade civil e 1 governo municipal se reuniu com o grupo inicial responsável pelo canal de ajuda e propôs que o Pode Falar se tornasse uma rede com o compromisso de implementar 5 componentes: 1) Canal de ajuda *online*; 2) *Advocacy* por políticas públicas multissetoriais de saúde mental para adolescentes e jovens; 3) Estudos, Pesquisas e Geração de Conhecimento; 4) Fomento à participação de adolescentes e jovens em rede; e 5) Capacitação profissional em saúde mental. Atualmente, a Rede é composta por 15 instituições, em sua maioria universidades públicas com representação nas 5 regiões do País. Essa articulação amplia os esforços iniciais do Unicef e dos seus parceiros, ao consolidar a Rede como uma estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico de adolescentes e jovens, ao mesmo tempo que afirma uma escuta em contraposição a abordagens centradas exclusivamente na perspectiva adulta.

Santos e Ferreira<sup>2</sup> e Ferreira e Melo<sup>1</sup> desenvolveram pesquisas por meio da análise de narrativas pessoais dos usuários do canal Pode Falar e identificaram atravessamentos entre a saúde mental e a aprendizagem que permeiam o cotidiano escolar. Os autores destacam a relação entre o bem-estar emocional e o desempenho acadêmico, indicando que, quando os estudantes não se sentem acolhidos, isso afeta negativamente sua concentração e motivação para aprender. O ambiente escolar revela-se como um território ambíguo, onde coexistem tanto potências de cuidado quanto obstáculos materiais e simbólicos à construção de um espaço efetivamente acolhedor. A redução da violência no ambiente escolar depende do comprometimento institucional com práticas de acolhimento e escuta atenta dos estudantes<sup>3</sup>. Trata-se de uma escuta sensível, sem imposição e rigidez, que reconhece a escola como um espaço de proteção e defesa.

Essa escuta implica a disposição para dialogar, mesmo diante das divergências, mantendo-se aberta à interlocução e à compreensão do outro, independentemente das diferenças de pensamento ou de sentimento.

Diante disso, a consolidação da Rede Pode Falar favoreceu a ampliação do diálogo com as escolas, por meio de ações de divulgação, promoção e prevenção em saúde mental voltadas a estudantes e professores.

Nessa perspectiva, o projeto 'Saúde Mental na Escola: Construindo Possibilidades Pedagógicas', desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vem promovendo um valioso intercâmbio com a comunidade escolar ao abordar a temática de forma aberta, propositiva e crítica. A iniciativa reafirma a importância de oferecer espaços de escuta qualificada aos adolescentes, seja por meio do Canal Pode Falar, seja nas ações presenciais realizadas nas escolas públicas. Constatou-se, assim, a relevância de estratégias de promoção da saúde mental que reconheçam esses sujeitos como sujeitos de direito, protagonistas de suas próprias narrativas de vida, validando seus sentimentos e vivências nas múltiplas realidades que habitam, considerando os determinantes sociopolíticos implicados na origem do sofrimento psíquico.

Os relatos dos estudantes no Canal Pode Falar evidenciam sentimentos de tristeza, angústia, medo e ansiedade, o que aponta para a necessidade de um envolvimento mais efetivo da escola com essa temática. Ademais, alguns depoimentos indicam que o próprio ambiente pode atuar como fator de risco para o sofrimento psíquico dos alunos, com destaque para as cobranças, o *bullying*, a violência, a pressão e o desgaste vivenciados, aspectos recorrentes nas narrativas estudantis<sup>4</sup>.

As ações desenvolvidas nas escolas, além de divulgar o Canal Pode Falar como uma possibilidade de escuta acolhedora, têm como objetivo inserir o debate sobre o sofrimento psíquico de adolescentes e jovens no cotidiano escolar. Destacam, assim, a urgência de estratégias pedagógicas que priorizem a escuta ativa

e a promoção do bem-viver. As intervenções se estruturam a partir das narrativas dos próprios adolescentes, e não no formato tradicional de palestras, buscando fortalecer o senso de pertencimento e corresponsabilidade, ao mesmo tempo que promovem um ambiente educativo mais inclusivo, sensível e colaborativo.

Os atendimentos são analisados e categorizados pelos temas 'Bullying ou Cyberbullying', 'Preocupações com o futuro' e 'Procrastinação nos estudos', resultando em seis casos selecionados para um estudo detalhado, com base na Análise Temática e respeitando as rigorosas diretrizes éticas de anonimato e proteção de dados.

As três categorias analíticas que emergiram foram: 'Violência, meritocracia e estigma'; 'Precarização do laço social'; 'Fragilização no circuito de significação'. Os resultados revelaram a centralidade das relações sociais na produção e no enfrentamento do sofrimento psíquico, destacando tanto o potencial quanto os limites da escola como espaço de cuidado.

O Projeto 'Pode Falar' é apresentado como uma experiência institucional que buscou criar espaços de escuta, acolhimento e construção de narrativas mais compassivas, rompendo com lógicas medicalizantes e produtivistas. A iniciativa evidenciou a importância de práticas interdisciplinares e intersetoriais que articulem a educação, a saúde e a assistência social, visando à promoção da saúde mental como um direito inseparável do direito à educação.

Por fim, o texto reforça a urgência de dispositivos institucionais que reconheçam os adolescentes como sujeitos de direito, com voz própria e potência de transformação. Defende-se a construção de práticas éticas e políticas de escuta, capazes de criar brechas institucionais para modos mais inventivos e menos normativos de subjetivação e cuidado.

A saúde mental dos adolescentes e dos jovens tem sido considerada prioridade global e nacional de saúde pública. Em condição peculiar de desenvolvimento, eles ainda vivenciam as consequências do sofrimento psíquico trazido pela pandemia da covid-19, que exigiu o

isolamento social, a interrupção das atividades escolares e dos outros espaços de socialização presencial, o que levou muitas pessoas a vivenciar o luto por perdas de pessoas próximas e gerou extrema insegurança econômica e preocupação com o futuro. No Brasil, os efeitos pós-pandêmicos na saúde mental de adolescentes e jovens têm sido documentados por diversas fontes oficiais.

De acordo com um relatório global da Global Mind Project<sup>5</sup>, o Brasil tem o terceiro pior índice de saúde mental no *ranking* de 64 países, atrás apenas do Reino Unido e da África do Sul. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) aponta o suicídio como a segunda principal causa de mortes de adolescentes de 15 a 19 anos e como a quarta entre jovens de 20 a 29 anos<sup>6</sup>. Observa-se um aumento do risco de suicídio ao longo da adolescência, estabilizando-se na vida adulta. Há marcantes diferença de gênero: nos homens, a taxa de suicídio aumenta progressivamente com a idade; já entre as mulheres, o risco é mais elevado entre as adolescentes, seguido de uma estabilização e declínio no avançar da idade. O marcador de gênero também se expressa nos casos de violência autoprovocada: em 2021, do total de 114.159 casos registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 70,3% ocorreram no sexo feminino. As diferenças de gênero na dinâmica de comportamentos suicidas têm sido amplamente demonstradas na literatura global. Em todos os países, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, bem como de transtornos de humor e ansiedade, ao passo que os homens apresentam um risco de duas a quatro vezes maior de morrerem por suicídio.

Segundo dados da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de 2013 a 2023, pela primeira vez na história, o atendimento em decorrência de ansiedade entre crianças e adolescentes superou a ocorrência entre os adultos<sup>7</sup>. Dados do boletim Saúde Mental em Dados<sup>8</sup> indicam que, de 2014 a 2024, os atendimentos por transtornos de ansiedade

avançaram 1.575% entre jovens de 10 a 14 anos, e 4.423% entre 15 e 19 anos. A Organização Pan-Americana da Saúde<sup>9</sup> demonstra que os transtornos mentais respondem por 16% da carga global de doenças em 10–19 anos. Antes da pandemia, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 registrou que 27% das meninas relataram tristeza ou desesperança frequentes contra 8% dos meninos<sup>10</sup>. Os dados da PeNSE 2024, ainda inéditos, podem revelar efeitos mais severos da pandemia.

O Programa Saúde na Escola (PSE) manteve atuação intensa no pós-pandemia: 24,9 milhões de estudantes foram atendidos em 2023/2024 contra 23,4 milhões em 2021/2022; 5.506 municípios participam do programa no biênio 2023/2024 (99% das cidades brasileiras); foram realizadas mais de 460 mil atividades em 2024 relacionadas com a promoção da saúde mental e a cultura de paz nas escolas; foram investidos R\$ 90,3 milhões em 2023/2024, condicionados à execução de ações do ciclo, incluindo saúde mental<sup>11</sup>. O ciclo 2025/2026 estabelece metas, como cobertura de 100% das escolas pactuadas com registro no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, e define a saúde mental como prioridade temática<sup>12</sup>.

As escolas têm se consolidado como espaços estratégicos de promoção da saúde mental. O PSE, ao integrar serviços de saúde (psicólogos, assistentes sociais, ações coletivas), ampliou a rede de suporte psicossocial<sup>13</sup>. No entanto, os dados mostram que a demanda por serviços de saúde mental na Raps aumentou significativamente; a implementação do PSE enfrenta desafios de articulação e continuidade de ações, conforme observado em mapeamentos regionais; apesar dos investimentos, persistem desafios, como falta de recursos humanos, rotatividade e apoio institucional irregular.

O pós-pandemia evidencia uma crise na saúde mental juvenil no Brasil. A expansão da Raps e o fortalecimento do PSE são passos relevantes, mas ainda assim insuficientes. É necessário ampliar o alcance das ações escolares, consolidar articulação intersectorial e garantir

recursos e formação continuada para profissionais, assegurando sustentabilidade e equidade. Um exemplo recente de oferta para profissionais que atuam com adolescentes, a fim de investirem em suas habilidades de promoção da saúde mental, é o Curso Aperfeiçoamento em Saúde Mental e Atenção Psicossocial de Adolescentes e Jovens, disponível na Rede UNA-SUS<sup>14</sup>, tendo certificado 41 mil profissionais em dois anos.

## Material e métodos

A pesquisa desenvolvida fundamenta-se nos princípios do Construcionismo Social, perspectiva que compreende o conhecimento como produto das interações sociais e dos discursos que as sustentam. A partir da análise das práticas discursivas de adolescentes e jovens, buscou-se compreender os fatores psicossociais implicados na produção do sofrimento psíquico desses sujeitos e suas possíveis relações com o ambiente escolar.

Nessa perspectiva epistemológica, os sentidos constituem uma espécie de colcha de retalhos, tecida com muitas mãos na dinâmica das relações sociais, em um tempo histórico-geográfico específico. Nesse processo intersubjetivo, emergem os enunciados que posicionam os sujeitos nas tramas do cotidiano e produzem modos de compreensão de si, do outro e do mundo.

As práticas discursivas foram analisadas a partir da leitura integral dos atendimentos disponibilizados pela plataforma Weni Chats, responsável pelo suporte tecnológico da Rede Pode Falar. É importante destacar que, em conformidade com a política de sigilo de dados adotada pela Rede, em parceria com a plataforma, não é permitido o acesso a quaisquer informações que possam identificar os adolescentes e jovens atendidos. Os dados disponíveis referem-se exclusivamente a marcadores demográficos, como etnia, faixa etária, identidade de gênero e região de residência, coletados de forma anônima.

Para o recorte dos dados analisados, foram selecionados atendimentos realizados entre os meses de outubro e dezembro de 2024 que apresentassem os descritores 'Bullying ou Cyberbullying', 'Preocupações com o futuro' e 'Procrastinação nos estudos', por serem as temáticas diretamente relacionadas com o contexto escolar. Os descritores são indicados em cada atendimento por meio de 'tags' sugeridas pelos atendentes durante a interação com os usuários, como forma de registrar suas principais demandas. A partir desse critério temático inicial, foram identificados 79 usuários do Canal Pode Falar. Na primeira triagem, adotou-se como critério de inclusão a presença de um ou mais dos descritores mencionados, resultando na seleção de 13 usuários. Após a segunda, que consistiu na leitura integral dos atendimentos e na exclusão de registros duplicados, o número final chegou a seis usuários, cujos atendimentos foram submetidos à análise.

Para tratamento dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, com ênfase na Análise Temática<sup>15</sup> para guiar a identificação dos núcleos de sentido presentes nas narrativas, cuja presença ou frequência fossem significativas em relação aos objetos de estudo. A partir desse procedimento, emergiram três categorias analíticas: 'Violência, meritocracia e estigma', 'Precarização do laço social' e 'Fragilização no circuito de significação'.

Desse modo, a seleção dos casos derivou de um universo amplo de atendimentos em saúde mental de adolescentes na rede pública, considerando critérios específicos a partir de menções explícitas à escola e à experiência de sofrimento psíquico. Embora a amostra seja numericamente restrita, não se buscou representatividade estatística, mas sim densidade interpretativa, em conformidade com a abordagem qualitativa e construcionista. Os seis casos foram escolhidos por sua potência discursiva, pela condensação de sentido recorrentes no conjunto mais amplo de atendimentos e por ilustrar situações emblemáticas acerca da produção de sofrimento psíquico

que se articula às experiências escolares e às condições de cuidado na rede de proteção.

Essa estratégia metodológica é coerente com estudos de natureza qualitativa e interpretativa, que possibilita o aprofundamento da compreensão de fenômenos complexos e contextualizados<sup>16</sup>. Reconhece-se, entretanto, que os relatos explorados não esgotam a diversidade de experiências na rede e impõem limites quanto à generalização estatística dos resultados. Contudo, as interpretações apresentadas devem ser compreendidas como exemplares de processos psicossociais mais amplos, o que possibilita contribuições teóricas e práticas plausíveis para contextos similares. Estudos futuros poderiam ampliar a amostra ou combinar métodos quantitativos para estimativas populacionais. A discussão proposta pretende contribuir para o debate sobre práticas e políticas públicas de saúde mental infantojuvenil, em diálogo com documentos norteadores como os relatórios e orientações do Unicef sobre adolescência, escola e saúde mental.

## Resultados e discussão

Na busca por compreender os fatores psicossociais implicados na produção do sofrimento psíquico na experiência de adolescentes e jovens, a investigação das narrativas revelou formas de sofrimento subjetivo enraizadas em relações sociais atravessadas por desigualdades estruturais e discursos normativos de sucesso, mérito e produtividade. A transversalidade entre escola, família e corpo aparece nas narrativas como espaço de controle, sofrimento e invisibilidade, compondo um cenário de tensão que impacta diretamente a saúde mental. Isso evidencia a necessidade de espaços de acolhimento psicossocial, escuta qualificada e possibilidades de narrativa de si.

Tomando como referência a perspectiva de linguagem em uso<sup>17</sup>, entende-se que os discursos não apenas descrevem realidades, mas também produzem efeitos sociais, subjetivos

e institucionais. Os discursos são uma produção social interacional, influenciada pelos contextos econômico, político e histórico em que são enunciados.

Desse modo, é pertinente contextualizar que, no sistema social e econômico vigente, há diferentes dispositivos de localização e marginalização dos sujeitos. Esses dispositivos são baseados, por exemplo, em ideias sobre o que tem valor no mercado de trabalho, quem é visto como potencial produtivo e quais comportamentos são esperados para o enquadramento e a manutenção da ordem social.

Nesse cenário, é pertinente situar que as falas de adolescentes e os saberes que constroem sobre si mesmos são, muitas vezes, desqualificados por não corresponderem aos critérios de legitimidade impostos pelos discursos hegemônicos, especialmente em contextos marcados pela pobreza<sup>18</sup>. Tais práticas produzem um sentimento de incompetência e expropriação da palavra por parte de grupos subalternizados, afastando-os da possibilidade de reconhecimento enquanto sujeitos de direitos<sup>19</sup>.

Nesse sentido, falar é mais do que comunicar. Falar é participar de uma rede de significações que organiza o que pode ser dito, quem pode dizer e que efeitos essa fala pode produzir. A linguagem não é neutra<sup>20</sup>, mas está atravessada por relações de saber e poder presentes nas dinâmicas sociais. Desse modo, os discursos são mais do que palavras: são práticas sociais que produzem efeitos e consequências mais amplas, mesmo quando esses efeitos não são intencionais ou imediatamente perceptíveis.

Por isso, ao trabalhar com discursos – especialmente as narrativas adolescentes –, é necessário cultivar o cuidado ético e atento. Isso implica reconhecer de onde vêm as falas, em que contextos são produzidas e as possibilidades (ou impossibilidades) que carregam. É preciso interrogar as práticas e os discursos hegemônicos de exclusão social, para questionar os modos de subjetivação que estão sendo produzidos<sup>18</sup>.

Ainda assim, vale lembrar que os discursos não são blocos maciços e imóveis. Eles também se cruzam, se contradizem e se reconfiguram. Além disso, embora expressem coletividades, são atravessados por experiências singulares. O discurso é, em última instância, uma tentativa de dar sentido às coisas, e esses sentidos estão sempre em disputa, com efeitos muito mais amplos do que aqueles enunciados por seus emissores. Por esse motivo, mais do que buscar significados ocultos ou intenções não ditas, o desafio é escutar aquilo que é efetivamente dito e considerar como essas falas produzem efeitos, delimitam fronteiras e abrem (ou fecham) vias possíveis<sup>20</sup>.

Seguindo esse fio condutor, serão discutidas, a seguir, as categorias identificadas nos enunciados de adolescentes e jovens.

### **Violência, meritocracismo e estigma**

As falas dos adolescentes revelam sentimento de frustração, cansaço, sobrecarga institucional e sofrimento psíquico. Expressões como 'decaí nos estudos', 'nunca fui inteligente', 'meu plano era ficar melhor nas notas', 'ainda não sei o melhor jeito de estudar', 'me cobro muito por causa dos erros', 'medo de reprovar' e 'tem que apresentar bastante trabalho, mas não consigo falar em público' ajudam a compreender como esses jovens estão vivenciando o espaço escolar e as pressões que o atravessam.

Esses relatos evidenciam o peso de um ideal de inteligência que privilegia certas formas de saber alinhadas a uma racionalidade técnica, sustentadas por uma lógica positivista, eurocentrada e orientada para a alta performance. Trata-se de um modelo verticalizado, que define quem é 'capaz' ou 'inteligente' com base em critérios que invisibilizam a multiplicidade de outras formas de saber e aprender. Nesse cenário, o esforço dos adolescentes para reconhecer como aprender e quais estratégias poderiam funcionar para si mesmos aponta para uma produção de saber legítimo, embora frequentemente

desvalorizado. Esses são os chamados saberes sujeitados<sup>21</sup>: conhecimentos vistos como ingênuos ou incompletos e inferiorizados em relação ao padrão hegemônico de saber científico requerido<sup>22</sup>.

Em um sistema educacional marcado por ideais neoliberais, em que o rendimento, a eficiência produtiva e a técnica pedagógica conformam-se às exigências do mercado de trabalho, os saberes sujeitados acabam por serem apagados. Isso implica um distanciamento cada vez maior das experiências propriamente ditas dos adolescentes e as exigências das instituições educacionais. Portanto, tal configuração pode contribuir significativamente para o adoecimento psíquico daqueles que não conseguem corresponder às expectativas, afetando o modo como se percebem e o valor que atribuem a si mesmos<sup>21</sup>.

As narrativas escutadas trazem importantes pistas de uma cultura centrada em resultados, desempenho e validação – seja ela pessoal, social ou familiar – ao mesmo tempo que tendem a apagar os contextos de privação e violência estrutural. Paradoxalmente, a intensificação das exigências e o aumento da burocratização das rotinas escolares são oferecidos como supostas soluções aos estudantes, mesmo quando não dialogam com suas reais necessidades. Essa questão é explicitada nos enunciados: 'estou de recuperação e a coordenador me deu muitas tarefas pra fazer em pouco tempo', 'minha mãe quer que eu continue tentando medicina no Enem', 'pensam que preciso de mais aulas', 'continuo na mesma', 'fico exausta'.

A obra<sup>20</sup> convida a refletir sobre como os discursos funcionam em um complexo sistema de códigos que produzem e reproduzem relações de saber-poder. Eles são compostos por regras, instituições, práticas e saberes que se entrelaçam e sustentam o que se convencionou como verdade, constituindo grandes estruturas que asseguram sobre o quê e com quais efeitos. É por meio desse mecanismo que se efetua a distribuição dos sujeitos nos diferentes tipos de discurso e, conseqüentemente, as (im)

possibilidades de apropriação desses discursos por determinadas categorias.

Diante disso, cabe perguntar: existiria instituição mais qualificada do que a escola para funcionar como esse edifício primeiro regulador dos discursos e dos sujeitos que podem se expressar? Afinal, é nesse espaço que, muitas vezes, são definidas quais vozes serão ouvidas, quais serão desacreditadas e quais formas de saber e fazer têm valor. Nessa direção, observa-se que não se enquadra na lógica do sucesso e do mérito, tende a ser submetido a processos de desqualificação e crítica, sendo reduzido à justificativa moralizante da preguiça, da falta de esforço e do fracasso individual. Esse ideário está presente nos enunciados: ‘mãe acha que tenho preguiça’, ‘mãe parece ter desgosto’, ‘dizem que não vou ser ninguém’. São discursos que invalidam as experiências de adolescentes e que contribuem para o sentimento de inadequação e sofrimento.

A educação formal, ainda que se apresente como o espaço no qual todo indivíduo, em uma sociedade como a que se vive, pode acessar qualquer tipo de discurso, é também – tanto no que permite quanto no que limita – um campo de reprodução e produção de oposições e lutas sociais. Ou seja, a escola, enquanto campo não neutro, atravessado por múltiplas relações de poder, torna-se palco de produções de subjetividades adoecidas, codificadas pelas exigências que regulam os rituais da palavra e o processo de qualificação para se tornar emissor autorizado. Ainda assim, é por meio dela que se pode tensionar essas normas e fazer circular outras práticas discursivas mais alinhadas ao bem-viver<sup>20</sup>.

As falas dos adolescentes revelam que práticas discriminatórias continuam sendo naturalizadas no cotidiano escolar. Comentários, posturas e olhares acabam reforçando estigmas ligados à classe social, à trajetória escolar e às identidades juvenis. Trechos como ‘mudei de escola por marcação de professores e alunos’, ‘o professor já começou a dar indiretas maldosas pra mim’, ‘por eu ter vindo de uma escola ruinzinha eles me tratam como bicho’, ‘os olhares,

as risadas ao olharem para mim’ e ‘ter que ir e aguentar tudo repetidamente’ mostram como esses adolescentes lidam com formas de exclusão simbólica e violência institucional.

Muitas vezes, essas violências aparecem disfarçadas sob discurso de ‘orientação disciplinar’ e ‘tempo de adaptação’, mas sustentam preconceitos de classe, raça, gênero e capacitismo. Esses processos de exclusão não são isolados, tampouco restritos ao ambiente escolar. A violência estrutural<sup>23</sup> também se manifesta nas escolas por meio de políticas injustas, distribuição desigual de recursos e marginalização de determinados grupos de estudantes.

Enquanto fenômeno psicossocial, a violência é construída histórica e politicamente na estrutura social. Essa estrutura afeta e, por sua vez, é afetada pelos modos como a escola se configura, tendo em vista sua função formativa e seus efeitos na produção de subjetividade. Desse modo, processos sociais de violência também se manifestam no cotidiano escolar.

O mal-estar que se manifesta nas falas dos adolescentes indica o próprio modo de estruturação institucional. A ausência de políticas de escuta e cuidado, somada a práticas pedagógicas distanciadas das experiências dos adolescentes, acaba por dificultar o senso de pertencimento e compor um registro de invisibilidade.

Falar e ser ouvido não é simplesmente uma questão de tomar a palavra, mas de atravessar um processo de qualificação do discurso, o que implica reconhecimento, autorização e pertencimento. Esse processo define quem pode ocupar determinado lugar de fala e quem está autorizado a formular certos enunciados, operando por meio de mecanismos que regulam a produção, a circulação e o consumo dos discursos. Trata-se de um conjunto de procedimentos – como a ritualização da fala, a delimitação de espaços institucionais legítimos, a atribuição de autoridade a determinados sujeitos e a consagração de certas formas de saber – que indicam a eficácia, suposta ou imposta, das palavras, em função de quem as enuncia.

Esses mecanismos determinam o efeito do discurso sobre aqueles a quem ele se dirige, bem como seu valor de coesão em um regime discursivo. Assim, o discurso não é livre nem acessível a todos de maneira igual: ele é controlado, selecionado e redistribuído por relações de poder que moldam quem pode dizer o que, quando, onde e com que efeitos<sup>20</sup>.

Nesse sentido, pode-se considerar que adolescentes e jovens adultos encontram-se em desvantagem nesse regime discursivo, especialmente no contexto da instituição escolar. Os trechos apontam que, ainda que falem, suas vozes frequentemente não são reconhecidas como legítimas, reduzindo suas chances de serem ouvidas. A escola, como espaço regulado por normas discursivas e relações assimétricas de poder, tende a marginalizar os saberes sujeitados, que acabam sendo desqualificados ou ignorados, mesmo quando expressam com clareza o impacto das vivências escolares sobre sua saúde mental, como revelam os fragmentos de fala apresentados.

### **Precarização do laço social**

A análise das narrativas aponta para vivências marcadas por sentimentos de solidão, desconexão e ausência de suporte. Os adolescentes aparecem como sujeitos à deriva, atravessados por vulnerabilidades diversas, sem localizar apoio consistente nas instituições ou nos serviços da rede psicossocial. Relatos como 'não tenho amigos', 'me sinto isolado', 'ninguém me entende', 'minha avó não me apoia e insulta muito', 'tem zoações não só em casa, como na escola', 'minha família é briguenta', 'ninguém me escuta' e 'eu me isolo' revelam uma fragilidade nas relações que deveriam funcionar como fontes de acolhimento, proteção e pertencimento. Esse cenário evidencia não só o sofrimento psíquico dos jovens, mas também uma carência afetiva e simbólica, produzida pela ausência de vínculos significativos e de espaços onde possam ser escutados e reconhecidos.

Historicamente, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros é marcada por omissão, exclusão e institucionalização<sup>24</sup>. Contudo, os avanços desde o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>25</sup> até as políticas sociais vinculadas ao Ministério da Saúde<sup>26</sup> apontam para a garantia de direitos humanos e para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. A escola figura, nesse contexto, no papel de um espaço de construção de cidadania, de edificação de uma cultura de paz e de educação em saúde, para além dos vieses cognitivo e curricular<sup>27</sup>.

No entanto, em um cenário marcado por políticas públicas fragmentadas, focalizadas e frequentemente descontinuadas, o sofrimento psíquico não pode ser compreendido separadamente da fragilidade estrutural e histórica da rede de proteção social, especialmente no que se refere à articulação entre escola, saúde e assistência social. Na ausência de uma lógica intersectorial efetiva, as escolas permanecem operando em funções normativas pedagógicas e administrativas, que a limitam aos espaços de controle, contenção e avaliação, e a desimplicam da dimensão social do sofrimento.

A partir das narrativas, torna-se evidente o descompasso entre o que os adolescentes demandam e o que o sistema educacional oferece. Operando de forma isolada, sem conexão com o território e com os serviços que poderiam compartilhar apoio e cuidado, a escola reforça práticas e discursos de culpabilização, no qual o sofrimento do jovem é tratado como falha pessoal, e abre espaços para processos de medicalização de estudantes e professores, bem como patologização cada vez mais precoce das condutas. Isso evidencia uma lógica que tende a normatizar o sofrimento em vez de reconhecê-lo como denúncia de uma realidade que precisa ser acolhida e transformada.

Muito embora considere-se a adolescência como uma construção social marcada por diferentes experiências de adotar em diversos contextos culturais, pouco se discute que, em uma mesma cultura, o conceito-enquadramento 'adolescência' deixa de fora uma

ampla parcela de jovens, cujas experiências são destituídas material e simbolicamente. A perspectiva normativa de adolescência oculta não somente as fragilidades nos vínculos afetivos como também a desigualdade no acesso a bens e serviços públicos e os marcadores sociais de raça, gênero e orientação sexual<sup>1</sup>.

Ao pensar<sup>24</sup> sobre as questões do contexto escolar e o cuidado em saúde mental com adolescentes, implica construir práticas intersetoriais, nas quais diferentes profissionais possam oferecer serviços direcionados e atuar de forma coordenada para a escuta situada de jovens, compreendendo as especificidades de suas realidades e envolvendo toda a comunidade escolar.

A compreensão normativa da adolescência acaba, assim, por esconder desigualdades importantes. Ela encobre tanto as fragilidades dos vínculos afetivos quanto as diferenças no acesso a direitos, políticas públicas e oportunidades. Além disso, deixa à margem os marcadores sociais de gênero, raça e sexualidade, que influenciam de modo decisivo as formas de ser e viver a juventude<sup>23</sup>. Tais articulações são cada vez mais importantes, considerando um crescente estado de alienação, desintegração e individualismo decorrentes da mundialização da cultura. É fundamental o fortalecimento de laços sociais como via de enfrentamento da violência e enquanto recurso para revitalizar o respeito e o reconhecimento do outro como ser humano, fortalecendo os circuitos de significação e a potência da participação social dos sujeitos políticos.

### **Fragilização no circuito de significação**

Compreender a adolescência exige deslocar o olhar das explicações biologizantes ou puramente intrapsíquicas para uma leitura mais complexa, relacional e situada socialmente, porque é por meio das práticas discursivas<sup>28</sup> que os sujeitos constroem sentidos sobre si mesmos, o mundo e suas experiências. Assim, a adolescência deve ser compreendida como

categoria social e culturalmente construída, e não como uma fase natural e universal da vida. Trata-se de uma experiência singular, atravessada por marcadores sociais, relações de poder, pertencimento e disputas de sentido emergentes nas interações sociais.

A partir dessa perspectiva, torna-se necessário reconhecer que as fronteiras entre adolescência e adultez não são neutras. Os discursos sobre a adolescência são atravessados por um viés adultocêntrico<sup>1</sup>, construído das assimetrias das relações intergeracionais, que delimitam e como é considerado válido, aceitável ou patológico. Nesse cenário, os adolescentes são, muitas vezes, silenciados ou falados por outros – pela escola, pelos serviços de saúde, pela família – sem que suas vozes possam ser ouvidas com legitimidade.

No caso da saúde mental na adolescência, observa-se que as narrativas disponíveis para nomear e significar o sofrimento são majoritariamente patologizantes, contribuindo para uma concepção reducionista do adoecimento. Os enunciados de ‘não consigo me organizar em trinta minutos de fala’, ‘o assunto fica pra trás’, ‘tenho bloqueio’, ‘não entendo quando meus colegas explicam’, acompanhados de enunciados como ‘a dor só alivia com automutilação’, ‘quase todos os dias penso em suicídio’, explicitam que não há endereçamento simbólico de suas experiências, operando uma ruptura nos circuitos de significação entre o que vivenciam e o que podem comunicar. O sofrimento não pode ser traduzido em um lugar simbólico, para produção de sentido e agência dos adolescentes, sendo repetido em atos ou silêncios.

Nesse contexto, o sofrimento psíquico é, muitas vezes, interpretado como falha individual, quando, na realidade, está fortemente vinculado à precarização das condições de vida, à ausência de reconhecimento social e às exigências de desempenho impostas por uma lógica neoliberal. As relações entre saber, poder e economia – tal como analisadas por Foucault – constroem o que se pode chamar de capital de competência: um conjunto de

saberes, habilidades e condutas que se tornam economicamente atraentes, passando a orientar as expectativas de sucesso. A escola, assim como as instituições de saúde e assistência social, não está alheia a esse processo; ao contrário, torna-se um dos principais dispositivos de investimento na produção de capital humano. Esse sujeito, agora configurado como empresário de si mesmo, deve gerir, ampliar e fazer render a si mesmo, justificando o valor nele investido<sup>28</sup>. Esse imperativo de autogestão gera um sentimento constante de inadequação, ameaça ou afirmação do fracasso individual.

Spink<sup>29</sup> convida a pensar como os discursos produzem realidades. Além disso, há duas discursividades na análise<sup>30</sup> dos processos autolesivos em adolescentes e jovens: uma via indica a afirmação de uma espessura existencial e social que comunica um pedido de ajuda e cuidado, como uma técnica de sobrevivência; a outra aponta o fenômeno enquanto fator de risco, conforme critérios da Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>31</sup>. Ao nomear a autolesão como 'risco' ou 'estratégia de sobrevivência', não se está apenas descrevendo um fenômeno, mas participando ativamente na forma como ele será compreendido, enfrentado e vivido. Assim, para além de diagnósticos, é fundamental criar espaços nos quais os adolescentes possam narrar suas experiências com suas próprias palavras, a partir de seus contextos, seus sentidos e suas urgências.

A invisibilidade simbólica, somada à ausência de escuta qualificada e à fragmentação de redes de cuidado, produz um cenário em que o sofrimento se torna inominável. Como consequência, há o sentimento recorrente de desânimo, desesperança e autodesvalorização, evidenciado em enunciados como: 'não sou boa o bastante', 'tudo que faço dá errado' ou que 'perco o ânimo de ir para a escola depois de tudo isso'. Mais do que apenas uma experiência individual de desmotivação, revela-se a descrença profunda em relação às próprias possibilidades e o descrédito diante da ausência de suporte significativo. Sem espaços de elaboração coletiva do sofrimento, os adolescentes

tendem a vivenciar o mal-estar social e a violência estrutural como falha pessoal, o que cria condições para adoecimento silencioso e coletivo.

O sistema educacional tem contribuído para a patologização de adoecimentos que, por sua vez, estão relacionados com demandas muito mais amplas e complexas. Em lugar de acolher a diversidade dos modos de existir, ele tende a reforçar padrões de sucesso baseados na lógica do mérito. Esse processo<sup>32</sup> contribui para o aumento de Transtornos Mentais Menores (TMM) entre estudantes. De acordo com os dados da pesquisa, o TMM é o principal problema identificado entre os estudantes, sendo também frequentes os distúrbios psicossomáticos, o estresse psíquico e a desconfiança quanto ao próprio desempenho acadêmico.

Pensar na saúde mental na adolescência, a partir das práticas discursivas, implica reconhecer que o adoecimento psíquico não é um problema que reside apenas no sujeito, mas na relação entre sujeito e contexto. Nesse enquadramento, a desesperança aparece como resposta psíquica de adolescentes ao contexto que pouco reconhece suas histórias, ritmos e lutas, acentuando situações de retraimento, silenciamento e atos impulsivos. Com isso, um processo de exclusão subjetiva bem mais complexa do que os índices de evasão insucesso escolar pode se revelar.

A elaboração do sofrimento exige tempo, espaço e reconhecimento – três elementos escassos nas experiências cotidianas da maioria dos adolescentes. É preciso sustentação para narrar a própria história e traduzir sofrimento em linguagem, na medida em que aprende a articular o sofrimento pessoal e as vivências sociais, construindo uma visão de mundo mais pautada na consciência crítica<sup>33</sup>.

Narrativas de sofrimento, como automutilação e ideia suicida, são analisadas como formas de comunicação de uma dor inominável, evidenciando a necessidade de abordagens que valorizem as experiências e os significados produzidos pelos próprios adolescentes. O estudo aponta a importância de práticas

discursivas que possibilitem a expressão legítima das vivências juvenis, reconhecendo o sofrimento como um fenômeno coletivo e socialmente situado, que demanda tempo, espaço e reconhecimento para ser elaborado.

Nas Considerações finais, o texto aborda as experiências vividas por adolescentes a partir de uma perspectiva discursiva e social, destacando a centralidade dos vínculos familiares, escolares e comunitários para o desenvolvimento psíquico e subjetivo. Em contextos atravessados por violências estruturais e cotidianas, esses laços podem tanto favorecer a expressão e a participação social quanto gerar sofrimento psíquico. A escola, nesse cenário, assume um papel ambíguo: pode ser um espaço de acolhimento e cuidado ou de exclusão, humilhação e invisibilidade.

## Considerações finais

As experiências vividas pelos adolescentes não se constroem de maneira generalizada ou descontextualizada. São os laços sociais experienciados pelos adolescentes em diferentes contextos de vida que constituem suas possibilidades de inscrição social, sua produção de sentidos e direções, e suas vias de expressão nas culturas. Os vínculos – familiares, escolares, territoriais ou comunitários – são centrais para o desenvolvimento psíquico e subjetivo, funcionando como sustentação simbólica para a produção de narrativas e participação social. Contudo, em contextos marcados por relações violentas, sejam elas explícitas ou sutis, estruturais ou cotidianas, os efeitos revelam estresse e sofrimento psíquico.

A perspectiva das práticas discursivas permite compreender a adolescência não como fase de transição biológica ou universal, mas como produção humana atravessada por disputas de sentido. Além disso, possibilita reconhecer que o sofrimento psíquico não é um dado patologizado, mas uma construção social. Os discursos que circulam nas relações, nos espaços públicos e nas instituições como

a escola constituem não só os modos como o sofrimento é compreendido, mas também as possibilidades que os sujeitos têm ou não de nomeá-lo, comunicá-lo e serem escutados.

A violência estrutural, presente nas dinâmicas sociais e instituições, impacta diretamente nos modos de vida e de sofrimento dos adolescentes. Ela aparece nas desigualdades de acesso, nas formas de exclusão simbólica, nas relações escolares marcadas pela desqualificação e na ausência de espaços de escuta àquilo que os jovens têm a dizer. Nesse contexto, a escola pode assumir duplo papel: ora como espaço de acolhimento e construção de vínculos significativos, ora como reprodutora de modos diversos de exclusão, cobranças e invisibilidades.

Os relatos apontam para práticas de humilhação, discriminação e isolamento promovidas por colegas, pais e figuras institucionais. Tais experiências reforçam a percepção da escola como um ambiente potencialmente hostil, fragilizando o vínculo dos adolescentes com os processos de aprendizagem e com a construção de uma identidade segura.

Ao mesmo tempo, emergem nas falas menções a professores, funcionários, colegas ou familiares que exercem funções de escuta e apoio, sugerindo que a existência de vínculos fortalecedores pode operar como linha de fuga perante as dinâmicas opressoras e que a escola é palco (e não é neutro) que flagra todas essas dinâmicas. Esses relatos apontam para o potencial da escola também como espaço de produção de bem-viver, desde que existam dispositivos de cuidado e reconhecimento.

Essa multiplicidade de sentidos atribuídos à escola reforça a urgência de políticas institucionais de caráter intersetorial, que articulem saúde, educação e assistência social, reconhecendo a complexidade da instituição escolar.

Romper com o ciclo da violência exige dispositivos institucionais e discursivos que reconheçam o sofrimento como fenômeno social e comunicável. Isso implica compreender os adolescentes não como ‘portadores de sintomas’, mas como sujeitos de direito, que

narram suas subjetividades com sua própria de linguagem, como pessoas com desejo e que vivenciam transformações em uma fase marcada por movimentos, ambivalências e potências. Nessa perspectiva, é necessário construir espaços que devolvam aos adolescentes a dignidade de serem escutados e respeitados em seu protagonismo para narrar sua dor, produzir sentido a partir dela e intervir no mundo à sua maneira. A escuta, nesse processo, não é apenas uma prática terapêutica ou educativa, mas também um gesto ético e político.

A partir da implementação do Projeto Pode Falar, voltado à escuta de sujeitos em idade escolar regular na educação básica e superior, foi possível identificar os atravessamentos entre saúde mental e aprendizagem que permeiam o cotidiano escolar, ou seja, que aprender é afetivo também de muitos modos. O ambiente escolar, nesse contexto, revela-se como um território ambíguo, onde coexistem tanto potências de cuidado quanto obstáculos materiais e simbólicos à construção de um espaço efetivamente acolhedor.

Esses elementos apontam caminhos para uma escola que, embora tensionada por dispositivos de controle, normas de produtividade, eficiência e desempenho, pode também se constituir como espaço de criação e cuidado. O relato dessa experiência sugere a importância de ações institucionais interdisciplinares, comprometidas com a promoção da saúde mental como dimensão indissociável do direito à educação.

A receptividade de determinados professores, coordenadores ou pares que se somaram ao projeto evidencia a possibilidade de fissuras na rigidez institucional. Nessas brechas, foi

possível sustentar momentos de elaboração, escuta e fortalecimento de vínculos entre adolescentes e jovens adultos em sofrimento psíquico.

O projeto vinculado à Rede Pode falar – fundamentado na escuta, na promoção de narrativas de si mais compassivas e na articulação entre estudantes e múltiplos intercessores – buscou instituir práticas de acolhimento que mitigassem com a lógica da produtividade e do desempenho como medida de valor subjetivo. Ao privilegiar o encontro e a expressão, aponta um deslocamento em relação às práticas tradicionalmente medicalizantes, normatizadoras e reificantes ao passo que aponta um farol.

É preciso reintroduzir práticas sociais que favoreçam a escuta e a criatividade. Nessa via, é possível que o sofrimento encontre mediação simbólica, e que o sujeito, ao invés de ser reduzido ao silêncio ou ao sintoma, possa se reinscrever em seus afetos, enunciações e participação. O modo como se fala sobre a adolescência, como se escuta os adolescentes e como se organizam os espaços institucionais de cuidado apontam para a possibilidade de modos de subjetivação inventivos, éticos, que escapam às formas normativas de sujeição e que podem exercer práticas de liberdade e cuidado consigo e com os outros.

## Contribuições de autoria

Mora GG (0000-0002-5867-9680)\*, Freire KRLC (0000-0002-8595-4609)\*, Macedo NM (0000-0002-5903-6134)\* e Souza LGPA (0009-0009-3770-8591)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Ferreira HM, Melo BCF. O Pode Falar e a escuta: a importância da escuta acolhedora no enfrentamento da violência escolar no Nordeste. *Rev Educ PUC-Camp.* 2025;30:e14433. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0870v30a2025e14433>.
2. Santos J, Ferreira H. A escuta sensível de adolescentes atravessada por uma perspectiva docente no programa Pode Falar (UNICEF). *Debates Educ.* 2025;16(38):1-19. DOI: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2024v16n38pe16574>.
3. Ferreira H, Melo B. Infâncias, adolescências e juventudes: a pesquisa transdisciplinar. Curitiba: CRV; 2021.
4. Freire KRLC, Nóbrega DO, Thomaz ACL, et al. Promoção da saúde mental na escola: reflexões a partir de um relato de experiência. *Saberes.* 2025;25(1):SM07. DOI: <https://doi.org/10.21680/1984-3879.2025v25n01ID38252>
5. Sapien Labs. The Mental State of the World in 2023 [Internet]. [local desconhecido]: Sapien Labs; 2025 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: <https://mentalstateoftheworld.report>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2024 fev 6 [acesso em 2025 jun 17];4:55. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
7. Silva J. Ansiedade em crianças e jovens supera a de adultos. UOL Viva Bem [Internet]. 2024 jun 20 [acesso em 2025 jun 17]; Equilíbrio. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2024/06/20/ansiedade-em-criancas-e-jovens-supera-a-de-adultos.htm>
8. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental em dados – edição nº 13. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Carga global de doenças em 10-19 anos. Washington, DC: OPAS; 2023.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2025 out 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101745.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde na Escola beneficia quase 25 milhões de estudantes no biênio 2023/2024 [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social (Secom); 2024 out 23 [acesso em 2025 out 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/noticias/saude-na-escola-beneficia-quase-25-milhoes-de-estudantes-no-bienio-2023-2024>
12. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde na Escola garante direito à saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 fev 7 [acesso em 2025 jun 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-na-escola>
13. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e padrões de avaliação do PSE 2025/2026: nota técnica nº 30/2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
14. Universidade Aberta do SUS. Aperfeiçoamento em saúde mental e atenção psicossocial de adolescentes e jovens [Internet]. Brasília, DF: UNASUS; [data desconhecida] [acesso em 2025 out 22]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Madureira AF, Branco AU. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. *Psicol Reflex Crit.* 2001;14(2):399-406.
17. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção

- de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2013. p. 50-78.
18. Guareschi NMF, Reis C, Huning SM, et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estud Psiqui Psicol* [Internet]. 2007 [acesso em 2025 out 22];7(1):17-27. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/10945/8643>
  19. Coimbra C. Operação Rio: o mito das classes perigosas. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói: Intertexto; 2001.
  20. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2014.
  21. Caponi S, Daré PK. Neoliberalismo e Sofrimento Psíquico: A Psiquiatrização dos Pадecimentos no Ambiente Escolar. *Mediações*. 2020;25(2):302-20. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2020v25n2p302>
  22. Foucault M. Em defesa da sociedade: Curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
  23. Gomes LES, Freire SKCP, Vasconcelos AF, et al. Os efeitos da violência escolar na saúde mental infante-juvenil. *Contrib Cienc Soc*. 2023 [acesso em 2025 out 22];16(10):23908-33. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-306>
  24. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):e00125018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
  25. 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. *Diário Oficial da União Brasília, DF*. 1990 jul 16 [acesso em 2025 out 22]; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_93/Lei/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_93/Lei/18069.htm)
  26. Ministério da Saúde (BR). Caderno temático de direitos humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
  27. Koehler SM, Gonzales NGP, Marpica JB. A escola como promotora da saúde mental e do bem-estar juvenil: oficinas pedagógicas com adolescentes. *Desidades* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 out 22];(29):168-85. Disponível em: <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i29.43651>
  28. Foucault M. O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
  29. Spink MJP, Brigagão JIM, Nascimento VLV, et al., editores. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=962>
  30. Pegoraro RF, Vicentim MG. Comecei para aliviar a dor: algumas pistas sobre autolesão em adolescentes/jovens. *Rev Psicol Pesq*. 2022;16:e32538. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.32538>
  31. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Adolescência. Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar [Internet]. [local desconhecido]: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2019 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/48.%20Autoles%C3%A3o%20na%20adolesc%C3%Aancia%20como%20avaliar%20e%20tratar.pdf>
  32. Cerquiari E, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estud Psicol (Natal)*. 2005;10(3):413-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010>

33. Guimarães JS, Silva MSO. Participação juvenil e promoção de saúde: estratégias de desenvolvimento humano. *J Hum Growth Dev [Internet]*. 2011 [acesso em 2025 out 22];21(3):859-66. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822011000300012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300012&lng=pt&tlng=pt)

---

Recebido em 17/06/2025

Aprovado em 02/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

## Conhecimentos de adolescentes sobre serviços de saúde: implicações de um jogo para educação em saúde

*Knowledge of adolescents about health services: Implications of an educational game for health education*

Letiane de Souza Machado<sup>1</sup>, Isabella Royer Perini<sup>1</sup>, Jodéli Fabiana Dreissig<sup>1</sup>, Richard Ecke dos Santos<sup>1</sup>, André Weber de Vargas<sup>1</sup>, Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>1</sup>, Edna Linhares Garcia<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110244P

**RESUMO** Objetivou-se analisar o conhecimento de escolares acerca dos serviços de saúde e assistência social, e os efeitos de um jogo para educação em saúde na multiplicação de saberes. Estudo transversal com abordagem quantitativa. População-alvo composta por estudantes dos anos finais de 20 escolas públicas. Aplicou-se um questionário antes e depois de jogar ‘Caminhos do SUS’, com questões sobre conhecimento e acesso aos serviços. Nas 262 respostas, o hospital foi o mais conhecido (96,56%) e frequentado (88,17%), seguido da Unidade de Pronto Atendimento, conhecida (90,46%) e frequentada (62,21%). O Centro de Referência Especializado de Assistência Social foi o menos conhecido (10,69%), seguido do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (12,60%), esses foram apontados como os serviços que os estudantes passaram a conhecer depois de jogar (46,18% e 45,80% respectivamente). Apenas metade conhecia a Unidade Básica de Saúde, e 37,02% já haviam frequentado o local. Em sua maioria, os adolescentes conheciam e frequentavam serviços da atenção terciária em detrimento da básica, psicossocial e de assistência social. O ‘Caminhos do SUS’ foi efetivo na promoção do conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, configurando-se como dispositivo para construção de autonomia e multiplicação de saberes em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação em saúde. Adolescente. Saúde pública.

**ABSTRACT** This study aimed to analyze schoolchildren’s knowledge of health and social assistance services and the effects of a health education game on knowledge multiplication. This was a cross-sectional study with a quantitative approach and included students in the final years of 20 public schools. To assess knowledge and access to services, a questionnaire was administered before and after playing ‘Caminhos do SUS’. Among the 262 responses, the hospital was the most known (96.56%) and the most frequented (88.17%), followed by the Emergency Care Unit, known by 90.46% and frequented by 62.21%. In contrast, the Specialized Reference Center for Social Assistance was the least known (10.69%), followed by the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (12.60%). After the game, students reported learning about these two services, with post-game knowledge increasing to 46.18% and 45.80%, respectively. Only half knew about the Basic Health Unit, and 37.02% had already visited it. Most adolescents were more familiar with tertiary care services, while basic, psychosocial, and social assistance services were less recognized and attended. In summary, ‘Caminhos do SUS’ was effective in promoting knowledge about the Unified Health System and the Unified Social Assistance System, serving as a device for developing autonomy and multiplying health knowledge.

**KEYWORDS** Health education. Adolescent. Public health.

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil.  
letianemach@gmail.com



## Introdução

Os campos da saúde e da educação são intimamente relacionados, sendo que os conhecimentos sobre as políticas públicas e os dispositivos de cuidado aumentam a probabilidade de ter mais saúde<sup>1</sup>. Para a população adolescente, é imprescindível o acesso à saúde e à assistência social, caminho que passa pela informação. Os saberes devem ser multiplicados, visando ao desenvolvimento de habilidades para tomada de decisão em saúde, pois a ausência de conhecimento sobre o acesso democrático aos serviços pode dificultar a resolução de problemas dessa população<sup>2</sup>.

Segundo Garcia, Machado e Feldmann<sup>3</sup>, o público adolescente apresenta certo desconhecimento sobre dispositivos de cuidados e atenção à saúde disponíveis nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas). De acordo com Dantas e colaboradores<sup>4</sup>, das possíveis razões para o empobrecimento do saber popular diante dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso figura entre os principais motivos. Os autores destacam a relação da menor escolaridade com a precariedade de acesso aos serviços. Nesse sentido, a escola é reconhecida como um cenário com grande potencial para promover o conhecimento e instigar práticas de promoção à saúde na adolescência.

Por vivenciar uma dimensão da vida repleta de mudanças corporais, subjetivas e comportamentais, o adolescente necessita, além de ser ouvido e cuidado em sua integralidade, desenvolver habilidades e saberes para construção de autonomia e tomada de decisão sobre sua saúde. Em tempos neoliberais, a precarização e o dismantelamento de direitos dos cidadãos contribuem para a determinação de saúde mental e de transtornos psiquiátricos<sup>5</sup>. A adolescência na contemporaneidade também é afetada pela lógica neoliberal, sendo um dos grupos populacionais com maior incidência de casos de depressões e dos transtornos de ansiedade, em especial quando considerados os efeitos da covid-19 na saúde mental desse público<sup>6</sup>.

Como estratégia de mitigação dessa realidade, a adoção de jogos lúdicos voltados à educação em saúde tem se tornado cada vez mais popular. Em especial, jogos que abordam temas como o desenvolvimento da autonomia e do letramento em saúde. Uma revisão sistemática sobre *serious games* (jogos que não visam somente ao entretenimento) identificou a crescente busca por metodologias ativas facilitadoras e de baixo custo que sejam eficientes para promoção e educação em saúde<sup>7</sup>.

Nessa perspectiva, o uso de elementos de gamificação pode contribuir para motivar, aumentar a atividade e reter atenção do usuário. Para o público adolescente, torna-se fundamental o uso dessas estratégias coletivas devido aos diversos estímulos virtuais individuais a que estão expostos diariamente. O uso da ludicidade para educação em saúde prepara o aluno para interseção com a criatividade e a diversidade, disponibilizando ferramentas para o convívio social perante os desafios da vida e para disseminação do conhecimento das políticas públicas de saúde.

O jogo ‘Caminhos do SUS: entre nessa aventura e descubra como o SUS está presente na sua vida’, doravante ‘Caminhos do SUS’, é um exemplo de como o lúdico se torna uma ferramenta mobilizadora nos processos de ensino-aprendizagem e de assimilação do conhecimento. Idealizado e construído pelo Grupo da Pesquisa sobre Adolescências (Grupad), o jogo de tabuleiro demanda que o participante percorra os serviços do SUS e do Suas, passando a entender sobre os locais e os fluxos das redes<sup>8</sup>. O produto didático tem como público-alvo adolescentes escolares, sendo estes cidadãos de direito absoluto e um dos alvos primordiais de políticas públicas de saúde do País.

Diante dessas questões, o estudo buscou analisar o conhecimento de escolares acerca dos serviços de saúde e assistência social e os efeitos de um jogo didático na multiplicação dos saberes, por meio da educação em saúde.

## Material e métodos

Como delineamento metodológico para a coleta e análise dos dados, definiu-se por um estudo transversal com abordagem quantitativa. Este artigo aborda um recorte da pesquisa ‘Produção de sentidos acerca da drogadição: panorama do uso de drogas sob o enfoque do adolescente e da família na intersecção do contexto escolar, PSE e Capsia em Santa Cruz do Sul’, conduzida pelo Grupad. A coleta de dados foi realizada entre maio de 2022 e agosto de 2023, por meio de questionário com 3 questões envolvendo 20 escolas da rede pública da educação básica de um município do Rio Grande do Sul. O município possui cerca de 133.230 habitantes, dispendo de 67 estabelecimentos entre Ensino Médio e Fundamental<sup>9</sup>.

Como critérios de inclusão, foram escolhidas escolas públicas que incluíssem estudantes do Ensino Fundamental (8º e 9º anos) e do Ensino Médio (1ª a 3ª série). A faixa etária foi determinada pelo perfil do grupo, adolescentes entre 13 e 19 anos. Como critério de exclusão: escolares que, por razões cognitivas e emocionais, estivessem impossibilitados de participar do estudo. Todas as 67 escolas do município foram contatadas para realização da pesquisa: no total, 20 aceitaram participar da investigação.

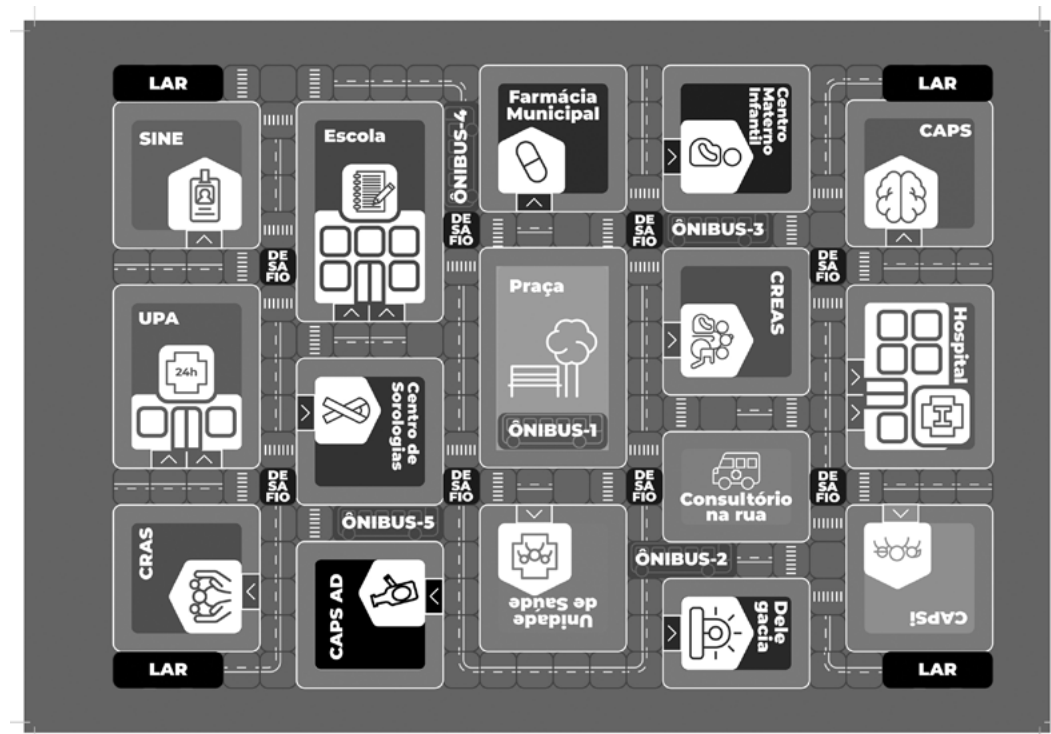
O jogo ‘Caminhos do SUS’ foi utilizado como ferramenta de apoio à coleta de dados. O produto foi desenvolvido em 2019, pelo

Grupad, com a finalidade de promover o compartilhamento e a multiplicação de saberes sobre o SUS e de outros serviços públicos. O jogo tem duração média de 40 minutos, compreendendo a leitura das regras, e comporta 4 jogadores, que recebem uma missão baseada em situações cotidianas. Cada jogador deve percorrer o tabuleiro, conhecendo os serviços, enfrentando os desafios e resolvendo as problemáticas por meio do fluxo de rede<sup>8</sup>.

Inicialmente, foi realizado contato com as escolas, no qual foi solicitada a eleição de uma turma para aplicação do jogo. Nesse mesmo momento, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)/ Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Tale) aos alunos, os quais foram assinados pelos participantes, por seus pais ou responsáveis, e recolhidos antes da aplicação do questionário. Após uma semana, as pesquisadoras retornaram às escolas e, em uma sala disponibilizada, sem a presença da equipe escolar, separaram os grupos e a aplicaram do questionário antes do início da atividade.

Nesse instrumento, os adolescentes responderam às seguintes questões: ‘1 – Quais os locais de saúde e serviços da cidade que você conhece?’ e ‘2 – Quais os locais de saúde e serviços da cidade que você já frequentou / ou frequenta?’, seguidas da lista de locais de saúde e de assistência social presentes no jogo (*figura 1*):

Figura 1. Tabuleiro 'Caminhos do SUS'



Fonte: elaboração própria.

Sine: Sistema Nacional de Emprego. Cras: Centro de Referência da Assistência Social. Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. ESF: Estratégia Saúde da Família. US: Unidade de Saúde. Caps: Centro de Atenção Psicossocial. Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. UPA: Unidade de Pronto Atendimento. Cemai: Centro Materno Infantil. Cemas: Centro Municipal de Atendimento à Sorologia.

Na sequência, o 'Caminhos do SUS' foi distribuído, e suas regras, explicadas aos adolescentes. Os estudantes permaneceram com o jogo por cerca de 40 minutos, podendo explorar as cartas, o tabuleiro e o manual de instruções. Após a partida, os participantes responderam à última pergunta: 'Quais os locais de saúde e serviços que você não conhecia e passou a conhecer após jogar?', seguida da lista de locais.

No total, foram coletadas 262 respostas de estudantes, dos quais mais da metade na faixa etária entre 13 e 15 anos (60,5%), com média de 15 anos. Os dados obtidos foram registrados em uma planilha do Excel® e analisados descritivamente em números absolutos e porcentagem. Por fim, os serviços mais e menos conhecidos foram agrupados para compor as discussões.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/Unisc), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 39021420.1.0000.5343 e Parecer nº 6.556.605.

## Resultados

Dentre os 13 locais disponíveis, o hospital se destacou como o espaço de maior conhecimento dos estudantes, abrangendo 96,56% (n = 253) dos alunos, em segundo lugar, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com reconhecimento de 90,46% (n = 237), e em terceiro, o Centro Materno Infantil (Cemai),

com 80,15% (n = 210) dos respondentes. O Cemai é um serviço de atenção municipal, que, durante a coleta de dados, era referência para vacinação de crianças e adolescentes contra a covid-19. Os serviços elencados apresentam como similaridade pertencerem à atenção secundária e terciária. Os locais menos conhecidos pelos participantes foram, em sua maioria, da assistência social especializada e da atenção psicossocial. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) foi reconhecido por somente 10,69% (n = 28), o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), por 12,60% (n = 33), e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD), por 12,98% (n = 34).

Com relação aos serviços frequentados pelos estudantes, os estabelecimentos de média e alta complexidade da Rede de Atenção em Saúde (Raps) se destacaram. O Hospital (nível terciário) foi assinalado por 88,17% (n = 231) dos adolescentes, seguido pelas UPA (nível secundário) com 62,21% (n = 163). Em contraposição, às

Unidades de Saúde – US (Unidades Básicas de Saúde – UBS/Estratégia Saúde da Família – ESF), que compõem a atenção primária, representam apenas 37,02% (n = 97) da frequência de utilização do serviço. Por fim, os serviços menos frequentados são o Caps AD, com 0,76% (n = 2), e o Creas, com 3,82% (n = 10).

Os resultados obtidos na resposta pós-jogo – ‘Quais serviços você passou a conhecer após o jogo?’ – indicaram maior conhecimento daqueles serviços apontados como menos conhecidos e/ou frequentados. Dessa forma, os serviços de atenção psicossocial e assistência social especializada se destacaram, dentre eles: o Creas, o Capsi e o Caps AD. Após o jogo, 46,18% (n = 121) relatam passar a conhecer o Creas, na sequência, o Capsi 45,80% (n = 120) e o Caps AD 47,33% (n = 124). Ademais, o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Consultório na Rua e o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) apresentaram aumento considerável. A *tabela 1* exhibe os resultados na íntegra:

Tabela 1. Conhecimento, acesso aos serviços de saúde e serviços de assistência social pelos adolescentes escolares, em um município do interior do Rio Grande do Sul, 2023

Serviço	Quais serviços você conhece?		Quais serviços você frequenta?		Quais serviços conheceu após o jogo?	
	n	%	n	%	n	%
Cras	68	25,95%	33	12,60%	114	43,51%
Creas	28	10,69%	10	3,82%	121	46,18%
Hospital	253	96,56%	231	88,17%	58	22,14%
ESF/UBS	123	46,95%	97	37,02%	44	16,79%
Caps AD	34	12,98%	2	0,76%	124	47,33%
Capsi	33	12,60%	12	4,58%	120	45,80%
Caps	94	35,88%	16	6,11%	97	37,02%
UPA	237	90,46%	163	62,21%	64	24,43%
Cemai	210	80,15%	155	59,16%	58	22,14%
Cemas	39	14,89%	11	4,20%	92	35,11%
Farmácia	200	76,34%	156	59,54%	65	24,81%
Consultório na Rua	49	18,70%	26	9,92%	96	36,64%

Fonte: elaboração própria.

Cras: Centro de Referência da Assistência Social. Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. ESF: Estratégia Saúde da Família. US: Unidade de Saúde. Caps: Centro de Atenção Psicossocial. Caps AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. UPA: Unidade de Pronto Atendimento. Cemai: Centro Materno Infantil. Cemas: Centro Municipal de Atendimento à Sorologia.

## Discussão

### Políticas públicas e educação em saúde

O SUS e o Suas são redes fundamentais para garantir os direitos da população brasileira, especialmente nos territórios onde a comunidade se encontra em situação de vulnerabilização social<sup>11</sup>. Em conjunto, as redes são compostas por diversos serviços de baixa a alta complexidade, assim como de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, entre outros<sup>12</sup>. Os resultados apontam que esses dispositivos parecem ser desconhecidos pelos adolescentes, o que requer diferentes formas de compartilhamento de conhecimento sobre eles. O campo da educação em saúde tem papel vital no fortalecimento do SUS e do Suas, podendo atuar como promotor do conhecimento e autonomia da população ante a sua saúde<sup>12,13</sup>.

As ações de educação em saúde são essenciais na adolescência, período importante para construção da subjetividade. Nessa dimensão da vida, a demanda por autonomia e liberdade produz um terreno fértil para a promoção da saúde e para o protagonismo no cuidado de si. Ressalta-se que, na literatura, são registradas diversas ações de educação à saúde voltadas à adolescência<sup>14</sup>. Contudo, as temáticas abordadas parecem se concentrar em demandas biológicas com viés proibicionista, abordando assuntos como infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas ou gravidez na adolescência. Com a proposta do jogo ‘Caminhos do SUS’, essas abordagens se ampliam, incluindo os dispositivos de cuidado existentes, as alternativas para resolução de problemas e as ferramentas necessárias para construção de literacia, autonomia e tomada de decisão na saúde<sup>8</sup>.

O termo ‘literacia em saúde’, derivado de uma tradução do conceito internacional *health literacy*, busca um olhar complexificado para aquilo que se compreende como

[...] a vasta gama de habilidades e competências, circunscritas a diferentes níveis e domínios, que as pessoas usam, individual ou coletivamente, para acessarem, compreenderem, avaliarem e darem sentido a informações sobre saúde, com vistas ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros<sup>15(1568-1569)</sup>.

Por sua vez, compreende-se como educação em saúde: o processo de educar e construir conhecimentos em saúde direcionados à população, de forma a produzir e contribuir para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos diante do seu cuidado e no diálogo com profissionais e gestores da saúde, contemplando suas necessidades<sup>16</sup>.

Os dados da presente pesquisa apresentam o produto didático ‘Caminhos do SUS’ como uma tecnologia efetiva para educação em saúde, expandindo a gama de saberes dos participantes. Observou-se que os escolares, antes de jogar, conheciam e frequentavam principalmente serviços de urgência e emergência em saúde, a exemplo do hospital, da UPA e do Cemai, que compõem a atenção secundária e terciária em saúde. Os dados denotam uma preponderância da concepção médico-centrada, que ainda permeia o imaginário da população. Essa parece ser uma herança de modelos de saúde biologicistas, implementados antes da promulgação da Lei Orgânica do SUS<sup>16</sup>. A lei, que, em 1990, foi instituída com objetivo de organizar a atenção em saúde por meio desse sistema, representou o início de uma revolução nas práticas de saúde em todo o território nacional, visto que seus princípios se articulam na universalização, na equidade e na integralidade<sup>11</sup>.

A Lei Orgânica dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo, desse modo, o SUS. Para tanto, foram estabelecidos serviços descentralizados, as US – ESF e UBS, de baixa complexidade e inseridas nos territórios. As ESF e UBS devem oferecer tratamento às doenças, prevenção de agravos e

promoção da saúde<sup>11</sup>. No entanto, segundo o presente levantamento, esses serviços foram conhecidos por aproximadamente metade dos respondentes. Questiona-se: ‘Por que esses locais que são inseridos no território, próximos aos lares, estão invisíveis para a maioria dos adolescentes?’.

Com a criação e o fortalecimento do SUS, ampliou-se no Brasil uma ramificação econômica derivada do liberalismo, denominada neoliberalismo. Essa se constitui como uma ideologia, em que o livre mercado que se ‘autorregula’ é preponderante em detrimento de quaisquer intervenções que forneçam seguridade econômica e garantia de direitos à população. Assim, estabeleceu-se um contrassenso: a revolução das políticas públicas de saúde e assistência social *versus* uma lógica econômica que busca privatizar os meios de subsistência e os dispositivos de garantia de direitos à saúde, à educação, à moradia etc.<sup>17,18</sup>.

Como consequência, o SUS e o Suas passaram a sofrer ataques constantes, como subfinanciamento e desaparecimento. A falta de recursos, de estrutura e de incentivo findam por sistemas menos eficientes, acessíveis e disponíveis para a população. A despotencialização desses alicerces, que garantem os direitos humanos, vão ao encontro de interesses neoliberais que permeiam o estado brasileiro<sup>19</sup>. Outro efeito colateral que beneficia esse contexto refere-se ao desconhecimento sobre os diferentes serviços e políticas que compõem a rede de saúde e de assistência. A exemplo, dos resultados da presente pesquisa com o público adolescente, apenas 37% relataram frequentar as US. Assim, evidencia-se determinada invisibilidade de outros modos de acesso ao sistema que não sejam em níveis emergenciais.

Hamada e colaboradores<sup>1</sup> trazem que a atenção primária, de forma geral, padece de falhas em seu papel de referência em saúde, uma vez que lida com deficiências na resolutividade de demandas da população. O empobrecimento na divulgação dos serviços ofertados pelo sistema por meio dos órgãos públicos

contribui para esse cenário, reforçando sua invisibilidade. No caso do público adolescente, inviabiliza o acesso ao Sistema de Garantia de Direitos, promulgado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>20</sup> e previsto na Lei nº 8.080/1990<sup>11</sup>.

De maneira similar, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006, prevê um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo. Dessa forma, a política se organiza na RAS, construindo suas ações de modo intra e inter-setorial, por meio da articulação com as demais redes de proteção, com ampla participação e controle social<sup>21</sup>. Tanto a PNPS<sup>21</sup> quanto o ECA<sup>20</sup> necessitam de contínuo respaldo e políticas reafirmativas em sua *práxis*, o que, em um estado no qual se mobilizam políticas neoliberais de privatização e lucro, torna-se negligenciado.

Sendo assim, além da incerteza de garantia às políticas de saúde e assistência social, o sujeito encontra, nesse contexto neoliberal, algum protagonismo exclusivamente a partir de suas possibilidades de produção. Ele passa a se enxergar como uma ‘máquina’ que necessita estar apta ao trabalho e que cuida de si somente quando há sinal de alguma enfermidade que o impeça de exercer suas atividades laborais<sup>22</sup>. Compõe-se, portanto, um imaginário de aspectos transgeracionais com a precarização e desumanização do trabalho, que perpassa os jovens e se reforça ao se observar o pouco conhecimento dos adolescentes sobre os órgãos de saúde que não sejam dedicados aos cuidados sintomatológicos<sup>2</sup>.

Cabe identificar como as políticas públicas que produzem o SUS e o Suas têm sido colocadas em prática entre os diferentes níveis de atenção à saúde, assim como a vital importância da promoção de políticas de educação em saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE), uma das principais políticas brasileiras de educação em saúde, por exemplo, tem como público-alvo crianças e adolescentes de escolas públicas. Reconhecido como uma ferramenta potente de promoção da saúde, o PSE destaca-se por seu

caráter intersetorial, com ações que articulam os campos da saúde e da educação<sup>23</sup>.

### **Adolescência contemporânea, seus atravessamentos e desafios**

Barros e colaboradores<sup>24</sup> ressaltam a importância de considerar todas as dimensões de realidade que possam produzir proteção e desproteção, como meio para entendermos a determinação do binômio saúde-doença. Essa compreensão objetiva

instrumentalizar para a construção de projetos de intervenção resolutivos, com abertura de novos processos modificadores da realidade de saúde do indivíduo e da coletividade<sup>24(426)</sup>.

O adolescente necessita ser ouvido, olhado e atendido em suas dúvidas e anseios, uma vez que seu corpo e sua mente estão em constante transformação. Ampará-lo em seus processos formadores e transformadores é um dever coletivo que requer políticas capazes de englobar sua complexidade. No entanto, de modo geral, o SUS parece não ser efetivo na oferta de suporte aos adolescentes em seus processos que necessitam de cuidado e atenção<sup>3</sup>.

Como possível reflexo desse cenário centrado em uma perspectiva biomédica, evidenciou-se que os serviços de atenção psicossocial e de assistência social foram os menos conhecidos pelos participantes. É importante ressaltar que esses locais têm suas ações voltadas justamente para o público-alvo que o desconhecem: o adolescente. O Capsi, serviço responsável por atender às demandas de sofrimento psíquico e transtornos mentais de crianças e adolescentes, foi conhecido por apenas 13% da amostra. Nesse sentido, configura-se como uma questão alarmante em uma sociedade que apresenta aumento do adoecimento psíquico desses jovens. Esses sofrimentos se manifestam em sintomas cada vez mais frequentes, como é o caso das depressões e dos transtornos de ansiedade, e foram intensificados pela pandemia da covid-19<sup>6</sup>.

Para além do sofrimento psíquico, são comuns, nos adolescentes, as narrativas de tragédias marcadas no corpo, como é o caso de autolesões e de abusos de drogas lícitas ou ilícitas. Pesquisas recentes indicam que o consumo de drogas tem início cada vez mais precoce, ocorrendo, em média, entre 12 e 13 anos de idade<sup>25</sup>. Em um momento de descobertas e identificações, há uma vulnerabilização desse adolescente, que, por vezes, tem comportamentos de risco que refletem seu estado de mal-estar. Retrato dessas discussões, o resultado do presente levantamento indica que aproximadamente 13% dos adolescentes conhecem os serviços prestados pelo Caps AD, espaço especializado em saúde mental e dependência química.

Nesse cenário em que o adoecimento psíquico dos adolescentes persiste e requer atenção, é necessário refletir sobre a invisibilidade dos Caps e dos serviços de proteção básica, que foram criados para atender às demandas desse público, mas permanecem inabitados por grande parte dele. O Creas, apontado por somente 11% dos participantes, promove apoio e orientação aos indivíduos que tiveram seus direitos violados, incluindo crianças e adolescentes. Esse é um dos serviços fundamentais do Suas para o amparo de diferentes vulnerabilizações. Com ações direcionadas ao cuidado e investimento da adolescência, os serviços de saúde e de assistência social se configuram como um espaço de garantia de direitos e possível acolhimento dessas demandas<sup>26</sup>. Todavia, para que isso seja possível, é urgente encontrar maneiras de expandir e multiplicar informações sobre esses serviços.

Os resultados apontam que a maioria dos adolescentes sabe pouco ou nada sobre o Suas. No âmbito escolar, os conteúdos estudados devem seguir aqueles previstos pela Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que, apesar de nem sempre especificar os tópicos a serem abordados em cada disciplina, estabelece aprendizagens essenciais a serem trabalhadas e competências gerais e específicas

a serem desenvolvidas. O documento cita a importância de promover o estudo das políticas públicas e dos direitos sociais, compreendendo o papel do Estado e outras instituições na garantia do bem-estar social<sup>27</sup>. Ainda que o incentivo a esse pensamento crítico esteja previsto, não há especificações sobre o estudo do SUS e do Suas.

Diante dos dados coletados e analisados na presente pesquisa, surge o questionamento: como promover o conhecimento sobre políticas e serviços da Raps para os adolescentes? Peres<sup>28</sup> destaca que uma forma de produção de literacia em saúde são ações de educação em saúde. Observou-se que, a partir da aplicação do jogo 'Caminhos do SUS', um produto didático que objetiva educação em saúde<sup>8</sup>, os jovens passaram a conhecer serviços públicos antes invisíveis. Dessa forma, é evidente que a ferramenta lúdica foi produtora de aprendizagem, utilizando a educação em saúde como instrumento para aperfeiçoamento da literacia em saúde.

Marques e colaboradores<sup>28</sup>, em uma pesquisa de revisão sistemática sobre inovações em processos de ensino-aprendizagem, constataram que, após o ano de 2015, a busca por formatos de ensino que contemplem metodologias ativas tornou-se crescente. Estas possibilitam aos estudantes uma aprendizagem participativa, estimuladora de autonomia e criatividade, produzindo resultados de ensino mais efetivos. Por meio destes instrumentos, deixam de ser meros receptores de conhecimento, como nos modelos de ensino tradicionais criticados por Freire<sup>29</sup>. Os autores citam, como exemplo de metodologia ativa, o uso de jogos educativos.

Alves e Bianchin<sup>30</sup> defendem a importância destes como instrumentos pedagógicos e facilitadores de aprendizagens. Para os autores, a partir do lúdico, é possível produzir reflexões sobre a realidade cultural e social em que estamos inseridos, o que oportuniza o desenvolvimento tanto de habilidades intelectuais quanto sociais. São reconhecidos como potentes formas de metodologia ativa de ensino, que, além de promover aprendizagens,

viabilizam uma forma prazerosa e estimulante de aprender. Contudo, no cotidiano, os jogos tradicionais, em vez de serem utilizados como instrumentos educacionais, têm sido usados pelos adolescentes como uma forma de fuga da realidade e dos problemas sociais<sup>31</sup>.

É evidente que o ato de jogar é parte do cotidiano dos adolescentes e, de forma geral, dos escolares. Dessa maneira, por que não produzir educação em saúde a partir do que é de interesse desse público? O 'Caminhos do SUS' propõe uma articulação entre o 'jogar', o 'aprender' e o 'ensinar', conferindo momentos de diversão, prazer e socialização interligados à aprendizagem. Ademais, foi uma ferramenta nascida 'com', 'para' e a partir dos adolescentes, valorizando os seus saberes. Atuar nessa perspectiva é coerente com o que nos ensina Freire<sup>29</sup> sobre valorizar os saberes daqueles que pretendemos educar e, como efeito colateral, aprender com eles a partir daquilo que eles sabem.

Uma pesquisa com 3.939 escolares brasileiros identificou que 85% deles jogaram videogames no último ano<sup>32</sup>. No que tange às perspectivas futuras dessa tecnologia, compreende-se que possa avançar e se tornar ainda mais efetiva, atuando a partir de uma realidade mais próxima e familiar a esse público, que são os aplicativos móveis e computadorizados, vinculados à internet. Visando melhorar seu acesso em território nacional e sua aplicabilidade, o jogo foi disponibilizado em uma versão virtual chamada 'Caminhos da Cidadania'. Com esta, o jogo ganha outro formato, mais familiar aos interesses dos adolescentes, bem como aumenta sua distribuição gratuita nacionalmente.

## Conclusões

A pesquisa realizada identificou um desconhecimento da população adolescente em relação a serviços de atenção básica à saúde, de assistência social e psicossocial. Em contrapartida, constatou maior conhecimento dos

serviços emergenciais e de cuidados sintomáticos e acesso a eles, os quais são de níveis secundários e terciários de complexidade. Os resultados indicam uma compreensão limitada dos dispositivos que garantem acesso aos direitos previstos no ECA, assim como de outras políticas públicas responsáveis pelo cuidado dos adolescentes.

A familiaridade e o interesse dos adolescentes pelos jogos têm sido um caminho para o desenvolvimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os jogos lúdicos se configuram como uma alternativa para promoção de saúde aos adolescentes, por meio do conhecimento. Assim, por seu viés educativo, o 'Caminhos do SUS' se revelou um instrumento capaz de promover literacia em saúde, a partir de seus pressupostos e objetivos de educação em saúde. Esses visam ao desenvolvimento da autonomia e qualificação para a tomada de decisão em saúde dos escolares.

Apesar de sua relevância já comprovada para educação em saúde, o 'Caminhos do SUS' passa constantemente por aprimoramento. Em sua segunda versão, foram adicionados temas como *bullying*, racismo e LGBT+fobia, além da expansão do uso de serviços em nível nacional. Assim, a ferramenta amplia seu alcance e incorpora outras realidades marcadas pela diversidade.

Algumas limitações desta pesquisa envolvem a falta de especificidade quanto ao que os participantes entendem por conhecimento dos serviços e sobre a efetividade na incorporação de saberes a partir da experiência com o jogo.

Contudo, compreende-se que o reconhecimento dos serviços pelos adolescentes pode constituir um primeiro passo para viabilizar a busca por informações sobre seus direitos. Assim, fazem-se relevantes estudos que investiguem o que os adolescentes entendem por saúde e saúde mental, além de explorar outras estratégias ativas de promoção de conhecimento em saúde na adolescência.

Cabe destacar que o desenvolvimento de metodologias mais eficientes para produzir literacia em saúde precisa ser acompanhado por ações de intencionalidade política e governamental, considerando as dificuldades produzidas pela lógica neoliberal, para garantir a difusão dos saberes necessários a essa população. Por fim, a presente pesquisa discutiu os efeitos de um jogo voltado à promoção da saúde e da cidadania, comprovando sua efetividade na construção e ampliação de conhecimentos sobre as redes de saúde e de assistência social.

## Contribuições de autoria

Machado LS (0000-0002-2054-3278)\*, Perini IR (0009-0002-4707-6478)\*, Dreissig JF (0000-0002-6559-0860)\*, Santos RE (0009-0003-5537-9302)\*, Vargas AW (0000-0002-9616-0556)\*, Krug SBF (0000-0002-2820-019X)\* e Garcia EL (0000-0002-9542-6340)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Hamada RKF, Almeida VOC, Brasil ICF, et al. Conhecendo o Sistema Único de Saúde: um olhar da população. *Rev APS*. 2018;21(4):504-15. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16459>
2. Barbian CD, Klinger CD, Valim ARM, et al. Promoção da saúde no contexto escolar: o papel da escola e do professor. In: Franke SIR, Burgos MS, Borfe L. Educação e atenção básica na promoção da saúde:

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- propostas e reflexões interdisciplinares. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2016. p. 60-66.
3. Garcia EL, Machado LS, Feldmann RM. Prevenção ao uso de drogas na adolescência: um caminho que inicia na escuta. Porto Alegre: EdUPUCRS; 2020.
  4. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
  5. Safatle Júnior NS, Dunker C. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica; 2021.
  6. Alamolhoda SH, Zare E, Nasiri M. The status of adolescent health during the COVID-19 pandemic. *JML.* 2022;15(5):675. DOI: <https://doi.org/10.25122%2Fjml-2021-0287>
  7. Sharifzadeh N, Kharrazi H, Nazari E, et al. Health education serious games targeting health care providers, patients, and public health users: scoping review. *JMIR Serious Games.* 2020;8(1):e13459. DOI: <https://doi.org/10.2196/13459>.
  8. Machado LS, Dullius MER, Hopp GS, et al. “Caminhos do SUS”: a gamificação como tecnologia social para a educação popular em saúde. *Rev Ed Popular.* 2023;22(2):322-38. DOI: <https://doi.org/10.14393/REP-2023-68129>
  9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
  10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
  11. Ministério da Saúde (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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil, Brasília, DF.* 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.
  12. Ribeiro MA, Silva NF, Aquino SKV, et al. Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(6):1812-23. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1812-1823>
  13. Santos MA, Senna MCM. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. *Rev Katálysis.* 2017;20(3):439-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p439>
  14. Silva RP, Távora RCO, Silva JÁ, et al. Avaliação das estratégias de educação em saúde com adolescentes. *Rev APS.* 2019;22(2):385-404. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16344>
  15. Peres F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1563-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022>
  16. Ministério da Saúde (BR). Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
  17. Pedrosa JIS, David HMSL, Silva MRF, et al. Promoção da Saúde: um posicionamento na perspectiva da educação popular no contexto brasileiro. *Physis.* 2024;34:e34063. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434063pt>
  18. Oliveira JLG, Lima PM. A eficácia dos direitos sociais frente ao neoliberalismo no Brasil. *RDS.* 2023;29(2):128-45. DOI: <https://doi.org/10.46551/issn2179-6807v29n2p128-145>
  19. Lara L, Guareschi NMF, Bernardes AG. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. *Psicol Soc.* 2016;28(2):360-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p360>

20. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 jul 16; Edição 135; Seção I:13563.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2014 nov 11.
22. Braga HP, Silva LHA. Uma teoria para seu tempo: neoliberalismo, homem econômico e homem capital. *Rev SEP*. 2023;65:128-62.
23. Fernandes LA, Shimizu HE, Prado Neto PF, et al. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. *Saúde Debate*. 2023;46(Esp 3):13-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E301>
24. Barros RP, Holanda PRCM, Sousa ADS, et al. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2021;26(2):425-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40812020>
25. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00150816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150816>
26. Presidência da República (BR). Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jul 7; Edição 129; Seção I:1-3.
27. Ministério da Educação (BR). Base Nacional Comum Curricular. Brasília, DF: MEC; 2018.
28. Marques HR, Campos AC, Andrade DM, et al. Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. *Avaliação (Campinas)*. 2021;26(3):718-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772021000300005>
29. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
30. Alves L, Bianchin MA. O jogo como recurso de aprendizagem. *Rev Psicoped*. 2010;27(83):282-7.
31. Gonçalves MK, Azambuja LS. Onde termina o uso recreativo e inicia a dependência de jogos eletrônicos: uma revisão da literatura. *Aletheia*. 2021;54(1):146-55. DOI: <https://doi.org/DOI10.29327/226091.54.1-16>
32. Brandão LC, Sanchez ZMO, Galvão PP, et al. Mental health and behavioral problems associated with video game playing among Brazilian adolescents. *J Addic Dis*. 2022;40(2):197-207. DOI: <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1971941>

---

Recebido em 12/03/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

## A perspectiva dos profissionais de saúde no atendimento a adolescentes trans: uma análise qualitativa

*Perspectives of healthcare professionals on caring for transgender adolescents: A qualitative study*

Isabela Ferreira de Castro<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110387P

**RESUMO** O artigo explora conflitos, facilidades e dificuldades no atendimento a adolescentes trans em ambulatórios especializados, mapeando experiências de 14 profissionais de saúde. Com abordagem qualitativa e entrevistas semiestruturadas, a análise identificou cinco classes: 1) dinâmica do atendimento e envolvimento familiar; 2) impactos sociais e violências contra pessoas trans; 3) desafios nos processos de hormonização; 4) questões de gênero e identidade; e 5) formação profissional específica. Os resultados evidenciaram: 1) nuances do cuidado a adolescentes trans, especialmente quanto a direitos, privacidade e apoio familiar; 2) impacto da cisnormatividade nas experiências de cuidado, podendo gerar sofrimento ou acolhimento conforme a postura profissional; 3) preocupações com o uso seguro de hormônios e a importância do acompanhamento especializado; 4) reconhecimento, pelos profissionais, de termos e vivências da diversidade de gênero, com respeito e sensibilidade; e 5) carência de formação acadêmica e de debate sobre saúde trans nas graduações em saúde. Conclui-se que é urgente fortalecer políticas públicas e práticas profissionais que promovam cuidado integral, empático e inclusivo a adolescentes trans, valorizando suas identidades e a formação contínua dos profissionais como caminho para um sistema de saúde equitativo e acolhedor.

**PALAVRAS-CHAVE** Pessoas transgênero. Adolescentes. Saúde pública. Capacitação profissional. Profissionais da saúde.

**ABSTRACT** *The article examines conflicts, enabling factors, and barriers in the provision of care for transgender adolescents in specialized outpatient clinics, based on the experiences of 14 healthcare professionals. Using a qualitative design with semi-structured interviews, the analysis identified five thematic classes: 1) care dynamics and family involvement; 2) social impacts and violence against transgender people; 3) challenges in gender-affirming hormone-related processes; 4) gender and identity issues; and 5) specialized professional training. The findings highlight: 1) the complexity of caring for transgender adolescents, particularly concerning rights, confidentiality, and family support; 2) the impact of cisnormativity on care experiences, which may generate either distress or support depending on professional attitudes; 3) concerns about the safe use of hormones and the importance of specialized follow-up; 4) professionals' recognition of gender diversity terminology and lived experiences, reflecting respect and sensitivity; and 5) significant gaps in undergraduate health education and limited academic debate on transgender health. The study concludes that there is an urgent need to strengthen public policies and professional practices that ensure comprehensive, empathetic, and inclusive care for transgender adolescents. Valuing their identities and investing in continuous professional education are essential steps toward building a more equitable and genuinely welcoming health system.*

**KEYWORDS** *Transgender persons. Adolescent. Public health. Professional training. Health personnel.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa UFV – Viçosa (MG), Brasil.  
isabelaf.castro@ufv.br



## Introdução

O processo transexualizador só começou a ser regulamentado no Brasil a partir de 1997, por meio da Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997, do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>1</sup>. Mesmo após esse marco, até 2016, crianças e adolescentes trans não tinham direito ao acompanhamento clínico regulamentado. O primeiro serviço a oferecer atendimento a essa população foi o Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (Amtigos) da Universidade de São Paulo (USP)<sup>2</sup>. Somente mais tarde, em 2019, por meio da Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019<sup>3</sup>, o CFM autorizou o atendimento médico de crianças e adolescentes trans<sup>4</sup>. Posteriormente, em 2025, o CFM revogou a Resolução de 2019, deixando crianças e adolescentes trans sem a assistência adequada. Diante disso, até a escrita deste artigo, não havia estruturação nem implementação de política de saúde pública destinada a crianças e adolescentes trans.

Apesar dos avanços, os desafios ainda são consideráveis. Profissionais da saúde constantemente enfrentam dificuldades que transitam entre conflitos bioéticos, barreiras institucionais e formação inadequada, evidenciando que a falta de conhecimento específico por parte dos profissionais pode prejudicar a saúde dos(as) adolescentes. Nesse sentido, é urgente rever os currículos na formação desses profissionais, para incorporar, de forma efetiva, as questões relacionadas à identidade de gênero. Além disso, aspectos como preconceito e estigma permanecem como obstáculos persistentes nos serviços de saúde, impactando diretamente na qualidade do atendimento<sup>5-7</sup>.

Em virtude desse cenário, o presente artigo, fruto da tese de doutorado intitulada: 'É meu ambiente de trabalho: saberes de profissionais da saúde e atendimento a adolescentes trans', busca explorar os conflitos, as facilidades e as dificuldades observadas durante o atendimento a adolescentes trans em ambulatórios.

## Material e métodos

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas como técnica de coleta de dados. O convite para participação das entrevistas foi feito via WhatsApp, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 78710324.0.0000.5240 e Parecer nº 6.772.085), seguindo para aprovação nos CEP das instituições participantes: Hospital Universitário Pedro Ernesto (CAAE nº 78710324.0.3002.5259 e Parecer nº 6.996.995) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CAAE nº 78710324.0.3001.5119 e Parecer nº 7.021.095), cumprindo rigorosamente as questões éticas estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>.

O percurso metodológico baseou-se na praticidade do WhatsApp como meio de comunicação. Os contatos fornecidos pelos coordenadores dos ambulatórios foram utilizados para apresentar os objetivos do estudo e convidar os profissionais. Realizaram-se 14 entrevistas com psicólogos, assistentes sociais, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e pedagogos de serviços públicos especializados, número que, por si só, já evidencia a escassez de ambulatórios no País. Para preservar o anonimato, a cidade da pesquisa foi mantida em sigilo. Nenhum profissional recusou o convite.

As entrevistas foram realizadas em outubro de 2024, com duração média de 40 minutos, em locais escolhidos pelos participantes, garantindo privacidade. Todas foram gravadas, transcritas e encerradas ao atingir a saturação identificada pela recorrência de temas e estabilidade das categorias segundo a análise de conteúdo de Bardin<sup>9</sup>.

O roteiro de entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas e foi dividido em três partes: 1) características gerais dos entrevistados; 2) formação profissional e a população trans; e 3) caso clínico.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, definida por Bardin como “técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação”<sup>9(24)</sup>. A análise textual seguiu três etapas: exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. As entrevistas foram transcritas, e, em seguida, utilizou-se o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) como ferramenta de suporte à análise<sup>10</sup>, processo que dialoga com uma tendência crescente nas ciências humanas e sociais, na qual o uso de *softwares* para análise de dados textuais tem se tornado cada vez mais comum, especialmente em estudos com *corpus* volumosos<sup>11</sup>.

A pesquisa utilizou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), aplicada ao processamento de textos qualitativos pelo *software* IRaMuTeQ. A técnica organiza textos ou segmentos de fala em classes de forma progressiva e hierárquica, com base na frequência e nas relações entre vocábulos, permitindo identificar grupos de segmentos similares e suas associações<sup>12</sup>. Apesar dessa contribuição metodológica, o procedimento depende da qualidade da codificação inicial, e textos mal estruturados podem comprometer os resultados; além disso, por se basear em categorias estatísticas, a técnica pode simplificar nuances do discurso. Assim, trata-se de uma ferramenta auxiliar que exige interpretação crítica e não substitui a análise qualitativa aprofundada.

A CHD foi construída em quatro etapas: 1) preparação e codificação dos trechos das entrevistas; 2) análise estatística da frequência e relação entre palavras; 3) classificação hierárquica dos segmentos em classes e subclasses, gerando o dendrograma; e 4) interpretação das classes para identificar padrões e temas emergentes.

A análise do *corpus* por CHD gerou cinco classes, todas selecionadas com base em dois critérios principais: relevância temática, pois apresentavam vocabulário e segmentos mais representativos dos discursos dos

profissionais, evidenciando os eixos centrais do fenômeno; e coerência interpretativa, já que eram semanticamente consistentes e permitiam compreensão dos achados dentro do referencial teórico adotado.

## Resultados e discussão

Ao considerar que a assistência à saúde de adolescentes trans é recente no Brasil, os resultados e as discussões aqui apresentados contribuem para refletir sobre as formas de melhorar o atendimento a essa população. Nesse panorama, são apresentadas falas dos entrevistados, destacando-se a dinâmica do atendimento por parte dos profissionais de saúde e o papel da família, uma vez que, no contexto da assistência, foi enfatizado o direito de o(a) adolescente ser atendido(a) sozinho(a), embora a negação desse direito por parte de alguns profissionais revele desconhecimento das normas de atendimento para adolescentes.

No entanto, antes, é preciso salientar que, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fundamentado em seu art. 4º como Doutrina da Proteção Integral e em seu art. 2º, considera criança, para os efeitos dessa lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade, incluindo, ainda, a possibilidade de aplicação excepcional do Estatuto a pessoas entre 18 e 21 anos, mas somente nos casos expressamente previstos em lei<sup>13</sup>.

Além disso, o ECA pontua que a caracterização de ‘pessoa em situação peculiar de desenvolvimento’ (art. 6º) não retira seus direitos à proteção integral de sua integridade física, psíquica e moral, abrangendo aspectos como identidade, autonomia, valores, ideias, além do direito à opinião, à expressão e à busca de refúgio, auxílio e orientação<sup>13-15</sup>. Assim, negar o acesso e a assistência à saúde é uma violação aos direitos garantidos por lei.

Sobre as relações familiares, sua importância é fundamental no atendimento e na vida de adolescentes trans, uma vez que

entender essas dinâmicas e respeitá-las faz parte de um atendimento respeitoso. O apoio familiar aos(as) adolescentes trans é considerado um dos fatores primordiais para o seu bem-estar, embora esse suporte nem sempre ocorra de imediato, motivo pelo qual essas famílias devem ser estimuladas a participar dos atendimentos e das escolhas de seus(suas) filhos.

Em outro estudo, realizou-se uma revisão que demonstrou a diferença de postura clínica em relação às famílias de jovens trans ao longo do tempo. Recomendou-se (re)educar os cuidadores acerca da diversidade de gênero e sobre o atendimento multidisciplinar que pode envolver transição social, intervenções hormonais e/ou cirúrgicas, direitos legais e suporte escolar. Além disso, destacou-se a importância de espaços separados para os cuidadores, nos quais possam discutir conflitos de valores, como a religião e as relações familiares, facilitando o atendimento ao jovem e à família<sup>16</sup>.

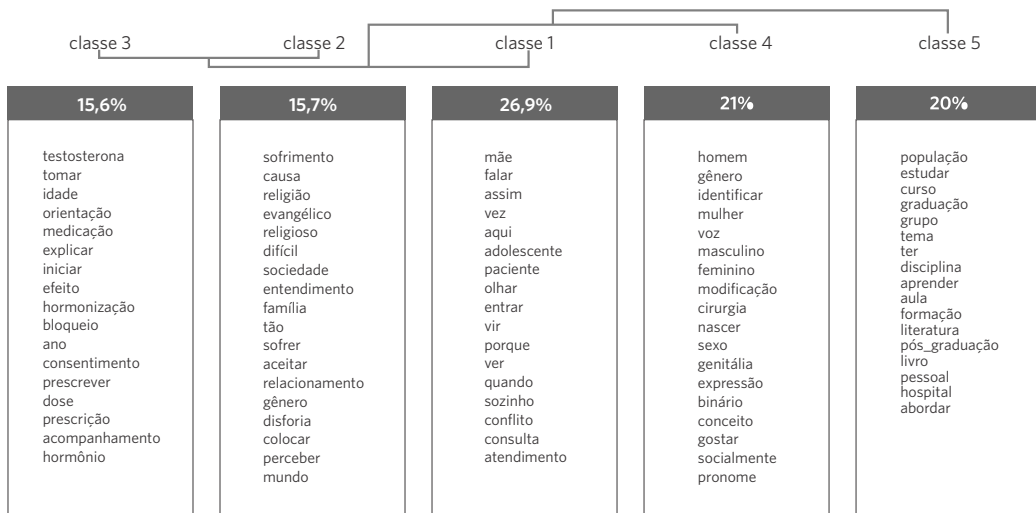
Diante do conflito no qual o pai rejeita a identidade de gênero de seu(sua) filho(a) devido a questões religiosas, o profissional de saúde deve ouvir e respeitar ambas as partes, mantendo sempre o bem-estar do(a) adolescente como enfoque central de seu atendimento. Nesse contexto, é fundamental que eles sigam os princípios éticos e as resoluções estabelecidas por seus conselhos profissionais.

No que diz respeito ao atendimento a pessoas trans, os Conselhos Federais de Medicina, de Psicologia<sup>17</sup> e de Serviço Social<sup>18</sup> trazem resoluções específicas para o atendimento à população trans, enquanto os de Nutrição<sup>19</sup>, de Fonoaudiologia<sup>20</sup> e o Conselho Nacional de Educação<sup>21</sup> não possuem resoluções específicas para esse atendimento, podendo, entretanto, orientar suas práticas com base em seus códigos de ética.

O panorama apresentado foi corroborado por esta pesquisa, que analisou o *corpus* e registrou um aproveitamento de 89,82%, acima do parâmetro esperado de 70%, o que indica a qualidade dos dados. O material reuniu 14 textos correspondentes às entrevistas, com 1.611 segmentos, nos quais foram identificados 4.717 termos distintos e um total de 56.179 ocorrências. Desse conjunto, 2.292 foram hápax – termos que apareceram apenas uma vez no *corpus* –, o que evidencia diversidade lexical e riqueza nas respostas coletadas (*figura 1*).

O aproveitamento de 89,82% do *corpus* demonstra a representatividade e a qualidade do material analisado. Os 10,18% excluídos referem-se a trechos com ruídos ou inconsistências, sem comprometer a qualidade do estudo. Considerando que 75% é o parâmetro mínimo de qualidade nas análises de CHD, conforme Camargo e Justo<sup>11</sup>, o índice obtido reforça a solidez metodológica da pesquisa.

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente referente às entrevistas



Fonte: elaboração própria.

A análise e discussão da Classe 1 – Dinâmicas de atendimento – revelou *insights* importantes sobre as dinâmicas de atendimento e os papéis desempenhados por familiares e profissionais de saúde no contexto dos ambulatórios que atendem adolescentes trans. Foram destacadas palavras como ‘mãe’, ‘falar’, ‘adolescente’, ‘paciente’, ‘conflito’, ‘consulta’ e ‘atendimento’. Essas palavras-chave refletem não apenas a interação direta entre pacientes e profissionais, mas, principalmente, a centralidade das relações familiares no processo de cuidado.

Foram identificados desafios e oportunidades de melhoria no contexto dos serviços de saúde, o que forneceu subsídios valiosos para que gestores e profissionais desenvolvam estratégias de serviço mais eficazes, centradas nas experiências e necessidades dos pacientes, ao mesmo tempo que consideram o papel necessariamente integrado das famílias nesse processo. Além disso, observaram-se dinâmicas de atendimento que foram comprovadas a partir dos relatos dos entrevistados, como o direito do(a) adolescente de ser atendido(a) sozinho(a). Salientou-se também a importância de garantir privacidade e sigilo durante as consultas e pontuou-se que, muitas vezes, esse direito é negado pelos próprios profissionais de saúde.

[...] também não leem aquilo que é de direito, que está normatizado na assistência de adolescentes no país, desde 2006. E as pessoas falam, né? As pessoas que eu falo, os próprios profissionais. É o meu ambiente de trabalho. Não, não pode. Até 18 anos não pode vir desacompanhando. ‘E isso marca uma violação de direito’. [...] toda ‘consulta, independentemente’ do ambulatório, eu ‘apresento’ as normativas de assistência a ‘adolescentes’ no país: tem ‘direito à privacidade’, ao sigilo. Eu já vou descrevendo e ‘falo assim: olha pra você estar aqui’ (E14, 2024).

A partir desses relatos e da existência de normativas e do ECA, que asseguram o direito ao atendimento individual e ao sigilo, evidencia-se a importância de que os profissionais de saúde conheçam, respeitem e orientem os(as) adolescentes quanto a esses direitos.

Outra dinâmica identificada foi o apoio familiar, em especial o maternal. Isso ilustra como as crenças e a moral familiar podem influenciar o bem-estar do jovem.

Tenho uma paciente que a mãe super apoia, vem; e o pai é muito religioso e é super contra, mas tem a mãe que é evangélica e ela fala minha filha sempre foi assim e dá apoio (E13, 2024).

Esse relato enfatiza a necessidade de considerar as diferentes dinâmicas familiares quando se trata de atender adolescentes.

Na Classe 2 – A sociedade, profissionais de saúde e violências contra as pessoas trans –, as palavras mais recorrentes foram: ‘sofrimento’, ‘religião’, ‘evangélico’, ‘sociedade’, ‘sofrer’, ‘aceitar’ e ‘disforia’. Essa classe evidenciou o sofrimento enfrentado por adolescentes trans, frequentemente intensificado por dificuldades de aceitação social e religiosa, delineando um panorama marcado por desafios emocionais complexos que afetam tanto esses jovens quanto os profissionais envolvidos em seu atendimento. Uma das dificuldades frequentes se refere à quebra do ciscentrismo, conceito apresentado como um “conjunto de crenças de superioridade do gênero cisgênero – ou da cisgeneridade – e do sexo cissexual – ou da cissexualidade”<sup>22</sup>.

*[...] o ‘maior desafio é quebrar’ este machismo e esta cisheteronormatividade da nossa ‘sociedade’ ela ‘causa’ muito ‘sofrimento nas pessoas’ e às vezes as ‘pessoas não percebem’ isso (E7).*

Ao procurar serviços de saúde, pessoas trans sofrem os mais diversos preconceitos e discriminações. A literatura apresenta a violência bem documentada e demonstra que pessoas trans, ao buscarem serviços de saúde, relatam ser ridicularizadas por sua identidade de gênero, sofrem rejeição pela equipe de saúde, negação de cuidado pelos médicos, quebra de sigilo do atendimento e discriminação. Ademais, deparam-se com médicos que pregam uma reversão relativa à sua identidade de gênero, uso impróprio de pronomes e desrespeito ao nome social<sup>23</sup>.

Outrossim, relatam que precisam ensinar ao médico particularidades em relação à sua identidade de gênero e afirmam sentir medo de serem prejudicados(as) pela falta de conhecimento desses profissionais que, por vezes, não sabem encaminhar o caso, tampouco como começar o atendimento. Também relatam insegurança quando percebem que alguns médicos

desconhecem as consequências dos tratamentos, como o uso de hormônios. Quando têm acesso aos serviços especializados, explicitam a dificuldade devido à distância entre sua residência e o local de atendimento, além das filas de espera. Outro ponto mencionado é o incômodo causado pelo uso de terminologias específicas relacionadas ao sexo biológico, como ‘vagina’, ‘ovário’ ou ‘próstata’, o que frequentemente desencadeia ansiedade<sup>5,6</sup>.

*[...] me chamou a atenção aqui a questão que os pais levaram esse menino a um pediatra que conversou com ele e afirmou que as meninas menstruam, que é um processo normal e fisiológico para todas as meninas e botou que Deus fez assim. Então para a gente, quando chega um relato desse isso é uma violência institucional que ele passou porque todas as meninas menstruam e assim a gente tem que considerar as particularidades do caso dele. Ele é um menino e aí como que a gente lida com isso? Fazer essas reafirmações para uma pessoa que é trans é uma violência para ela, porque isso causa uma enorme disforia corporal e ela tem um sofrimento de saúde mental (E1).*

Em contrapartida, sabe-se que o acesso a serviços de saúde que respeitam e cuidam de adolescentes trans produz impacto positivo e pode ser determinante para a preservação da vida, com melhora da saúde mental, redução da disforia e aumento do bem-estar<sup>24</sup>. Esse cenário evidencia a importância do acesso a tais serviços e da existência de políticas públicas em saúde que respeitem a identidade de gênero e garantam condições para a afirmação de gênero buscada por esses(as) adolescentes.

Na Classe 3 – Processos de hormonização –, as palavras que se destacaram foram: ‘testosterona’, ‘tomar’, ‘idade’, ‘orientação’, ‘medicação’, ‘hormonização’ e ‘bloqueio’. Esses termos refletem a centralidade das discussões em torno da transição médica no processo de afirmação de gênero. Essa demanda por modificações corporais e o desejo pelo tratamento com hormônios foram os destaques. No Brasil, até 2025, os(as) adolescentes de até 18 anos que desejavam a hormonização necessitavam

da autorização de um responsável. Em 2025, o CFM, por meio da sua Resolução nº 2.427, de 8 de abril de 2025<sup>25</sup>, alterou a norma anterior e passou a permitir a hormonização a partir de 18 anos. Essa mudança foi entendida por alguns especialistas médicos, pesquisadores da temática e dos movimentos sociais como um enorme retrocesso, sobretudo porque há relatos de profissionais indicando que muitos jovens antes dos 18 anos iniciam, de forma clandestina, a hormonização com testosterona.

*[...] Ele poderia comparecer sozinho. Não precisaria de acompanhante. Seria necessário mesmo para a hormonização antes dos 18 anos. Ele já começou a fazer o uso escondido da testosterona. Isso é uma realidade muito comum e a gente vê muito isso no nosso ambulatório (E1).*

*[...] diria para ele não fazer hormônio comprado sem procedência, sem saber que dose, explicaria todos os efeitos colaterais tipo quando a gente lê o termo de consentimento, solicitaria exames laboratoriais para ver se ele já tem algum efeito negativo dessa testosterona (E2).*

Isso demonstra a necessidade de acompanhamento adequado e seguro durante o processo de transição tanto pela família e responsáveis como por profissionais de saúde. Nesse sentido, a atuação médica deve ser baseada em evidências científicas – e, atualmente, os profissionais que atendem a população trans utilizam duas referências principais para guiar o atendimento. A primeira é a diretriz de prática clínica para tratamento endócrino de disforia de gênero/pessoas com incongruência de gênero, da Endocrine Society, que recomenda a hormonização a partir dos 16 anos, desde que o(a) adolescente seja avaliado(a) por uma equipe multiprofissional especializada capaz de confirmar a persistência da identidade transgênero e a capacidade mental para fornecer consentimento informado, sem apresentar recomendações explícitas sobre o papel dos pais ou responsáveis nesse processo. A segunda referência é o

documento Padrões de cuidados para a saúde de transgêneros e Pessoas com Diversidade de Gênero, da World Professional Association for Transgender Health (WPATH), que orienta que, no processo de tomada de decisão sobre tratamento de afirmação de gênero, os aspectos do desenvolvimento do(a) adolescente devem ser considerados, pois podem impactar sua capacidade decisória<sup>26</sup>. Esse documento aborda diretamente a participação de pais e responsáveis, destacando que o apoio familiar é fundamental e um preditor importante de bem-estar. No entanto, reconhece que nem todos os jovens terão esse suporte.

Ademais, a aproximação com os profissionais de saúde e o acesso a informações sobre todo o processo, bem como o conhecimento sobre gênero e diversidade, podem trazer esses pais para o processo. Caso isso não ocorra, porém, esses(as) adolescentes podem recorrer ao judiciário para garantir o direito ao acesso à hormonização<sup>27</sup>.

O processo de tomada de decisão, nesses casos, nem sempre é fácil ou linear, conforme evidenciado em estudo que analisou o modo como jovens trans e seus pais conduziram a decisão sobre o início da terapia hormonal. Entre os(as) adolescentes, essa decisão costuma ocorrer em três etapas: descoberta, inter(ação) e reflexão. Já entre os pais, ela geralmente começa apenas após a revelação da identidade de gênero dos(as) filhos(as), o que gera um desalinhamento temporal, pois muitos(as) jovens, ao compartilhar sua identidade, já estão informados(as) e engajados(as) no tema. Alguns pais inicialmente relutam, mas eventualmente acabam apoiando a transição.

Além disso, a falta de apoio parental, em conjunto com barreiras do sistema de saúde, cria desafios adicionais para o acesso à terapia hormonal. O estudo citado, que analisou a tomada de decisão entre jovens trans e seus pais, enfatiza o papel dos profissionais de saúde no apoio à decisão informada e na orientação familiar, garantindo que a autonomia dos(as) jovens seja respeitada enquanto enfrentam dificuldades de comunicação e limites

no apoio parental<sup>28</sup>. A dificuldade de acesso pode resultar em problemas de saúde mental mais graves entre aqueles(as) que não têm acesso quando comparados(as) aos(às) que têm acesso garantido<sup>29</sup>.

Os principais desafios para a admissão em serviços especializados incluem a dificuldade de encontrar prestadores de cuidados em saúde adequados, a distância geográfica e as longas listas de espera. No Brasil, os desafios para acesso ao processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não são muito diferentes. A distribuição geográfica dos programas – concentrada na região Sudeste e ausente na região Norte –, aliada à discriminação e ao desrespeito ao nome social, configura algumas das principais barreiras. Além disso, há a necessidade de um diagnóstico para transexualidade que, ao se orientar por normas socialmente construídas para o gênero, impede o acesso aos serviços transexualizadores. Somado a isso, a falta de profissionais capacitados para esse atendimento pode promover situações de desrespeito e discriminação, afastando o paciente do serviço de saúde.

Tais dificuldades de acesso aos serviços de saúde levam muitas pessoas trans a usar hormônios sem prescrição médica e acompanhamento adequados. Isso foi comprovado em estudo no qual 87% das mulheres trans relataram ter utilizado, ao menos uma vez na vida, hormônios sem orientação médica. Outro dado importante dessa pesquisa foi que a maioria das mulheres trans (57,2%) realizou seu primeiro uso de hormônio entre 12 e 18 anos, enquanto 10,1% relataram início ainda mais precoce, entre 6 e 12 anos<sup>9</sup>.

Estudo semelhante, realizado nos Estados Unidos da América, demonstrou dados parecidos. Mulheres trans, entre 40 e 49 anos, eram menos propensas a usar hormônios sem prescrição médica do que mulheres trans entre 18 e 29 anos<sup>30</sup>. O uso sem acompanhamento leva muitas pessoas trans a recorrerem a hormônios inadequados, aumentando o risco de tromboembolismo, osteoporose e outros efeitos adversos, como infertilidade, o que

reforça a importância do acesso ao serviço de saúde e da prescrição adequada, garantindo uma hormonização conduzida de forma segura, com esclarecimentos e redução de riscos à saúde<sup>30</sup>.

As Classes 4 e 5 foram discutidas juntas, pois envolvem a formação profissional. Na Classe 4 – Questões de gênero e identidade –, as palavras que se destacaram foram: ‘homem’, ‘gênero’, ‘identificar’, ‘mulher’, ‘masculino’, ‘feminino’ e ‘cirurgia’. Essas palavras sugerem enfoque nas questões de identidade de gênero e nos processos de autodefinição como homem ou mulher, bem como nas associações entre gênero e características físicas, incluindo intervenções cirúrgicas voltadas à afirmação de gênero.

Na Classe 5 – Formação profissional –, as palavras que se destacaram foram: ‘população’, ‘estudar’, ‘curso’, ‘graduação’, ‘grupo’, ‘disciplina’ e ‘aprender’. Esses termos trazem informações sobre as experiências de formação acadêmica dos profissionais de saúde e indicam discussões sobre a inclusão ou exclusão de conteúdos específicos sobre diversidade de gênero e saúde da população trans nos currículos.

*Nenhum tema abordado na graduação sobre saúde da população trans. Nada também na pós-graduação. O que eu tive de formação de gênero foi quando eu comecei a atuar no SUS (E12).*

Fica evidente que essa fala indica uma lacuna na formação acadêmica sobre esse assunto, fato corroborado por outro entrevistado:

*Absolutamente nada foi abordado em relação à saúde da população trans na minha graduação 20 anos atrás e nem na pós-graduação, a gente na psicanálise estuda de tudo, todas as questões o Freud e o Lacan (E3).*

Retornando à Classe 4, observa-se que os entrevistados tinham conhecimento sobre o que são expressão de gênero e identidade de gênero, resultado que contrasta com o

encontrado na literatura. Uma avaliação sobre o preparo de profissionais de saúde no ambiente hospitalar para o atendimento à população LGBTQIAPN+ evidenciou dificuldades dos profissionais em abordar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários<sup>31</sup>.

As discussões que envolvem a construção, o reconhecimento de identidades de gênero e as experiências de transição evidenciam possíveis desafios relacionados à congruência entre identidade e expressão de gênero. A frequência e o contexto desses termos refletem a importância de temas relacionados ao gênero e às transformações corporais no atendimento a indivíduos transgêneros, o que evidencia aspectos centrais para o manejo clínico e o suporte emocional dessa população.

Uma das entrevistadas menciona que a expressão de gênero varia entre as pessoas:

*[...] a gente tem várias mulheres cis que são mais femininas ou menos femininas. Hoje tem homens gays que usam brinco e tal a expressão de gênero (E8).*

Outro entrevistado compreende uma pessoa trans como alguém que busca reconhecimento social e legal como homem ou mulher.

*[...] para mim uma pessoa trans é aquela que reivindica o reconhecimento social e legal como homem ou mulher. São pessoas que não se identificam com aquela identidade de gênero que foi imposta até durante a gestação e não se reconhecem e querem esse reconhecimento com aquilo que elas se identificam social e legalmente (E7).*

Essas falas destacam o conhecimento dos profissionais acerca dos termos relacionados à diversidade e indicam que todos os entrevistados demonstraram saber diferenciar e respeitar esses termos e as vivências associadas.

No que se refere à Classe 5, os 14 profissionais de saúde afirmaram que, durante a graduação e na maioria das especializações ou pós-graduações, não obtiveram formação específica para a população trans, sendo um

assunto ignorado durante as suas formações. Entre eles, apenas uma entrevistada, que cursava residência em processo transexualizador, relatou ter tido acesso à temática. Como consequência dessa lacuna, a maioria destacou que o conhecimento necessário foi adquirido posteriormente, de forma autônoma, no exercício profissional. Em outras palavras, o aprendizado ocorreu diretamente com as pessoas trans.

*Nenhuma disciplina na graduação abordou tema sobre saúde da população trans formalmente. Nas pós-graduações mestrado e doutorado não, também não. Na saúde de adolescentes tinha discussão não de gênero, mas de intersexualidade (E14).*

*[...] quando eu comecei a escutar os jovens, isso me modificou profundamente, assim, porque são falas muito fortes, muito incisivas, e eles sabem muito sobre o gênero. Isso que me chamou muito a atenção. Eles sabiam muito mais de conceitos de gênero do que eu sabia naquela época. Aí, eu falei, opa, tem alguma coisa aqui acontecendo, acho que eu devia estar entendendo melhor o que está acontecendo (E4).*

Esse resultado é encontrado também na literatura a partir da análise de projetos pedagógicos de escolas médicas de universidades federais, em que os autores constataram que mais de 50% incluem temas de gênero e/ou sexualidade, especialmente na região Nordeste, onde há forte movimento social sobre o tema<sup>7</sup>. No entanto, observou-se uma lacuna na competência clínica para além do corpo heterossexual, com enfoque predominante na sexualidade e nas doenças associadas às práticas sexuais mais do que no gênero. Assim, apesar da presença dessa temática em metade das escolas, a discussão para além da perspectiva biológica permanece um desafio<sup>7</sup>.

Outrossim, uma análise dos currículos dos cursos de enfermagem das universidades federais brasileiras evidenciou que, das 51 instituições avaliadas, apenas 21 abordam a

temática trans em seus projetos pedagógicos<sup>32</sup>. Observou-se ainda que a maior parte das universidades que discutem transgeneridade está concentrada nas regiões Nordeste e Sudeste, revelando desigualdade na inserção do tema entre diferentes regiões brasileiras<sup>32</sup>.

As diretrizes curriculares dos cursos de saúde orientam que identidade de gênero e orientação sexual devem ser discutidas durante a graduação. No campo da psicologia, embora o conceito de diversidade esteja presente em resoluções, sua aplicação pode ocorrer de forma superficial, tratando grupos de maneira homogênea e sem questionar pressupostos da própria área que naturalizam identidades como a cisgênero, heterossexual, branca e universal.

Sem uma crítica às estruturas de poder e às normas sociais (heterossexualidade, cisgeneridade, branquitude), a noção de diversidade corre o risco de ser genérica e pouco eficaz ao abordar as reais necessidades em saúde de diferentes grupos. Na medicina, a formação tradicional tende a evidenciar os processos patológicos, o que dificulta a quebra de paradigmas do raciocínio centrado na doença, e não na compreensão do humano como ser social, histórico e múltiplo. Machin, Paulino, Pontes e colaboradores<sup>33</sup> discutem a diversidade e a diferença como desafios para a formação dos profissionais de saúde e destacam a necessidade de integrar saberes das ciências sociais e humanas na formação. Segundo os autores, essa integração pode favorecer o reconhecimento das diversidades e uma atuação mais eficaz, considerando seus impactos nas condições de vida e saúde das pessoas<sup>33</sup>.

Percebe-se que a formação profissional ainda precisa melhorar quanto à diversidade – sobretudo porque vemos a força da cisnormatividade prevalecendo na formação profissional e ignorando a existência da diversidade e a importância de sua discussão. Torna-se necessário aplicar o que está disposto nas diretrizes curriculares de forma adequada e crítica,

sem preconceitos ou juízos de valor, utilizando como base as ciências sociais e humanas. Afinal, os cursos de saúde são voltados para o cuidado do ser humano.

## Considerações finais

O presente estudo ofereceu uma visão sobre os desafios e as oportunidades no atendimento a adolescentes trans em ambulatórios brasileiros, a partir da análise qualitativa das percepções de profissionais de saúde. Os resultados evidenciaram demandas complexas, ligadas às vulnerabilidades dessa população e à necessidade de reconhecimento e valorização de suas identidades de gênero, destacando a importância de políticas públicas inclusivas e da formação contínua dos profissionais para apoiar práticas equitativas e sensíveis.

Conclui-se que a promoção de um sistema de saúde inclusivo requer uma abordagem que ultrapasse normas prescritivas e protocolos rígidos, incorporando práticas fundamentadas no respeito, na consideração ética e no reconhecimento das especificidades vividas por adolescentes trans. A implementação de mudanças demanda compromisso institucional e social, envolvendo ações articuladas entre educação, políticas de saúde e processos permanentes de sensibilização e qualificação profissional. Dessa forma, os achados apresentados podem subsidiar o aprimoramento de práticas clínicas, orientar futuras pesquisas e políticas públicas e contribuir para a adaptação do SUS aos princípios de integralidade e universalidade do cuidado, assegurando dignidade e proteção a crianças e adolescentes trans.

## Contribuições de autoria

Castro IF (0000-0003-2868-9842)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1997 set 19 [acesso em 2025 out 26]; Edição 181; Seção I:20944. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/09/1997&jornal=1&pagina=208&totalArquivos=216>
2. Saadeh A, Caetano LO, Gonzalez L, et al. AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. Bol Inst Saúde. 2018;19(2):86-97. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34595>
3. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 jan 9 [acesso em 2025 out 26]; Edição 6; Seção I:96. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>
4. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. Rev Katálysis. 2016;19(2):260-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>
5. Castro IF, Reis Filho A, Moreira RD. Os entraves à população transgênero no acesso à saúde. Rev Eletrôn Acervo Saúde. 2021;13(1):e5289. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5289.2021>
6. Chong LSH, Kosek J, Portillo M, et al. Experiências e perspectivas de jovens transgêneros no acesso à saúde: uma revisão sistemática. JAMA Pediatr. 2021;175(11):1159-73. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2061>
7. Raimondi GA, Abreu YR, Borges IM, et al. Gender and Sexuality in the Federal Medical Schools in Brazil: an Analysis of the Curricular Pedagogical Projects. Rev Bras Educ Med. 2020;44(2):e045. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.2-20190050.ING>
8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 out 25]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselhonacionaldesaude/ptbr/atosnormativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2019.
10. IRAMUTEQ [Internet]. Versão 0.8. Toulouse: Lerass; 2024 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>
11. Camargo B, Justo A. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas Psicol. 2013;21(2):513-8. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
12. Souza MAR. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
13. 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 out 25]; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
14. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023

- [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: [https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
15. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989 [Internet]. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989. Nova York: ONU; 1989 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.
  16. Malpas J, Pellicane MJ, Glaeser E. Family-based interventions with transgender and gender expansive youth: systematic review and best practice recommendations. *Transgend Health*. 2022;7(1):7-29. DOI: <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0165>
  17. Conselho Federal de Psicologia (BR). Resolução CFP nº 01/2018, de 29 de janeiro de 2018. Define as diretrizes para o exercício da profissão de psicólogo junto às pessoas travestis e transexuais [Internet]. Brasília, DF: CFP; 2018 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>
  18. Conselho Federal de Serviço Social (BR). Resolução CFESS nº 845, de 26 de fevereiro de 2018. Estabelece diretrizes para a atuação dos profissionais de Serviço Social no atendimento às pessoas travestis e transexuais [Internet]. Brasília, DF: CFESS; 2018 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>
  19. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista [Internet]. Brasília, DF: CFN; 2018 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=599>
  20. Conselho Federal de Fonoaudiologia (BR). Código de Ética do Fonoaudiólogo [Internet]. Brasília, DF: CFF; 2018 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: [https://fonoaudiologia.org.br/Codigo\\_de\\_Etica/2021/12/codigo-de-etica-fonoaudiologia-2023.pdf](https://fonoaudiologia.org.br/Codigo_de_Etica/2021/12/codigo-de-etica-fonoaudiologia-2023.pdf)
  21. Conselho Nacional de Educação (BR). Código de Ética [Internet]. Brasília, DF: CFE; 2005 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: <https://cfep.org.br/wp-content/uploads/2024/11/Codigo-de-Etica-CFEP.pdf>
  22. Gaspodini IB, Jesus JG. Heterocentrismo e ciscentrismo: crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero. *Rev Univ Psi* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 jan 2];1(2):33-51. Disponível em: [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ptBR&user=r7bNz\\_EAAAAAJ&citation\\_for\\_view=r7bNz\\_EAAAAAJ:IWHjjKOFINEC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ptBR&user=r7bNz_EAAAAAJ&citation_for_view=r7bNz_EAAAAAJ:IWHjjKOFINEC)
  23. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180633. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>
  24. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903. DOI: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
  25. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.427, de 8 de abril de 2025. Revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2025 abr 16 [acesso em 2025 out 25]; Edição 73; Seção I:174. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.427-de-8-de-abril-de-2025-624323599>
  26. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Supl 1):S1-259. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
  27. Clark BA, Marshall SK, Saewyc EM. Hormone therapy decision-making processes: transgender youth and parents. *J Adolesc*. 2020;79:136-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>

28. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med.* 2011;8(8):2276-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
29. Costa MCB, Farias N, Nabuco KCS, et al. Prevalência e correlatos do uso de hormônios sem prescrição entre mulheres trans em São Paulo, Brasil. *Saude LGBT.* 2021;8(2):162-6. DOI: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0059>
30. Olansky E. Nonprescription hormone use among transgender women—National HIV behavioral surveillance among transgender women, seven urban areas, United States, 2019–2020. *MMWR Suppl.* 2024;73(1):34-39. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7301a4>
31. Santos AN, Vasconcellos LCF, Pereira EA. Diversidade sexual e de gênero e estigmas sociais no SUS em relação às pessoas LGBTQIA+: observações no Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2023;47(Esp 1):e9009. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19009P>
32. Morais AVC, Jesus MEF, Santos IC. “Onde estão as pessoas trans?": temática da transgeneridade na graduação em enfermagem. *Hygeia Rev Bras Geogr Méd Saúde.* 2023;19:e1928. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1967954>
33. Machin R, Paulino DB, Pontes JC, et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(10):3797-30806. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07332022>

---

Recebido em 23/03/2025

Aprovado em 11/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)



## Relações entre culturas juvenis, saúde e arte: olhares a partir da perspectiva de jovens periféricos

*Connections between youth cultures, health, and art: Perspectives from young people living in the urban periphery*

Isabelle Melo Rocha<sup>1</sup>, Alessandra Maria Sousa Silva<sup>2</sup>, Erilene Alves de Sousa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110369P

**RESUMO** Este artigo se debruça sobre as discussões em torno da categoria culturas juvenis e as políticas de saúde, com ênfase na saúde mental. Toma como base teórica e epistemológica uma abordagem que reconhece as culturas juvenis e a centralidade do cotidiano como espaços fundamentais para os jovens. O objetivo foi analisar como a relação entre culturas juvenis, saúde e arte se manifesta na vida desses jovens. A metodologia foi baseada na etnografia, no uso de observação-participante e no diário de campo. Os dados foram analisados com base na análise de discurso. Os resultados apontaram que a relação dos jovens com a saúde é atravessada pelo corpo. A saúde, nesse contexto, não é apenas a ausência de doenças, está diretamente ligada à dança e à experiência vivenciada no grupo. A arte (dança, teatro e música) desempenha um papel essencial no processo de afirmação identitária e na promoção da saúde mental dos jovens, proporcionando espaços de expressão e pertencimento. Por fim, é imprescindível que as políticas públicas de saúde sejam construídas de forma dialogada, ouvindo as demandas e realidades dos jovens, e que as práticas de saúde sejam flexíveis o suficiente para se adaptar às suas vivências.

**PALAVRAS-CHAVE** Jovem adulto. Políticas de saúde. Arte.

**ABSTRACT** *This article examines discussions surrounding youth cultures and health policies, with an emphasis on mental health. It is grounded in a theoretical and epistemological approach that recognizes youth cultures and the centrality of everyday life as fundamental spaces for young people. The objective is to analyze how the relationship between youth cultures, health, and art manifests in the lives of these young people. The methodology is based on ethnography, incorporating participant observation and field notes. Data were analyzed using discourse analysis. The results suggest that young people's relationship with health is mediated by the body. In this context, health is not merely the absence of disease but is directly linked to dance and the lived experience within the group. Art—through dance, theater, and music—plays a crucial role in identity affirmation and in the promotion of mental health, providing spaces for expression and belonging. Finally, it is essential that public health policies be developed through dialogue, by attending to the demands and realities of young people, and that health practices remain flexible enough to adapt to their lived experiences.*

**KEYWORDS** *Young adult. Health policies. Art.*

<sup>1</sup>Faculdade O5 de Julho (F5) - Sobral (CE), Brasil. [belmrocha2@hotmail.com](mailto:belmrocha2@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.



## Introdução

Em 2023, uma pesquisa<sup>1</sup> entrevistou adolescentes de 10 a 19 anos em diversos países, incluindo o Brasil, e evidenciou que os principais fatores de sofrimento emocional entre os jovens estão diretamente relacionados com o ambiente em que vivem. A pobreza, a violência (física e/ou sexual) e os preconceitos de gênero emergiram como fontes significativas de estresse, afetando profundamente sua saúde mental. O estudo revelou que normas de gênero desempenham um papel central nesse cenário, restringindo a liberdade de ação das meninas e levando os meninos a evitarem expressar seus sentimentos ou buscar ajuda por receio de exposição de suas vulnerabilidades. Além disso, muitos jovens relataram a falta de acesso a recursos para lidar com questões de saúde mental, evidenciando desafios estruturais enfrentados por essa faixa etária.

Outro estudo<sup>2</sup> também reforça essa preocupação, destacando que, apesar da presença de redes de apoio, como amigos próximos, os demais indicadores de bem-estar juvenil apresentam níveis alarmantemente baixos. Esses dados apontam para os riscos à saúde mental e física da juventude ao mesmo tempo que evidenciam as dificuldades de acesso a cuidados adequados. Quando analisadas sob uma perspectiva histórica e socialmente construída, tais dificuldades refletem representações de saúde e doença presentes nas políticas públicas, muitas vezes enraizadas em fatores estruturais e culturais.

Desde os anos 2000, a juventude passou a ocupar um espaço mais central na formulação de políticas públicas no Brasil. Estudos nessa área evidenciaram a relevância das trajetórias juvenis para a agenda pública, especialmente no que diz respeito à saúde. No entanto, historicamente, as políticas de saúde voltadas aos jovens foram marcadas por estigmatizações, associando essa população a problemas como gravidez precoce, infecções sexualmente transmissíveis e

violência<sup>3</sup>. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, instituída em 2006, propôs uma mudança nesse paradigma, substituindo abordagens assistencialistas por estratégias mais abrangentes de promoção da saúde, com enfoque na prevenção de riscos e na promoção do bem-estar.

Entretanto, diversos autores<sup>4-7</sup> apontam que a implementação dessas políticas ainda apresenta desafios. Destaca-se, em especial, a ausência de diálogo efetivo entre profissionais de saúde e as culturas juvenis, o que impede uma compreensão mais ampla das experiências juvenis e limita as ações públicas a uma abordagem centrada em riscos, sem considerar as condições de vida e as realidades cotidianas que moldam esses sujeitos.

A promoção da saúde, impulsionada pela reforma sanitária, rompeu com a visão reducionista da causalidade linear do adoecimento e propôs uma abordagem mais integrada, considerando modos de vida e coletividades<sup>8</sup>. No entanto, a saúde pública ainda tende a tratar a juventude de forma simplificada, evidenciando excessivamente os fatores de risco associados à adolescência, enquanto negligencia os aspectos mais amplos da organização social e das experiências juvenis. As trajetórias juvenis não devem ser vistas apenas como uma transição linear para a vida adulta, mas como um processo multifacetado, permeado por desafios e ressignificações constantes<sup>9</sup>.

Esta pesquisa tem como base teórica e epistemológica uma abordagem que reconhece as culturas juvenis e a centralidade do cotidiano como espaços fundamentais para os jovens. A questão central que orienta este estudo reside na necessidade de compreender como os jovens significam sua saúde em suas vivências diárias, a partir de suas próprias experiências, em contraposição a conceitos impostos por discursos institucionais e governamentais, que frequentemente limitam a interlocução entre os jovens e o setor saúde. O objetivo deste artigo é analisar como a relação entre culturas juvenis, saúde e arte se manifesta na vida desses jovens.

## Material e métodos

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa de cunho etnográfico, fundamentada na vivência e interação com os sujeitos pesquisados. Inspirada na concepção de ‘artesanato intelectual’<sup>10</sup>, busca articular a produção intelectual às experiências vivenciadas pelo pesquisador enquanto sujeito histórico e social. A imersão no campo permitiu uma construção compartilhada do conhecimento, evidenciando que a pesquisa não se limita à aplicação de técnicas, mas se configura como uma vivência transformadora<sup>11</sup>.

A investigação adota um olhar ‘de perto e de dentro’<sup>12</sup>, acompanhando os deslocamentos, os usos do território, as formas de sociabilidade e a construção identitária dos jovens participantes. O estudo foi realizado na Estação da Juventude (EJ), um equipamento público que oferece atividades como teatro, dança, música e esportes, consolidando-se como um importante espaço de socialização e produção cultural para os jovens da periferia. A EJ, criada pelo governo federal em 2014 e reformulada em 2023, tem como objetivo garantir direitos e promover a emancipação juvenil por meio de políticas públicas que fomentam o acesso à informação, formação e outras dimensões essenciais para a juventude<sup>13</sup>.

A aproximação inicial ocorreu por meio da observação participante no cotidiano da EJ, possibilitando compreender como as culturas juvenis se manifestam em práticas, símbolos e rituais. Esse processo de imersão foi gradual e incluiu a inserção em grupos de dança e teatro, a partir das indicações dos próprios jovens sobre os coletivos existentes.

A participação nas atividades revelou a diversidade das ‘culturas juvenis’<sup>14</sup> presentes no espaço, que era utilizado para encontros, ensaios, apresentações e projetos. Além disso, a Estação funcionava como ponto de encontro e sociabilidade, reunindo jovens em grupos, trios ou bandos que, por exemplo, organizavam-se para andar de bicicleta.

Os pesquisadores eram percebidos como estranhos à cultura dos jovens, o que causava certo incômodo. Observar suas práticas sem interferir foi um desafio necessário para compreender seus modos de vida. Uma oportunidade significativa ocorreu durante a confraternização de fim de ano na quadra do bairro, em que diversos grupos de dança se apresentaram. A apresentação envolveu a maior parte dos jovens que participavam das atividades na Estação; a quadra ficou lotada, e os jovens, imersos na dança e na reação do público, compartilhavam ‘universos simbólicos’ materializados na uniformidade da ação<sup>14</sup>.

Dentre os grupos, a Cia Marshall destacou-se ao adotar o pop como gênero musical. Suas coreografias, embaladas por músicas remixadas, exigiam técnica e flexibilidade, executadas de forma precisa. O figurino, composto por blusas de cores diferentes com iniciais pintadas à mão, reforçava um estilo próprio que os diferenciava. O registro fotográfico das apresentações, posteriormente compartilhado via WhatsApp, aproximou os pesquisadores do cotidiano dos jovens e tornou a interação mais fluida.

A imersão nos ensaios da Cia Marshall possibilitou compreender, por meio dos próprios jovens, os símbolos de compartilhamento que os identificavam como pertencentes a uma cultura juvenil. Embora o estudo não tenha abrangido todos os grupos do bairro, a Estação funcionou como ‘ponte’ de contato, permitindo seguir pistas e compreender como os jovens percebiam os demais grupos.

A Cia Marshall destacou-se pela frequência e disciplina nos encontros, pelo vocabulário próprio e pelas interações no WhatsApp sobre apresentações. Os jovens suscitaram o desejo dos pesquisadores de conhecê-los de perto, o que possibilitou a compreensão de suas vias de sentido por meio dos símbolos de pertencimento. Esses símbolos estavam presentes na orientação sexual de muitos integrantes, rompendo com a heteronormatividade; no gênero musical escolhido; na fabricação artesanal do figurino; na química corporal da

dança; nos passos em formato de pirâmide; em gramáticas próprias e em mapas de significação exclusivos do grupo.

O estudo acompanhou de perto o grupo de dança Cia Marshall, composto por nove integrantes, sendo três mulheres e seis homens, com idades entre 14 e 20 anos. A maioria dos participantes está concluindo ou já concluiu o ensino médio. Suas famílias apresentam perfis heterogêneos, porém, a ausência da figura paterna é uma constante, com a mãe assumindo, na maioria dos casos, o papel de principal responsável. Os integrantes do grupo pertencem a uma classe social caracterizada por baixos salários e pela dependência da força de trabalho para a subsistência. Residem em bairros considerados 'periféricos', e mais da metade se autodeclara negra. Além disso, quase 90% dos jovens tiveram algum tipo de acompanhamento por projetos ou programas sociais em algum momento de suas vidas.

Entre os nove pesquisados, sete se reconhecem como homossexuais, um como heterossexual e um como bissexual. A identidade de gênero dos participantes é um fator marcante no grupo, atuando como elemento de reconhecimento público e de pertencimento entre eles.

As juventudes devem ser compreendidas em seus contextos sociais específicos, reconhecendo-se a pluralidade de experiências e trajetórias que não podem ser reduzidas ao universo observado neste estudo. Nesse sentido, a pesquisa oferece pistas para a compreensão da diversidade das experiências juvenis na contemporaneidade, sem pretender estabelecer generalizações que extrapolem o universo observado.

O nome Cia Marshall remete ao dançarino francês Yanis Marshall, conhecido por suas coreografias de dança em salto alto. O grupo se inspira em suas performances e em outros artistas do pop internacional, incorporando essas referências em suas apresentações. A construção do vínculo entre pesquisador e grupo se deu de forma processual, por meio de interações significativas, como o registro fotográfico e em vídeo de apresentações, auxílio na logística de eventos, participação no grupo de WhatsApp e apoio na

busca de transporte e figurinos. A relação entre pesquisador e participantes foi construída coletivamente, a partir dos interesses e necessidades do grupo.

Os diários de campo foram utilizados como principal instrumento de registro, seguindo a abordagem da 'descrição densa'<sup>15</sup>. O diário apresentou o 'estado de aprendiz' da pesquisadora, permitindo um olhar atento às dinâmicas cotidianas do grupo e às sutilezas das interações sociais<sup>16</sup>. A escrita etnográfica buscou captar não apenas as interações observadas, mas também os sentidos atribuídos pelos jovens às suas práticas e relações.

Um aspecto metodológico fundamental foi a escolha dos pseudônimos pelos próprios participantes, garantindo o reconhecimento de suas subjetividades e histórias. Durante as conversas, os jovens foram questionados sobre como gostariam de ser identificados. A maioria optou por nomes inspirados em personagens da série norte-americana 'Pretty Little Liars', como Ali Dilaurentis, Hannah Marin, Spencer Hastings, Aria Montgomery e Tony. Essa escolha revela a relação dos participantes com a cultura pop e a forma como reinterpreta narrativas ficcionais em suas próprias trajetórias. Além disso, um dos integrantes recém-chegados ao grupo adotou o nome de Pablo Vittar, em homenagem ao cantor, compositor e performer brasileiro.

A possibilidade de escolher seus próprios nomes na pesquisa representou uma estratégia metodológica que respeitou suas formas de autodefinição e pertencimento, garantindo que não fossem apenas informantes, mas agentes ativos na construção deste estudo. Assim, a pesquisa se constituiu como um processo dialógico, valorizando a experiência e a perspectiva dos jovens sobre suas próprias vivências. Os dados foram analisados com base na análise de discurso crítica, pelo fato de entender o discurso como prática social de uso da linguagem<sup>17</sup>. Esta proposta implica uma teoria e método com enfoque em descrever, interpretar e explicar a linguagem articulada ao contexto social e histórico, além disso, teoriza a mediação entre o social e o linguístico, com

viés transdisciplinar. Trata-se de olhar para o discurso como forma de representação e, sobretudo, de ação social.

Para realização desta pesquisa, foram consideradas as determinações presentes na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, por envolver seres humanos<sup>18</sup>. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA) e foi aprovada (CAAE nº 61360616.0.0000.5053 e parecer nº 1.811.591). Não houve qualquer tipo de suporte financeiro para a sua concretização.

## Resultados e discussão

### Perspectivas de saúde: a relação com o corpo e a sociabilização juvenil

A concepção de juventude é delimitada por faixas etárias que variam ao longo do tempo, ganhando diferentes contornos conforme as mudanças sociais e culturais. No Brasil, o Estatuto da Juventude define como jovens as pessoas entre 15 e 29 anos, adotando o termo ‘jovem-adolescente’ para aqueles de 15 a 18 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) caracteriza os adolescentes como indivíduos com idades entre 12 e 18 anos incompletos. Esses marcos legais revelam que a juventude não é uma categoria natural, mas construída social e culturalmente, o que abre espaço para diferentes interpretações e disputas em torno de seu significado.

Essas construções, no entanto, frequentemente carregam representações estigmatizadas. O uso popular do termo ‘aborrecentes’, por exemplo, traduz uma visão que associa os jovens a comportamentos de resistência, desinteresse ou rebeldia, reforçando estereótipos que os posicionam como sujeitos em transição, instáveis e até mesmo como um ‘risco social’. Assim, o imaginário coletivo tende a reduzir a juventude a uma fase de problemas, obscurecendo a pluralidade de experiências que a compõem.

Afirmar-se que ‘os marcadores de passagem não fixam rigidamente os indivíduos a uma determinada idade’<sup>19</sup>. Para o autor, a juventude deve ser compreendida como uma categoria ‘manipulada e manipulável’, sobretudo quando representada como uma ‘unidade social’ com ‘interesses comuns’<sup>20</sup>. Em contraposição à visão homogênea e reducionista, sua proposta é deslocar o foco da ideia de ‘unidade’ para a de ‘diversidade’, enfatizando as diferenças que constituem as múltiplas formas de ser jovem.

Podem ser identificadas duas tendências principais nos estudos sobre a juventude<sup>20</sup>. A primeira trata a juventude como um ‘conjunto social’ em que os sujeitos compartilham uma ‘fase da vida’ com características uniformes e homogêneas, definidas por grupos etários. A segunda entende a juventude como um grupo diverso, marcado pela inserção em diferentes classes sociais. Essas tendências são denominadas, respectivamente, corrente geracional e corrente classista.

Se as culturas juvenis costumam ser associadas a conjuntos de crenças, valores, símbolos, normas e práticas que determinados jovens parecem compartilhar, é necessário reconhecer que esses elementos podem estar relacionados tanto à fase da vida (corrente geracional) quanto às trajetórias de classe (corrente classista)<sup>20</sup>. Por isso, o estudo das juventudes deve interpretar os ‘paradoxos’ conceituais acerca do que se diz a respeito delas, rompendo com a ‘doxa dominante’ para revelar as ‘aparentes unidades da realidade’. Isso implica explorar sentidos, representações, comportamentos, identidades sociais e formas pelas quais os jovens vivenciam a juventude no cotidiano.

Entre esses paradoxos, “o conceito central das teorias da juventude é o de cultura juvenil”<sup>14(66)</sup>, compreendida como uma chave para interpretar a realidade dos jovens.

No sentido antropológico, isso se refere ao cotidiano, aos modos de vida e práticas que expressam significados e valores, não apenas ao nível das instituições, mas também na própria vida cotidiana<sup>14(69)</sup>.

Nessa perspectiva, a cultura pode ser entendida como um conjunto de significados compartilhados; um conjunto de sinais específicos que simbolizam a pertença a um determinado grupo; uma linguagem com seus usos específicos, rituais e eventos particulares, por meio dos quais a vida adquire um sentido. Esses significados compartilhados integram “um conhecimento comum, ordinário, cotidiano”<sup>14(70)</sup>.

No âmbito da saúde, a produção científica identificada ao longo desta pesquisa revela que as ações de saúde pública, muitas vezes, partem da premissa de que existem ‘problemas dos jovens’, o que implica um olhar frequentemente reducionista e patologizante sobre essa faixa etária. Ao compreender as simbologias e as experiências compartilhadas por esses sujeitos, foi possível reconfigurar o entendimento sobre o que os jovens consideram saúde. Esse novo olhar permite, assim, uma compreensão mais ampla de suas práticas e vivências.

A escassa procura dos jovens pelos serviços de atenção primária é uma realidade que destaca que as ações de saúde destinadas a esse público frequentemente se limitam ao tratamento de agravos à saúde<sup>21</sup>. A partir do cotidiano dos jovens, de suas experiências e dos processos de socialização, é possível repensar nas abordagens de saúde, oferecendo mais do que respostas reativas, mas uma escuta atenta às suas realidades.

A juventude é caracterizada por diversas mudanças nos âmbitos biológico, psicológico e social que, somadas às incertezas e inseguranças desse período, podem gerar inúmeros fatores de risco à saúde<sup>22</sup>. No entanto, os contextos vivenciais dos jovens fornecem pistas valiosas para a superação das limitações nas práticas de saúde, que, muitas vezes, os reduzem a ‘riscos sociais’ ou os tratam de forma fragmentada. O enfoque excessivo na saúde reprodutiva, por exemplo, tem se mostrado ineficaz, uma vez que não aborda as múltiplas dimensões da vida jovem. Nesse sentido, a pesquisa propõe uma análise centrada no que os próprios jovens consideram saúde e

riscos, distantes das definições impostas por documentos governamentais. Por intermédio da escuta atenta e do reconhecimento das suas culturas juvenis, foi possível ampliar a compreensão sobre saúde, indo além dos discursos formalizados.

Uma pesquisa<sup>8</sup> contribui para essa perspectiva ao afirmar que, ao compreender os modos de vida dos jovens, é possível apreender a relação intrínseca que eles têm com a saúde. Nesse estudo, as questões de saúde não são abordadas de forma explícita, mas sim reinterpretadas de maneira indireta por meio das suas ações. No caso desta pesquisa, o enfoque foi nas culturas juvenis, nos grupos de pertencimento, como meio de analisar a saúde de forma mais abrangente e integral, considerando suas múltiplas dimensões.

Nos jovens da Cia Marshall, o corpo ocupa um lugar de destaque na discussão sobre saúde. O corpo e suas representações são fundamentais para entender as juventudes na contemporaneidade<sup>23</sup>. Entre as várias concepções sobre o corpo, há uma multiplicidade de imagens e desempenhos físicos que são atribuídos à condição etária juvenil, refletindo tanto a identidade corporal quanto as mudanças associadas a essa fase da vida. Esses ‘atributos corporais’, como o surgimento de espinhas, o crescimento dos pelos, o início do ciclo menstrual e as primeiras ejaculações, marcam o início da adolescência e delinham o corpo juvenil em sua transição entre a infância e a vida adulta<sup>23</sup>.

A carga simbólica do corpo sugere que ele se torna um palco de uma verdadeira ‘dramaturgia’ existencial<sup>24</sup>. O corpo, com suas ‘múltiplas valências simbólicas’, funciona como um meio de inserção na cena pública, refletindo a relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros. Nesse contexto, a estética da aparência se mistura à construção da identidade, em que as interações podem ser influenciadas por autoestima, insegurança ou narcisismo. O cuidado com o corpo, portanto, envolve não apenas questões físicas, mas também um jogo simbólico de imagem e valorização social<sup>24</sup>.

Para os jovens da Cia Marshall, saúde está relacionada com o cuidado com o corpo em suas práticas cotidianas. Ali, por exemplo, define saúde como sentir-se bem com o corpo que tem, sabendo o que fazer para mantê-lo saudável. Ele reflete sobre como gasta muita energia e, embora sua mãe o advirta para repor essa energia, acredita que seu corpo já está acostumado à rotina. Para ele, ter saúde significa esse equilíbrio entre o cuidado com o corpo e a manutenção da rotina. Já Spencer compartilha uma experiência de transformação corporal: ao entrar na Cia Marshall, ele começou a emagrecer e, com isso, melhorou sua flexibilidade e disposição. Ele se alonga todos os dias para evitar dores musculares e observa que, agora, sente-se bem, o que sua mãe reconhece como algo positivo.

A relação dos jovens com a saúde é, assim, construída por meio do uso do corpo na dança. A apresentação do corpo é uma das representações mais marcantes da imagem juvenil, associada não só ao desempenho físico nos ensaios e apresentações, mas também ao olhar do outro e à construção de uma imagem pública<sup>23</sup>. O corpo se torna um ‘alter ego’, influenciado por representações sociais e pela exposição em redes sociais<sup>25</sup>.

Em uma das apresentações, Aria mencionou que se sentia diferente por usar lápis preto para delinear os olhos, algo que ela aprendeu com uma amiga. Ela revelou que já foi ‘gorda’ e que se comparava com outras pessoas, mas agora se considera bonita e cuida do seu corpo, consumindo uma receita de água com limão e gengibre antes das refeições para controlar o apetite. Aria, que hoje pesa 52 kg, associa sua saúde à constante vigilância sobre o próprio corpo, especialmente devido à dança, que exige desempenho físico e exposição ao olhar público. Sua relação com a saúde e a imagem corporal reflete os ideais contemporâneos de beleza e saúde, em que o corpo magro é idealizado.

A saúde, nesse contexto, está relacionada a um ‘imperativo de cuidado e vigilância’, que reflete os ideais do ‘*healthism*’, uma ideologia

que preconiza a busca pela perfeição corporal e pela saúde idealizada. Esse modelo de corporeidade, amplamente compartilhado na sociedade, é visto como uma ‘ambição social’ que valoriza a aparência física de maneira excessiva<sup>23</sup>. O corpo jovem, idealizado, torna-se um símbolo de *status* social, sendo desejado e mercantilizado, como um protótipo de beleza e saúde, reverenciado na sociedade contemporânea.

Os jovens da Cia Marshall acompanham e reproduzem as tendências contemporâneas ao valorizar seus corpos e seus usos. Por meio de regimes para manter a forma, eles exibem corpos com a ‘barriga chapada’ e tatuagens ou *piercings* visíveis. Investem na construção de uma autoimagem que é compartilhada coletivamente no grupo. Essa imagem ganha notoriedade durante as apresentações, quando a expressão corporal se torna um elemento de reconhecimento público. As roupas e os acessórios que os jovens escolhem refletem símbolos compartilhados entre eles, criando uma estética de grupo e atendendo às tendências da moda. Esse comportamento se insere em um ‘modelo de produção corporal’ em que o corpo se torna um objeto de investimento e exposição<sup>23</sup>.

Os investimentos no corpo dos jovens fazem parte de um processo de maturação, embora a preocupação com a imagem não desapareça com a idade<sup>24</sup>. O autor aponta que, em casos extremos, o narcisismo pode levar à negação da ‘identidade sentimental’, na qual os afetos são suprimidos. No caso dos jovens da Cia Marshall, o corpo aparece como um meio simbólico de experimentação e construção de identidades. A dança e a troca cultural no grupo são vividas como possibilidades de sociabilidade, configurando-se como um ‘lôcus de aprendizado e participação social’<sup>26</sup>. Contudo, tais práticas não podem ser compreendidas apenas como formas de expressão ou integração: também revelam tensões, disputas de reconhecimento e limites impostos pelas desigualdades sociais, que atravessam a experiência dos sujeitos.

A saúde está diretamente ligada à dança e à experiência vivenciada no grupo. O bem-estar gerado pela expressão das individualidades, especialmente na dança, é percebido pelos jovens como uma forma de saúde integral. Para Spencer, a saúde não se resume apenas a aspectos físicos, mas também envolve a saúde mental e emocional, em que o espaço da dança se torna um lugar de alívio e liberdade. Ele destaca que muitos jovens que enfrentam dificuldades em casa encontram no grupo e na dança uma forma de se expressar e se libertar de opressões. *“Aqui ninguém vai te prender, ninguém vai dizer: Você nasceu homem, vai ter que dançar como homem. Aqui a pessoa tem que se sentir livre”* (Spencer).

Essa concepção de saúde está fortemente ligada à aceitação e à afirmação da identidade em um ambiente de sociabilidade, no qual as individualidades são reconhecidas e respeitadas. Spencer associa a saúde ao fortalecimento da autonomia e ao reconhecimento de si mesmo diante dos outros, ressaltando que a dança proporciona esse espaço de liberdade. A saúde, para ele, manifesta-se na capacidade de ser livre para expressar quem é, sem as pressões de espaços de não reconhecimento.

As experiências revelam que a afirmação e a aceitação dos jovens não são processos lineares, mas são marcados por negociações constantes em contextos sociais e institucionais que nem sempre os acolhem. Essa realidade evidencia a necessidade de políticas de saúde que ultrapassem discursos normativos e se concretizem em práticas efetivas de cuidado, capazes de reconhecer o jovem como sujeito social integral – que age, sente, pensa e existe em sua diversidade e pluralidade<sup>27</sup> – e que leve em conta as desigualdades e barreiras que atravessam cotidianamente.

### **Relação entre cultura juvenil e saúde: a arte como estratégia de saúde mental para jovens LGBTQIAPN+**

A discussão sobre saúde entre os jovens, especialmente os da comunidade LGBTQIAPN+,

envolve vários aspectos que giram em torno da busca por reconhecimento e aceitação, que, no caso dos jovens aqui pesquisados, são proporcionados pela dança e pelo grupo. Esse ambiente de acolhimento se contrapõe aos espaços de não reconhecimento social, muitas vezes produtores de discriminação e preconceito, que têm um impacto comprometedor na saúde emocional dos jovens.

Hannah compartilhou uma experiência de sofrimento profundo, em que a falta de aceitação e o preconceito levaram-na a praticar automutilação como uma tentativa de aliviar a dor emocional. *“Eu me cortava, dava soco na minha cara, achava que isso adiantava”* (Hannah). Para Hannah, a automutilação representou uma tentativa de lidar com o sofrimento psicológico decorrente da invisibilidade de sua identidade de gênero e pela ausência de apoio emocional. Ela relatou que esse período foi um dos mais difíceis de sua vida, pois a dor física parecia mais tangível do que a dor emocional causada pela negação de sua identidade.

A automutilação em adolescentes está frequentemente associada a vulnerabilidades psicológicas e sociais, como baixa autoestima, dificuldades emocionais e rejeição<sup>28</sup>. No caso de Hannah, esse comportamento foi uma tentativa de enfrentar a dor em um contexto de falta de compreensão e cuidado. A automutilação reflete a dor e a ausência de relações autênticas, ligando esse comportamento à falta de apoio social e familiar<sup>29</sup>. Assim, a dor emocional, em muitos casos, pode se manifestar fisicamente como forma de lidar com o sofrimento psicológico causado pela discriminação social.

A automutilação e a busca por aceitação, especialmente no contexto da identidade de gênero, são questões cruciais para compreender os desafios enfrentados por esses jovens. Embora existam poucos estudos sobre suicídio na comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil, uma pesquisa realizada na Universidade de Columbia, nos Estados Unidos da América, revelou que adolescentes lésbicas, gays,

bissexuais e transexuais têm cinco vezes mais chances de tentar suicídio do que pessoas heterossexuais<sup>30</sup>. Esse cenário evidencia a importância do reconhecimento e apoio social na prevenção de comportamentos suicidas.

No caso de Hannah, a interação com seu grupo e a aproximação com a Cia Marshall foram fundamentais para sua recuperação. Ela descreveu esse processo como um ‘remédio’ para seu mal-estar, destacando a importância de estabelecer vínculos sociais.

*Eu procurei mais meus amigos, procurei mais a Cia Marshall. Eu sempre tive vontade de falar para alguém, sabe? Na minha escola, vi um menino todo cortado e pensei, ‘Eu passei por isso, posso ajudar’.* (Hannah).

Esse processo de enfrentamento, impulsionado pela sociabilidade dentro do grupo, levou Hannah a querer ajudar outros jovens em situações semelhantes. Ela percebeu que a experiência de reconhecimento social e de pertencimento no grupo a ajudou a refletir sobre sua dor emocional e a buscar formas de apoiar aqueles que também sofrem com a automutilação. Esse processo reflete o poder das sociabilidades estabelecidas em grupos de apoio, que ajudam os jovens a encontrar um ‘sentido para a vida’ e a estender esse sentido aos outros<sup>26</sup>.

A questão da identidade de gênero também se destaca nas conversas dos jovens sobre saúde, com a ênfase nas implicações emocionais da negação de suas identidades. O grupo de jovens considera a Cia Marshall como uma ‘família’, na qual encontram aceitação e respeito, compartilhando símbolos de pertencimento e criando uma identidade de grupo.

Durante as conversas nos ensaios, os jovens discutiram o impacto da invisibilidade que enfrentam fora do grupo, mencionando casos de violência contra pessoas LGBTQIAPN+, como o assassinato da travesti Dandara dos Santos. Eles expressaram o medo constante de serem vítimas de violência, como pode ser visto nas falas:

*A gente pode ser espancado a qualquer momento, pode levar um tiro na cabeça. Teve uma travesti agora que ela foi recentemente assassinada.* (Pablo).

*Espancando gay, matando travesti, tem o vídeo, tu assistiu? Eu chorei. Não precisa ser travesti, pode ser gay também, tipo afeminado.* (Spencer).

*Pode ser esfaqueado. A gente se põe no lugar dela, imagina como se fosse com a gente.* (Hannah).

Essas falas refletem a percepção constante de risco e a violência estrutural que a população LGBTQIAPN+ enfrenta no Brasil, com dados<sup>31</sup> que demonstram que o País lidera o *ranking* mundial de mortes violentas contra pessoas LGBTQIAPN+. Os jovens vivenciam uma violência contínua, muitas vezes associada ao estigma e à marginalização social, especialmente contra indivíduos gays e afeminados.

A saúde da população LGBTQIAPN+ é gravemente impactada por essa violência, com índices alarmantes de mortes e agressões, o que evidencia a premência de políticas públicas eficazes para garantir segurança e bem-estar. O reconhecimento social da identidade de gênero e a luta contra a discriminação são fundamentais para melhorar a qualidade de vida e saúde dessa população.

Embora existam políticas públicas voltadas à saúde da população LGBTQIAPN+, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>32</sup> e a Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens<sup>33</sup>, a implementação dessas diretrizes ainda enfrenta desafios significativos. As políticas de saúde pública precisam ser mais sensíveis e inclusivas, reconhecendo as diversas identidades e experiências dos jovens. É fundamental adaptar os serviços de saúde para garantir um atendimento adequado, considerando a diversidade de gênero presente na sociedade contemporânea.

Esta pesquisa identificou que a arte, como a dança, o teatro e a música, tem um papel

essencial no processo de afirmação identitária e na promoção da saúde mental dos jovens, proporcionando espaços de expressão e pertencimento. No entanto, os serviços de saúde não conseguem desenvolver estratégias para se conectar efetivamente com os jovens, muitas vezes devido ao enfoque heteronormativo e limitado que ainda predomina. Frequentemente, os jovens sentem que campanhas e programas de saúde não atendem à realidade de suas vidas, gerando desinteresse e afastamento.

É enfatizada a importância da participação ativa dos jovens na construção de políticas e práticas de saúde para que sejam criadas estratégias eficazes<sup>34</sup>. As políticas públicas devem ser desenvolvidas de forma dialógica, considerando as especificidades de cada jovem, seu contexto cultural e identitário. Dessa forma, é possível garantir um atendimento mais inclusivo, equitativo e respeitoso.

Essa abordagem integrada, que leva em conta a cultura juvenil e os desafios específicos enfrentados por jovens LGBTQIAPN+, é crucial para promover uma saúde integral que vá além da mera prevenção de doenças, oferecendo suporte psicológico, emocional e social a todos os jovens, considerando suas diversidades.

A saúde da população LGBTQIAPN+ ainda é impactada por altos índices de violências, com efeitos devastadores, especialmente sobre os jovens. O Brasil segue como líder no *ranking* mundial de mortes violentas contra pessoas LGBTQIAPN+<sup>31</sup>. Em 2020, foram registradas 237 mortes, número que subiu para 316 em 2021, um aumento de 33,3%; em 2022, o total foi de 257 mortes, e em 2023, esse número chegou a 291, o que representa um crescimento de 8,83% em relação ao ano anterior<sup>31</sup>. Esses dados provêm do Observatório de Mortes Violentas de LGBTQIAPN+ no Brasil, que compila informações a partir de matérias jornalísticas, já que não existem estatísticas oficiais sobre esses crimes. Esse cenário reflete a violência estrutural persistente e a necessidade urgente de políticas públicas eficazes que garantam a segurança e o bem-estar dessa população.

Jovens LGBTQIAPN+ reconhecem a morte de uma travesti como reflexo dos riscos que enfrentam, sentindo-se constantemente ameaçados por uma sociedade que os vê como ‘lixo social’ ou ‘escória’. Essa violência, frequentemente manifesta por discriminação, é justificada pela percepção de que esses jovens não se adequam aos padrões heteronormativos. A violência contra pessoas identificadas como ‘gays’ ou ‘afeminados’ se intensifica, pois a feminilidade é vista como uma brecha para abusos, sendo considerada ‘débil’ pelo sistema patriarcal. Ser gay, especialmente afeminado, representa um ataque direto ao patriarcado<sup>35</sup>.

A discussão sobre a saúde dos jovens precisa ser abordada de forma urgente, indo além da simples disseminação de informações sobre fatores de risco. É necessário problematizar essa questão, promovendo o diálogo com as culturas juvenis e criando pontes que conectem as realidades cotidianas dos jovens. Isso envolve compreender os diferentes usos do corpo, respeitar os desejos dos jovens e evitar uma abordagem simplista que se concentre apenas no controle.

Embora existam políticas específicas, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>32</sup> e a Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens<sup>33</sup>, ainda há desafios na implementação efetiva dessas diretrizes. O reconhecimento da diversidade e pluralidade das juventudes deve ser central nas políticas públicas, assegurando que suas especificidades sejam respeitadas nas ações voltadas à saúde integral.

As políticas públicas precisam ser construídas de forma dialogada com os jovens e os territórios onde vivem, sendo flexíveis o suficiente para se adaptar às diversidades de gêneros, sexualidades e culturas. O enfoque deve ser a promoção da equidade e da inclusão, e não a perpetuação da marginalização. A saúde integral da juventude deve ser concebida considerando o contexto social, cultural e identitário de cada jovem, desafiando as

normas heteronormativas e promovendo um acolhimento genuíno.

O suicídio é um tema recorrente nas discussões sobre saúde entre os jovens, especialmente no contexto LGBTQIAPN+. Isso evidencia a urgência de criar espaços seguros de fala, nos quais os jovens possam se expressar sem medo de represálias. A saúde mental desses jovens exige atenção urgente e ações concretas para enfrentamento.

Um exemplo disso é o relato de Ali, que compartilha a importância das relações familiares e de amizade para sua sobrevivência emocional. Ao refletir sobre o suicídio, Ali pensa nas consequências para sua família e amigos, destacando que os vínculos afetivos, como os estabelecidos na Marshall (um grupo que ele considera importante), o ajudam a enfrentar esses pensamentos.

Jovens frequentemente mencionam que os programas de saúde nos territórios não atendem às suas necessidades. As ações de saúde, muitas vezes, parecem desconectadas de suas realidades cotidianas, refletindo preconceitos e gerando mal-estar. Isso é especialmente evidente nas campanhas de saúde que não reconhecem as identidades juvenis e, com isso, distanciam-se das culturas e dos modos de vida desses jovens.

Além disso, muitos jovens demonstram desinteresse pelas palestras tradicionais oferecidas pelas equipes de saúde, como evidenciado pelos relatos de Spencer, Ali e Tony. Esses jovens preferem abordagens mais dinâmicas e adaptadas às suas realidades, como as atividades culturais, tais como dança, teatro, música, que se alinham melhor às suas vivências e identidades.

Os jovens frequentemente não se envolvem nos serviços de saúde porque os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) precisam adotar estratégias de aproximação mais eficazes<sup>34</sup>. A participação dos jovens no planejamento e desenvolvimento das ações é essencial para promover a saúde, entendendo suas reais necessidades e desconstruindo representações sociais ligadas a riscos sociais.

Esse processo deve ser educativo e emancipatório, permitindo que os jovens sejam considerados os principais protagonistas das ações que impactam suas vidas. Suas vivências, construções sociais e contextos devem ser os elementos orientadores dessas políticas, permitindo uma abordagem que vá além das concepções técnicas e científicas, respeitando as especificidades de cada jovem.

## Considerações finais

A análise das políticas públicas voltadas à saúde da população LGBTQIAPN+, especialmente em relação aos jovens, revela um panorama de avanços, bem como de desafios persistentes. Embora existam diretrizes como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>32</sup> e a Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens<sup>33</sup>, a implementação efetiva dessas políticas enfrenta barreiras significativas. As ações de saúde, muitas vezes, carecem de sensibilidade cultural e de uma abordagem inclusiva que considere as especificidades de gênero, sexualidade e identidade desses jovens.

O objetivo deste artigo foi alcançado à medida que foi possível reafirmar a relação entre culturas juvenis e a promoção de saúde entre os jovens, assim como identificar que, na perspectiva desses jovens, a arte é promotora de saúde. As culturas juvenis, com suas diversas formas de expressão, como dança, música e teatro, desempenham um papel essencial no processo de afirmação identitária e promoção da saúde mental. No entanto, a desconexão entre os serviços de saúde e as realidades desses jovens, frequentemente marcadas por preconceito, falta de acolhimento e abordagem heteronormativa, ainda constitui uma grande limitação. Esse distanciamento resulta em desinteresse e alheamento, o que reforça a necessidade de práticas de saúde que se conectem genuinamente às vivências e identidades dos jovens.

A violência estrutural e os altos índices de discriminação, que afetam diretamente a saúde da população jovem LGBTQIAPN+, especialmente no contexto de mortes violentas e suicídios, evidenciam a urgência de políticas públicas que não apenas combatam o estigma, mas também promovam espaços seguros e acolhedores. A inclusão e o reconhecimento das diversidades de gênero e sexualidade devem ser pilares das ações de saúde, considerando que a marginalização social e a exclusão ainda são realidades constantes para muitos desses jovens.

Por fim, é imprescindível que as políticas públicas de saúde sejam construídas de forma dialogada, ouvindo as demandas e realidades dos jovens, e que as práticas de saúde sejam flexíveis o suficiente para se adaptar às suas vivências cotidianas. O desenvolvimento de ações efetivas e eficazes para a promoção da saúde deve ser orientado por experiências e desafios próprios dessa população, de forma a garantir um atendimento integral, inclusivo

e equitativo, que não apenas previna doenças, mas também promova o bem-estar emocional, psicológico e social dos jovens LGBTQIAPN+. A transformação das políticas de saúde deve ser concebida de modo a respeitar as identidades e os direitos dessa população, garantindo que todos os jovens tenham acesso a um atendimento digno e de qualidade.

## Contribuições de autoria

Rocha IM (0000-0002-7899-5146)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Silva AMS (0000-0003-3362-2685)\* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Sousa EA (0009-0006-7948-5603)\* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. ■

## Referências

1. Plan International. Estudo sobre saúde mental e bem-estar de adolescentes [Internet]. Brasília, DF: Plan International Brasil; 2023 [acesso em 2025 mar 21]. Disponível em: [https://plan.org.br/wp-content/uploads/2023/02/PLAN-Saude-Mental-e-Bem-Estar-de-Adolescentes\\_Portuguese-FINAL.pdf](https://plan.org.br/wp-content/uploads/2023/02/PLAN-Saude-Mental-e-Bem-Estar-de-Adolescentes_Portuguese-FINAL.pdf)
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2019: divulgação de resultados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2022 mar 21]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_media/ibge/arquivos/ad542e8a6ea81cd154e61fc7edf39d00.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/ad542e8a6ea81cd154e61fc7edf39d00.pdf)
3. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o Prosad. *Psicol Estud*. 2014;19(2):211-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221567004>
4. Boas CC, Cunha CF, Carvalho R. Por uma Política Efetiva de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei Privado de Liberdade. *Revista Med* [Internet]. 2010 [acesso em 2025 mar 21];20(2):225-33. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/37/2011/02/artigo-revista-medica.pdf>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Raposo CA. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Em Pauta*. 2009;6(23):117-38. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2009.450>
6. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Revista Min Enferm*. 2010;14(2):251-6. DOI: <https://doi.org/10.35699/remv.14i2.50479>
7. Rocha FAA, Silva MAM, Moreira ACA, et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. *Adolesc Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 2025 mar 21];9(2):7-13. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=310](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=310)
8. Horta NC. Modos de Vida Juvenis: Cotidiano, Espaços Sociais e Saúde [tese]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
9. Carrano P. Jovens Pobres: modos de vida, percursos urbanos e transições para a vida adulta. *Ciências Hum e Soc em Revista* [Internet]. 2008 [acesso em 2025 mar 21];30(2):62-70. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/7477142/revista\\_uffrj\\_carrano-libre.pdf?1390851607=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DJOVENS\\_POBRES\\_MODOS\\_DE\\_VIDA\\_PERCursos\\_UR.pdf&Expires=1742585512&Signature=ZgjcqE0WflaULzz5jN6CB9UJD9RSgU3gSFhl-yvC7X2Ly0n4EcGVDjbRyNDbW2CLK6-rou8d9AVdMltObQ1HMUvwFRwAyCf4tJNCYrsf75b9fDbd-ku2zN3t7m0twgKx9-ZQv-qUjt8DeLS-QHxkakwn5Ky5kWYSr-8MNEgmqxlaPOZjicq956eImJyA7tLjdPLmUZTx66Bc-siRLbp-kB3KBtz6sX-8PMqF64Ss2ro-Q7RRd6AF-sQwn-f88NP9OMVv9dJIuhaZOBDvfnTVbtLNDR7gjfX-PSLtdwxklwZQaSTgV--GYatwt79FB7gWsAuf2PV1pou6Ean0Rb-ala\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLO-HF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/7477142/revista_uffrj_carrano-libre.pdf?1390851607=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DJOVENS_POBRES_MODOS_DE_VIDA_PERCursos_UR.pdf&Expires=1742585512&Signature=ZgjcqE0WflaULzz5jN6CB9UJD9RSgU3gSFhl-yvC7X2Ly0n4EcGVDjbRyNDbW2CLK6-rou8d9AVdMltObQ1HMUvwFRwAyCf4tJNCYrsf75b9fDbd-ku2zN3t7m0twgKx9-ZQv-qUjt8DeLS-QHxkakwn5Ky5kWYSr-8MNEgmqxlaPOZjicq956eImJyA7tLjdPLmUZTx66Bc-siRLbp-kB3KBtz6sX-8PMqF64Ss2ro-Q7RRd6AF-sQwn-f88NP9OMVv9dJIuhaZOBDvfnTVbtLNDR7gjfX-PSLtdwxklwZQaSTgV--GYatwt79FB7gWsAuf2PV1pou6Ean0Rb-ala__&Key-Pair-Id=APKAJLO-HF5GGSLRBV4ZA)
10. Mills W. A imaginação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
11. Brandão CR. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. *Soc Cult*. 2007;10(1):11-27. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v10i1.1719>
12. Magnani JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Rev Bras Ci Soc*. 2002;17(49):12-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>
13. Presidência da República (BR), Secretaria-Geral. Portaria SG/PR nº 172, de 14 de dezembro de 2023. Institui o “Programa Estação Juventude”, que dispõe sobre ações de fomento e desenvolvimento de ações que contribuam para a emancipação, promoção e garantia dos direitos da juventude brasileira [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 18 [acesso em 2025 mar 21]; Edição 239; Seção I:11. Disponível em: [https://www.gov.br/cultura/pt-br/assuntos/editais/inscricoes-encerradas/edital-programa-estacao-juventude-1/anexo-vl-portaria-sg\\_pr-no-172-de-14-de-dezembro-de-2023.pdf](https://www.gov.br/cultura/pt-br/assuntos/editais/inscricoes-encerradas/edital-programa-estacao-juventude-1/anexo-vl-portaria-sg_pr-no-172-de-14-de-dezembro-de-2023.pdf)
14. Pais JM. *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda; 2003.
15. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara; 2008.
16. Magnani JGC. O velho e bom caderno de campo. *Rev Sexta Feira*. 1997;1:8-12.
17. Magalhães I. Introdução: a análise de discurso crítica. *DELTA*. 2005;21(Esp):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-44502005000300002>
18. 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.
19. Pais JM. Juventude como Fase de Vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. *Saúde Soc*. 2009;18(3):371-381.

20. Pais JM. A Juventude como Fase de Vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. *Saude Soc.* 2009;18(3):371-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300003>
21. Queiroz MVO, Lucena NBF, Brasil EGMB, et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. *Revista Rene* [Internet]. 2011 [acesso em 2025 mar 19];12:1036-44. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027978020.pdf>
22. Fonseca BS, Rodrigues TFCS, Silva GM, et al. 'Uma parte de mim sabia que isso aconteceria um dia': vivências de jovens com HIV/aids. *Saúde Debate.* 2024;48(141):e8986. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418986P>
23. Ferreira VS. Atitudes dos jovens portugueses perante o corpo. In: Pais JM, Cabral MV, editores. *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo.* Oeiras: Celta Editora; 2003. p. 265-366.
24. Pais JM. *Sexualidade e afectos juvenis.* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2012.
25. Ortega F. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: Almeida MIM, Eugenio F, organizadores. *Culturas Jovens: novos mapas do afeto.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006. p. 42-58.
26. Novaes R. Os jovens de hoje, contextos, diferenças e trajetórias. In: Almeida MIM, Eugenio F, organizadores. *Culturas jovens: novos mapas de afetos.* Rio de Janeiro: Zahar; 2006. p. 105-120.
27. Mancilha GB, Covic AN. Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde Debate.* 2024;48(140):e8516. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408516P>
28. Lara G, Saraiva ES, Cossul D. Automutilação na adolescência e vivência escolar: uma revisão integrativa da literatura. *Educ Pesqui.* 2023;49:e249711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349249711por>
29. Braga JPC. Redes de depressão e cutting no cenário jovem alternativo: uma contribuição sociológica acerca da automutilação. In: 8º Congresso Português de Sociologia 40 anos de democracias: progresso, contradições e prospectivas [Internet]; 2014; Évora. Évora: Universidade de Évora; 2014 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: [http://www.aps.pt/viii\\_congresso/VIIILACTAS/VIIILCOM0743.pdf](http://www.aps.pt/viii_congresso/VIIILACTAS/VIIILCOM0743.pdf)
30. Phillippe H. Suicídio LGBT: as manchas de sangue da discriminação. *Esquerda Online* [Internet]. 2016 set 18 [acesso em 2025 mar 8]. Disponível em: <http://esquerdaonline.com.br/2016/09/18/suicidio-lgbt-as-manchas-de-sangue-da-discriminacao>
31. Grupo Gay da Bahia (GGB). *Observatório de mortes violentas de LGBT no Brasil: relatório anual 2023* [Internet]. Salvador: GGB; 2024 [acesso em 2025 mar 7]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2024/02/observatorio-2023-de-mortes-violentas-de-lgbt-1.pdf>
32. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2011 dez 2 [acesso em 2025 mar 7]; Edição 231; Seção I:35-6. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/12/2011&jornal=1&pagina=35&totalArquivos=204>
33. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2025 mar 7]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_saude\\_adolesc\\_jovem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_saude_adolesc_jovem.pdf)
34. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Júnior AD, et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(6):1026-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>

35. Santos HMR. Um desvio na corrente Que(er)stionando as margens: percursos escolares e culturas juvenis de rapazes não-heterossexuais [dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; 2013.

---

Recebido em 22/03/2025

Aprovado em 24/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)



## Marcadores de alimentação não saudável e fatores associados entre adolescentes escolares de Montes Claros (MG)

*Unhealthy eating markers and associated factors among school adolescents in Montes Claros (MG)*

Lucineia Pinho<sup>1</sup>, Maria Clara Angel de Oliveira Dias<sup>1</sup>, Luany Caxangá Carneiro<sup>1</sup>, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>1</sup>, Roberta Corrêa Figueiredo<sup>1</sup>, Nayra Suze Souza e Silva<sup>1</sup>, Rosângela Ramos Veloso Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110302P

**RESUMO** Este artigo analisa o consumo de marcadores de alimentação não saudável entre adolescentes escolares e explora sua associação com variáveis sociodemográficas e comportamentos relativos à saúde. Trata-se de um estudo populacional com delineamento transversal, envolvendo 1.616 estudantes de escolas da rede pública estadual do município de Montes Claros, Minas Gerais, em 2022 e 2023. A coleta de dados ocorreu mediante questionário autoaplicado individual. Após análise ajustada, observou-se que, entre os marcadores de alimentação não saudável, alimentos industrializados ultraprocessados salgados (30,5%) e guloseimas (26,1%) foram os mais consumidos. O sexo feminino mostrou-se associado ao maior consumo regular desses marcadores. O consumo regular de refrigerantes foi positivamente associado ao hábito de realizar refeições em frente à TV ou estudando (RP = 1,34), de tomar café da manhã (RP = 1,33), bem como à renda familiar mais alta (RP = 1,36). O uso e a dependência de smartphones associaram-se ao maior consumo de alimentos industrializados ultraprocessados salgados (RP = 1,62) e guloseimas (RP = 1,69). Infere-se que o consumo de alimentos não saudáveis entre adolescentes pode ser associado a fatores sociais, econômicos e culturais. Por conseguinte, a adoção de práticas alimentares saudáveis deve ser encorajada, haja vista seus efeitos benéficos à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescentes. Dieta. Comportamento alimentar.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the consumption of unhealthy eating markers among school adolescents and explore their association with sociodemographic variables and health-related behaviors. This is a population-based cross-sectional study involving 1,616 students from public state schools in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, conducted between 2022 and 2023. Data collection was carried out using a self-administered individual questionnaire. After adjusted analysis, it was observed that among the unhealthy eating markers, salty ultra-processed industrialized foods (30.5%) and sweets (26.1%) were the most consumed. Female sex was associated with a higher regular consumption of these markers. Regular consumption of soft drinks was positively associated with the habit of eating meals in front of the TV or while studying (PR = 1.34), having breakfast (PR = 1.33), as well as to higher family income (PR = 1.36). Smartphone use and dependence were associated with a higher consumption of salty ultra-processed industrialized foods (PR = 1.62) and sweets (PR = 1.69). It is inferred that the consumption of unhealthy foods among adolescents may be associated with social, economic, and cultural factors. Therefore, the adoption of healthy eating practices should be encouraged, given their beneficial effects on health.*

**KEYWORDS** *Adolescents. Diet. Healthy eating habits. Feeding behavior.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.  
lucineiapinho@hotmail.com



## Introdução

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, marcado por mudanças biológicas, psíquicas e sociais significativas. É um momento de intenso crescimento e desenvolvimento, no qual os adolescentes buscam afirmar sua identidade e autonomia, influenciados por fatores culturais, familiares e socioeconômicos. Esses fatores, por sua vez, impactam diretamente suas escolhas alimentares, tornando-os mais vulneráveis a hábitos prejudiciais à saúde<sup>1</sup>.

Nesse contexto, a adoção de hábitos alimentares inadequados, frequentemente associados ao consumo de alimentos processados e ultraprocessados, como doces, salgadinhos e *fast food*, tem se tornado uma preocupação crescente. Esses alimentos são caracterizados por alta densidade energética, ricos em açúcares, gorduras e sódio, mas pobres em nutrientes essenciais, como vitaminas, minerais e fibras. O consumo excessivo desses produtos está relacionado com o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, doenças geralmente associadas à vida adulta, mas cujos fatores de risco podem se iniciar na adolescência<sup>1-4</sup>.

Para o adolescente, a escola se apresenta como um ambiente potencial para a promoção de práticas alimentares saudáveis, influenciando diretamente os hábitos alimentares desse público<sup>5</sup>. A transição nutricional observada, com o aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados em detrimento de alimentos *in natura* ou minimamente processados, evidencia a necessidade de compreender os padrões alimentares dessa faixa etária<sup>6</sup>.

Pesquisa de abrangência nacional com amostra representativa tem evidenciado padrões preocupantes de comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019<sup>7</sup>, aproximadamente 39,4% dos escolares consomem regularmente alimentos ultraprocessados, enquanto apenas

32,5% relataram consumo diário de frutas e hortaliças. Esses dados revelam um cenário de vulnerabilidade nutricional nessa faixa etária, influenciado por fatores sociais, econômicos e culturais; e reforçam a necessidade de investigações que aprofundem a compreensão desses determinantes e suas implicações para a saúde dos adolescentes<sup>7</sup>.

Além dos fatores sociais, econômicos e culturais, aspectos relacionados com o comportamento digital têm se mostrado relevantes para compreender o consumo alimentar entre adolescentes. O uso excessivo de *smartphones*, cada vez mais presente nessa faixa etária, tem sido associado a hábitos alimentares inadequados, seja pela exposição frequente a propagandas de alimentos ultraprocessados, seja nas escolhas rápidas e menos saudáveis<sup>8</sup>. Nesse sentido, torna-se essencial compreender a relação entre o uso de *smartphones* e o consumo de marcadores de alimentação não saudável, para subsidiar estratégias de promoção da saúde e educação alimentar voltadas a adolescentes<sup>8,9</sup>.

O presente estudo teve como objetivo analisar o consumo de marcadores de alimentação não saudável entre adolescentes escolares e explorar sua associação com variáveis socio-demográficas e comportamentos relativos à saúde. Busca contribuir para uma melhor compreensão dos fatores que moldam suas escolhas alimentares e para a identificação de estratégias que incentivem uma alimentação mais equilibrada e benéfica à saúde.

## Material e métodos

Este estudo faz parte do Projeto Elcas: 'Estudo Longitudinal sobre o Comportamento dos Adolescentes na Atividade Física e Saúde'. O Elcas foi desenvolvido em duas etapas: a primeira (*baseline*) constitui um estudo epidemiológico, transversal e analítico, já a segunda (seguimento) é um estudo longitudinal e prospectivo, realizado dois anos após o *baseline*. Assim, este estudo utilizou dados do *baseline*

e foi realizado com adolescentes de ambos os sexos que cursavam o 1º ano do Ensino Médio na rede pública estadual de educação no município de Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil, em 2022 e 2023.

Montes Claros apresentava, em 2022, 43 escolas públicas que ofereciam o Ensino Médio, conforme listagem estratificada da Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais (SEE/MG). Ao todo, as escolas contavam com 3.765 alunos matriculados no 1º ano do Ensino Médio. Para determinar o tamanho da amostra, foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência de 50% com a intenção de obter o maior tamanho amostral e, conseqüentemente, maior poder de inferência para diferentes variáveis; nível de confiança de 95%; erro de 3%;  $d_{eff} = 1,5$  e 10% para compensar possíveis perdas. Assim, estimou-se uma amostra mínima de 1.373 adolescentes para garantir representatividade ao estudo.

Os critérios de inclusão abrangeram adolescentes de ambos os sexos, do 1º ano do Ensino Médio, matriculados nas escolas públicas de Montes Claros (MG) em 2022 e 2023, que possuíam o consentimento dos pais por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que tinham lido, concordado e assinado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Tale). Os critérios de exclusão incluíram alunos ausentes durante a coleta de dados na sala de aula sorteada que não participaram do estudo, bem como os adolescentes que possuíam direito a atendimento educacional especializado, cuja condição os incapacitou de fornecer informações acerca dos hábitos de vida diários.

A seleção da amostra seguiu o método probabilístico por conglomerado em dois estágios dentro das escolas: no primeiro, 20 escolas foram selecionadas por probabilidade proporcional ao tamanho; no segundo, as turmas foram escolhidas por amostragem aleatória simples. Todos os alunos das turmas selecionadas foram convidados a participar do estudo.

As coletas iniciaram-se após a obtenção da permissão da 22ª Superintendência Regional

de Ensino em Montes Claros. O contato inicial com as escolas foi feito com a direção, com apresentação da pesquisa e solicitação da carta de autorização para a coleta de dados. Uma vez obtida a permissão, foi requisitada a lista de todas as turmas dos anos mencionados. Os pesquisadores foram treinados para coletar dados de forma padronizada e uniforme. Eles abordaram os adolescentes das turmas selecionadas, explicando os objetivos e convidando-os a participar. Os alunos foram informados sobre a não obrigatoriedade de participação.

Após obter a autorização dos pais e/ou responsáveis, os alunos responderam ao questionário autoaplicado individualmente em sala de aula, sem a presença do professor, em horários determinados pela escola. Durante o preenchimento, os pesquisadores estavam disponíveis para ajudar e esclarecer dúvidas, garantindo a participação livre e consciente dos adolescentes e a confidencialidade das informações.

Um estudo-piloto foi realizado em uma das escolas sorteadas para detectar possíveis discrepâncias no instrumento de pesquisa e avaliar o tempo médio de resposta a ele, o que consumiu em torno de 40 minutos.

Com relação às variáveis do estudo, a qualidade da dieta foi avaliada a partir de perguntas sobre o consumo alimentar nos últimos sete dias da semana, método considerado satisfatório e um indicador válido de hábitos alimentares<sup>7</sup>. Os adolescentes podiam responder que não consumiam ou indicar uma frequência que variava de um a sete dias. Os grupos marcadores de alimentação não saudável avaliados foram refrigerantes, *fast food*, guloseimas (por exemplo, balas, doces, gomas de mascar e chocolates) e alimentos industrializados ultraprocessados salgados (tais como hambúrguer, salsicha, salgadinho de pacote e macarrão instantâneo)<sup>10,11</sup>. As frequências de consumo foram agrupadas em consumo semanal de zero, um a três dias, quatro a seis dias e todos os dias. A partir das respostas, o consumo alimentar foi categorizado, para cada grupo, em  $> 3$  x/semana e  $\leq 3$  x/semana.

Cada grupo de marcadores de alimentação não saudável (refrigerantes, *fast food*, guloseimas e alimentos industrializados ultraprocessados salgados) foi tratado como variável independente na análise do presente estudo.

As variáveis de associação utilizadas foram: sexo (masculino; feminino), faixa etária em anos completos ( $\geq 16$ ;  $\leq 15$ ), cor da pele (não branca; branca), renda familiar (C1, C2 e DE; A1, B1 e B2), escolaridade do responsável ( $< 12$  anos;  $\geq 12$  anos), nível de atividade física (ativo; insuficientemente ativo/inativo), toma café da manhã (sim; não), almoça com os pais (sim; não), come vendo TV ou estudando (não; sim) e dependência ao uso de *smartphones* (usuários não problemáticos; usuários problemáticos).

A renda familiar foi verificada pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>12</sup>. Foram levados em consideração dados sobre posse de bens de consumo (automóveis, banheiros, microcomputador, máquina de lavar roupa, lava-louça, geladeira, *freezer*, secadora de roupa, micro-ondas, DVD, motocicleta) e escolaridade, e não sobre renda familiar declarada, sendo atribuída uma pontuação para cada item, conforme aplicação do instrumento. O CCEB é utilizado para análise das questões socioeconômicas, pois se trata de um sistema de classificação de preços ao público brasileiro, não classificando a população em termos de classes sociais, mas sim dividindo o mercado exclusivamente em classes econômicas, com base na posse de bens, e não com base na renda familiar. Para cada bem possuído, há uma pontuação, e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. As classes são definidas pelo CCEB a partir da pontuação do instrumento, resultando em uma estimativa da renda média domiciliar em: A (R\$ 20.888), B1 (R\$ 9.254), B2 (R\$ 4.852), C1 (R\$ 2.705), C2 (R\$ 1.625) DE (R\$ 768). A escolaridade do responsável da família também foi resultante da aplicação do instrumento CCEB.

O nível de atividade física foi avaliado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)<sup>13</sup>, versão curta, validado e traduzido para adolescentes brasileiros.

A classificação em adolescentes ativos e insuficientemente ativos/inativos seguiu recomendações do guia de atividade física da Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando ativos os adolescentes que praticavam, no mínimo, 300 minutos de atividade física semanal<sup>14</sup>.

As variáveis 'toma café da manhã', 'almoça com os pais' e 'come vendo TV ou estudando' apresentaram as mesmas opções de respostas: sim, todos os dias; sim, de 5 a 6 dias; sim, de 3 a 4 dias; sim, de 1 a 2 dias; raramente; não. Essas variáveis foram recategorizadas em sim e não.

A dependência ao uso do *smartphone* utilizou o instrumento validado Smartphone Addiction Inventory (SPAI-BR)<sup>15</sup>. A escala inclui 26 itens dicotômicos (1 = Sim; 0 = Não), classificando os adolescentes, após o escore final, em dois grupos de acordo com a pontuação total do instrumento (até 26 pontos): usuários não problemáticos de *smartphones* ( $\leq 8$ ) e usuários problemáticos ( $\geq 9$ ).

Os dados coletados foram digitados em dupla digitação, conferidos e analisados usando o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® versão 22.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio da frequência absoluta e relativa. Em seguida, foram realizadas as análises bivariadas entre a variável desfecho e cada variável independente por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Foram estimados os valores brutos de Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. As variáveis com nível descritivo  $p \leq 0,20$  foram selecionadas para a análise múltipla. A variável dependente foi o consumo de marcadores de alimentação não saudável, e as variáveis independentes foram agrupadas em dois níveis: variáveis demográficas e socioeconômicas (nível 1); e variáveis comportamentais (nível 2). Nas análises ajustadas, seguiu-se a estratégia de modelo conceitual hierárquico nos dois níveis mencionados. As variáveis foram inseridas no modelo por meio da seleção para trás, nível a nível. Em todos os níveis, permaneceram no modelo somente aquelas

variáveis que apresentaram nível descritivo  $p < 0,05$ , após ajuste para as variáveis dos níveis anteriores. Foram estimadas RP ajustadas com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) em março de 2022, mediante o Parecer substanciado nº 5.287.269 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 56165122.0.0000.5146. Foi financiado pela Fapemig APQ – 00711-22, Demanda Universal. Foi formalmente institucionalizado pela Unimontes, em agosto de 2022, conforme a Resolução CEPEX nº: 103. Os adolescentes receberam informações detalhadas sobre a metodologia do estudo, objetivos e a importância da precisão das informações fornecidas. O estudo também seguiu as diretrizes estabelecidas na

Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>, que regula pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

A *tabela 1* apresenta as características dos 1.616 adolescentes participantes. A maioria era composta por jovens de até 15 anos (64,9%) e de cor da pele não branca (73,3%). Com relação à renda familiar, 62% pertenciam às classes econômicas C1, C2 e DE. Observou-se que 65,4% dos adolescentes eram fisicamente ativos. Entre os adolescentes, 49,3% tinham o hábito de tomar café da manhã regularmente, 55,6% relataram almoçar com os pais e 45,4% afirmaram comer enquanto assistiam à televisão ou estudavam.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis independentes entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

Variáveis	Total (n = 1.616) n (%)	Masculino (n = 801) n (%)	Feminino (n = 815) n (%)
<b>Faixa etária (anos completos)</b>			
≥ 16	464 (35,1)	254 (40,1)	210 (30,5)
≤ 15	858 (64,9)	379 (59,9)	479 (69,5)
<b>Cor da pele</b>			
Não branca	1.184 (73,3)	597 (75,3)	587 (72,5)
Branca	419 (25,9)	196 (24,7)	223 (27,5)
<b>Renda familiar</b>			
C1 C2 e DE	826 (62,0)	365 (56,0)	461 (67,8)
A1 e B1 B2	506 (38,0)	287 (44,0)	219 (32,2)
<b>Escolaridade responsável</b>			
< 12 anos	265 (17,1)	650 (84,7)	631 (81,0)
≥ 12 anos	1.281 (82,9)	117 (15,3)	148 (19,0)
<b>Nível de atividade física</b>			
Ativo	1.004 (65,4)	534 (72,3)	470 (59,0)
Insuficientemente ativo/inativo	532 (34,6)	205 (27,7)	327 (41,0)

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis independentes entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

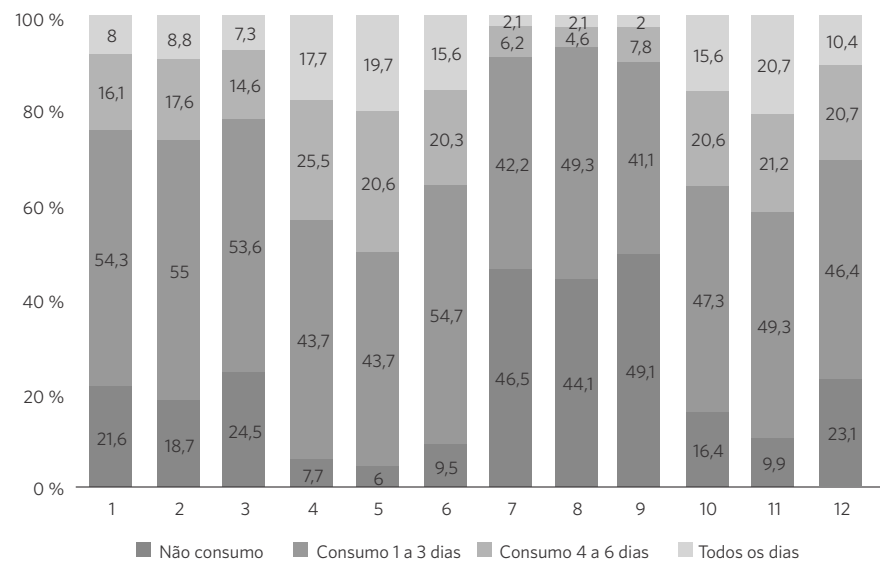
Variáveis	Total (n = 1.616) n (%)	Masculino (n = 801) n (%)	Feminino (n = 815) n (%)
<b>Toma café da manhã</b>			
Sim	791 (49,3)	461 (58,0)	330 (40,7)
Não	814 (50,7)	334 (42,0)	480 (59,3)
<b>Almoça com os pais</b>			
Sim	893 (55,6)	477 (60,1)	416 (51,2)
Não	713 (44,4)	317 (39,9)	396 (48,8)
<b>Come vendo TV ou estudando</b>			
Não	877 (54,6)	427 (53,8)	450 (55,4)
Sim	729 (45,4)	367 (46,2)	362 (44,6)
<b>Uso e dependência de smartphones</b>			
Usuários não problemáticos	596 (45,1)	334 (52,3)	262 (38,4)
Usuários problemáticos	726 (54,9)	305 (47,7)	421 (61,6)

Fonte: elaboração própria.

A *figura 1* apresenta a frequência de consumo dos marcadores de alimentação saudável pela população total do estudo, de acordo com o sexo. Entre os adolescentes, o consumo mais de três vezes por semana foi de 24,1% (387) para

refrigerante, de 43,1% (693) para alimentos industrializados ultraprocessados salgados, de 8,3% (132) para *fast food* e de 36,2% (435) para guloseimas.

Figura 1. Distribuição de frequência de consumo de marcadores de alimentação não saudável na semana anterior à pesquisa entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)



Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta os resultados da análise bruta da associação dos fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais com o consumo regular de marcadores de alimentação não saudável. Após ajuste, conforme modelo conceitual (*tabela 3*), o sexo feminino mostrou-se associado ao maior consumo regular de alimentos industrializados ultraprocessados salgados (RP = 1,33; IC 95% 1,1;1,6) e guloseimas (RP = 1,54; IC 95% 1,2;1,9); entretanto, adolescentes do sexo feminino relataram consumo regular de *fast food* (RP = 0,64; IC 95% 0,4;0,9) menor que o consumo desse mesmo marcador entre os meninos. A faixa etária de 15 anos ou menos apresentou o maior consumo de guloseimas (RP = 1,24; IC 95% 1,0;1,5). A raça/cor da pele branca esteve relacionada com o menor consumo regular de refrigerantes entre os adolescentes (RP = 0,92; IC 95% 0,7;1,3) e ao maior consumo regular de

alimentos industrializados ultraprocessados salgados (RP = 1,23; IC 95% 1,0;1,5). A renda familiar esteve positivamente associada ao consumo de refrigerantes (RP = 1,36; IC 95% 1,06;1,74) e guloseimas (RP = 1,36; IC 95% 1,06;1,74). O hábito de tomar café da manhã mostrou associação com o consumo de refrigerantes (RP = 1,33; IC 95% 1,0;1,8) e *fast food* (RP = 1,75; IC 95% 1,1;2,9). Adolescentes que relataram realizar as refeições em frente à TV ou estudando apresentaram frequência maior de consumo regular de refrigerantes (RP = 1,34; IC 95% 1,0-1,8), alimentos industrializados ultraprocessados salgados (RP = 1,40; IC 95% 1,2;1,7) e guloseimas (RP = 1,28; IC 95% 1,0;1,6). O uso e a dependência de *smartphones* estiveram positivamente associados ao consumo de alimentos industrializados ultraprocessados salgados (RP = 1,62; IC 95% 1,3;2,0) e guloseimas (RP = 1,69; IC 95% 1,3;2,1).

Tabela 2. Análise bruta de fatores associados ao consumo de marcadores de alimentação não saudável na semana anterior à pesquisa entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

Variáveis	Refrigerante	Alimentos Industrializados	Fast food	Guloseimas
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>1º nível: variáveis demográficas e variável socioeconômica</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,23 (0,9-1,6)	1,32 (1,1-1,5) <sup>c</sup>	0,66 (0,4-1,1)	1,48 (1,2-1,7) <sup>c</sup>
<b>Faixa etária (anos completos)</b>				
≥ 16	1,00	1,00	1,00	1,00
≤ 15	1,0 (0,8-1,4)	0,92 (0,8-1,1)	1,38 (0,8-2,3)	1,28 (1,0-1,7) <sup>c</sup>
<b>Cor da pele</b>				
Não branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Branca	0,93 (0,7-1,2)	1,22 (1,0-1,4) <sup>c</sup>	0,97 (0,6-1,6)	1,16 (0,9-1,4)
<b>Renda familiar</b>				
C1 C2 e DE	1,00	1,00	1,00	1,00
A1 e B1 B2	1,25 (0,9-1,6)	1,19 (1,0-1,4) <sup>c</sup>	1,24 (0,8-1,9)	1,03 (0,8-1,2)
<b>Escolaridade responsável</b>				
≥ 12 anos	1,00	1,00	1,00	1,00
< 12 anos	1,11 (0,8-1,5)	0,92 (0,7-1,1)	0,80 (0,4-1,5)	1,18 (0,9-1,4)

Tabela 2. Análise bruta de fatores associados ao consumo de marcadores de alimentação não saudável na semana anterior à pesquisa entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

Variáveis	Refrigerante	Alimentos Industrializados	Fast food	Guloseimas
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>2º nível: variáveis comportamentais</b>				
<b>Nível de atividade física</b>				
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo/Inativo	1,33 (1,0-1,7) <sup>c</sup>	1,14 (0,9-1,3)	0,81 (0,5-1,3)	1,1-(0,9-1,3)
<b>Toma café da manhã</b>				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	1,32 (1,0-1,7) <sup>c</sup>	1,22 (1,1-1,4) <sup>c</sup>	1,84 (1,2-2,9) <sup>c</sup>	1,33 (1,1-1,6) <sup>c</sup>
<b>Almoça com os pais</b>				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	1,19 (0,9-1,5)	1,22 (1,1-1,4) <sup>c</sup>	1,45 (0,9-2,2)	1,30 (1,1-1,5) <sup>c</sup>
<b>Come vendo TV ou estudando</b>				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,51 (1,2-1,9) <sup>c</sup>	1,56 (1,3-1,8) <sup>c</sup>	1,59 (1,0-2,4) <sup>c</sup>	1,42 (1,2-1,7) <sup>c</sup>
<b>Uso e dependência de smartphones</b>				
Usuários não problemáticos	1,00	1,00	1,00	1,00
Usuários problemáticos	1,60 (1,2-2,1) <sup>c</sup>	1,62 (1,4-1,9) <sup>c</sup>	1,60 (0,9-2,7)	1,74 (1,4-2,1) <sup>c</sup>

Fonte: elaboração própria.

a) RP: Razão de Prevalências; e b) IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%, estimado por regressão de Poisson com ajuste para variância robusta. <sup>c</sup> p-valor < 0,05.

Tabela 3. Análise ajustada de fatores associados ao consumo de marcadores de alimentação não saudável na semana anterior à pesquisa entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

Variáveis	Refrigerante	Alimentos Industrializados	Fast food	Guloseimas
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>1º nível: variáveis demográficas e variável socioeconômica</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,24 (0,9-1,67)	1,33 (1,1-1,6) <sup>c</sup>	0,64 (0,4-0,9) <sup>c</sup>	1,54 (1,2-1,9) <sup>c</sup>
<b>Faixa etária (anos completos)</b>				
≥ 16	1,00	1,00	1,00	1,00
≤ 15	0,96 (0,7-1,3)	0,93 (0,8-1,1)	1,23 (0,7-2,1)	1,24 (1,0-1,5) <sup>c</sup>
<b>Cor da pele</b>				
Não branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Branca	0,92 (0,7-1,3) <sup>c</sup>	1,23 (1,0-1,5) <sup>c</sup>	0,78 (0,4-1,4)	1,18 (0,9-1,5)
<b>Renda familiar</b>				
C1 C2 e DE	1,00	1,00	1,00	1,00
A1 e B1 B2	1,44 (1,1-1,9) <sup>c</sup>	1,21 (1,0-1,4) <sup>c</sup>	1,17 (0,7-1,9)	1,20 (0,9-1,5)
<b>Escolaridade responsável</b>				
< 12 anos	1,00	1,00	1,00	1,00
≥ 12 anos	1,30 (0,9-1,9)	0,90 (0,701,2)	0,51 (0,2-1,3)	1,19 (0,9-1,5)

Tabela 3. Análise ajustada de fatores associados ao consumo de marcadores de alimentação não saudável na semana anterior à pesquisa entre os adolescentes escolares. Montes Claros (MG), 2022/2023 (n = 1.616)

Variáveis	Refrigerante	Alimentos Industrializados	Fast food	Guloseimas
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
<b>2º nível: variáveis comportamentais</b>				
<b>Nível de atividade física</b>				
Ativo	1,00	1,00	1,00	1,00
Insuficientemente ativo/ Inativo	1,39 (0,9-1,8)	1,10 (0,9-1,3)	1,03 (0,6-1,8)	1,03 (0,8-1,3)
<b>Toma café da manhã</b>				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	1,33 (1,0-1,8) <sup>c</sup>	1,10 (0,9-1,3)	1,75 (1,1-2,9) <sup>c</sup>	1,01 (0,8-1,3)
<b>Almoça com os pais</b>				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	1,13 (0,8-1,5)	1,10 (0,9-1,3)	1,29 (0,8-2,1)	1,14 (0,9-1,4)
<b>Come vendo TV ou estudando</b>				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,34 (1,0-1,8) <sup>c</sup>	1,40 (1,2-1,7) <sup>c</sup>	1,41 (0,8-2,3)	1,28 (1,0-1,6) <sup>c</sup>
<b>Uso e dependência de smartphones</b>				
Usuários não problemáticos	1,00	1,00	1,00	1,00
Usuários problemáticos	1,29 (0,9-1,8)	1,62 (1,3-2,0) <sup>c</sup>	1,61 (0,9-2,7)	1,69 (1,3-2,1) <sup>c</sup>

Fonte: elaboração própria.

a) RP: Razão de Prevalências; e b) IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%, estimado por regressão de Poisson com ajuste para variância robusta. <sup>c</sup> p-valor < 0,05.

## Discussão

Os resultados deste estudo reforçam a importância de compreender a alimentação como um fenômeno multifatorial. O consumo excessivo de alimentos não saudáveis – refrigerantes, *fast food*, produtos industrializados e guloseimas – tem se tornado uma preocupação crescente em várias partes do mundo, especialmente entre adolescentes. Esse padrão alimentar está relacionado com diversos fatores, incluindo mudanças nos hábitos alimentares, influência da publicidade e disponibilidade e acessibilidade de produtos de baixo custo e alto teor calórico. Os adolescentes, devido ao processo de formação de identidade e à busca por aceitação social, são especialmente vulneráveis à influência da mídia e da cultura consumista,

o que favorece o consumo excessivo de alimentos de baixo valor nutricional<sup>17-19</sup>. Esse cenário contribui para o crescente aumento da obesidade infantil e adolescente, um problema de saúde pública global<sup>4,6</sup>.

Em seu estudo, Machado-Rodrigues et al.<sup>20</sup>, ao investigar a associação entre o consumo de Alimentos Ultraprocessados (AUP), fatores comportamentais e emocionais e o risco de sobrepeso entre adolescentes portugueses, enfatizaram uma relação positiva entre o consumo de AUP e o aumento do tempo sedentário, sobretudo, com assistir à TV, jogar videogames e usar *smartphones*, o que confirma a intrincada etiologia da obesidade pediátrica.

Esse perfil alimentar representa um desafio para a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas nesse ciclo de vida, ainda

mais quando se considera que, no Brasil, há políticas e programas que visam estimular escolhas alimentares adequadas no ambiente escolar e comunitário, no qual se destacam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>7,21,22</sup>. Percebe-se a necessidade do esforço intersetorial entre as esferas da saúde e da educação para a atuação efetiva desses programas, a fim de desenvolver práticas educativas, melhorar o ambiente alimentar escolar e fortalecer a autonomia dos adolescentes para escolhas mais saudáveis, de forma a reverter o padrão alimentar inadequado e promover hábitos saudáveis ao longo da vida<sup>21,23</sup>.

Nesse contexto, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), consolidado após a promulgação da Constituição Federal de 1988, constitui um avanço ao garantir o direito à alimentação escolar, considerando diretrizes nutricionais e diferenças socioculturais. O programa oferece diariamente refeições saudáveis a alunos da educação básica da rede pública, promovendo segurança alimentar e nutricional e assegurando, assim, o Direito Humano à Alimentação Adequada<sup>24</sup>. Entretanto, o ambiente obesogênico em que muitos adolescentes e suas famílias estão inseridos dificulta a adoção de hábitos alimentares saudáveis e seguros, podendo impactar seu crescimento e desenvolvimento, assim como influenciar o comportamento alimentar em fases posteriores da vida<sup>20,24</sup>.

A prevalência do consumo regular de alimentos ultraprocessados, como produtos salgados e guloseimas, foi maior entre adolescentes do sexo feminino. Em estudo realizado em Santo Antônio de Jesus, na Bahia, com 139 mulheres jovens, observou-se alta prevalência de alimentos ultraprocessados, refletindo as mudanças nos padrões alimentares brasileiros nos últimos 30 anos<sup>25</sup>. Da mesma forma, uma pesquisa feita em Teresina, Piauí, revelou maior consumo desses alimentos entre meninas<sup>26</sup>. Dados da PeNSE 2009 indicam que as meninas consomem guloseimas, biscoitos

e embutidos com maior frequência do que os meninos<sup>27</sup>.

Apesar da associação com o maior consumo de ultraprocessados, o sexo feminino apresentou menor ingestão regular de *fast food* em comparação com o sexo masculino. Isso pode ser explicado pelo fato de as mulheres desempenharem, em grande parte, o papel de promotoras da saúde no ambiente doméstico<sup>28</sup>, frequentemente responsáveis pelo preparo das refeições da família. Dessa forma, para conciliar as diversas atividades do dia a dia e economizar tempo, elas podem optar por alimentos ultraprocessados que exigem menos preparo. Já os homens, menos envolvidos no preparo das refeições caseiras, tendem a preferir a conveniência das refeições rápidas e prontas oferecidas pelas redes de *fast food*. No entanto, análises realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) indicam que as mulheres tendem a ser mais sensíveis a mudanças positivas na dieta, como maior consumo de frutas e vegetais, enquanto os homens são mais influenciados por fatores negativos<sup>29</sup>.

A maior prevalência de altos níveis de consumo de guloseimas foi observada entre adolescentes de 15 anos ou menos. Em um estudo realizado no município de Campinas, São Paulo, com 924 adolescentes, verificou-se que o consumo de açúcares adicionados foi significativamente menor entre os jovens de 15 a 19 anos. Esse fenômeno pode ser atribuído a mudanças comportamentais típicas da adolescência, como a crescente preocupação estética com o peso corporal e a prática de pular refeições<sup>30</sup>. Estudos realizados com adolescentes europeus indicaram que a ingestão total de açúcar representou 23,6% das calorias diárias totais, enquanto nos EUA, os açúcares adicionados corresponderam a aproximadamente 16% das calorias totais consumidas por crianças e adolescentes<sup>31,32</sup>. Dados da PeNSE, nas edições de 2012 e 2015, evidenciaram alta prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados entre adolescentes, sendo que cerca de 75% relataram ingestão frequente desses produtos<sup>33</sup>. No entanto, embora alguns

estudos regionais indiquem consumo ligeiramente maior de bebidas açucaradas entre meninos, o relatório nacional da PeNSE 2019 não identificou diferenças estatisticamente significativas entre sexos quanto ao consumo de guloseimas<sup>34,35</sup>.

Com relação à etnia, adolescentes de pele branca apresentaram o menor consumo de refrigerantes, mas a maior ingestão de alimentos industrializados ultraprocessados salgados. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018 revelaram que indivíduos de pele branca consumiram mais alimentos ultraprocessados (20,1%) do que aqueles de pele negra (16,6%)<sup>36</sup>, o que pode ser explicado por fatores culturais e socioeconômicos que influenciam os padrões alimentares. Encontraram-se diferenças na participação de alimentos *in natura* e minimamente processados e alimentos ultraprocessados na dieta da população brasileira, que se associam à posição socioeconômica dos indivíduos na sociedade, sendo, de maneira geral, desfavorável para pretos, pardos e indígenas. Nos EUA, entretanto, estudos mostraram um aumento no consumo de ultraprocessados entre jovens negros não hispânicos, contrastando com os jovens brancos não hispânicos<sup>37</sup>, contudo, o estudo não separa os dados por faixa etária dos participantes. A literatura europeia sobre diferenças étnicas no consumo de bebidas açucaradas entre adolescentes é limitada e apresenta resultados heterogêneos. Estudo prévio mostra variações entre grupos étnicos nos determinantes do consumo (como práticas parentais e disponibilidade), mas não evidencia diferença sistemática entre adolescentes brancos e não brancos quanto à frequência de ingestão de refrigerantes<sup>38</sup>.

A renda familiar tem se mostrado positivamente associada ao consumo de refrigerantes e guloseimas, visto que houve um aumento do consumo desses alimentos ultraprocessados conforme cresceu a renda e escolaridade dos indivíduos. Analisando os dados das POF de 2008-2009 e 2017-2018 no Brasil, foi constatado que a ingestão de alimentos

ultraprocessados tende a ser maior entre aqueles com maior poder aquisitivo e nível de educação<sup>39</sup>. Em 2017-2018, os alimentos ultraprocessados representaram cerca de 20% da ingestão total de energia. Apesar de seu consumo ser significativamente maior entre indivíduos de maior renda e escolaridade, a análise temporal da POF indica uma tendência de padronização nacional em patamares elevados, o que implica aumento dos riscos à saúde da população. Esse fenômeno pode ser explicado pela redução dos preços relativos desses produtos, pela ampliação de sua disponibilidade no mercado e pela presença crescente da indústria alimentícia em todo o País<sup>39</sup>.

A partir dos anos 2000, os preços dos alimentos ultraprocessados passaram por uma redução contínua, tornando-se mais acessíveis para uma parcela da população<sup>40</sup>. Ainda assim, esses alimentos ainda não estão ao alcance de todos. No Brasil, famílias de baixa renda enfrentam barreiras financeiras para adquirir esses produtos, preferindo consumir alimentos mais baratos, como cereais, tubérculos e raízes, que ainda são as principais fontes de energia para essas populações<sup>41</sup>.

Esse padrão de consumo também é observado em outros países. No México, por exemplo, estudos demonstraram que altos níveis de escolaridade e de renda estão diretamente associados ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados. Isso reforça a ideia de que a disponibilidade financeira e o acesso a alimentos industrializados são fatores determinantes no padrão alimentar das populações, refletindo desigualdades socioeconômicas que impactam diretamente a alimentação<sup>42</sup>.

A ausência do café da manhã foi associada a maior consumo de refrigerantes e *fast food* por adolescentes, destacando seu papel na promoção de hábitos alimentares equilibrados<sup>43</sup>. A ingestão regular de café da manhã está relacionada com diversos benefícios à saúde, como menor gordura corporal e melhores parâmetros cardiovasculares<sup>44</sup>. Em um estudo

com 1.232 adolescentes de escolas estaduais em Curitiba, observou-se que a prática regular do café da manhã estava ligada à redução do consumo de macarrão instantâneo e refrigerantes. Além disso, esses jovens apresentaram rotinas mais saudáveis de sono e alimentação<sup>45</sup>. Investigações realizadas na Grécia e na Espanha corroboram esses achados, mostrando que a regularidade do café da manhã está inversamente relacionada com a adiposidade corporal entre crianças e adolescentes<sup>46,47</sup>.

O consumo de refeições em frente a telas, especialmente à TV, ou durante sessões de estudo foi compatível com o maior consumo de refrigerantes, alimentos industrializados ultraprocessados salgados e guloseimas. Em conformidade com esses achados, um estudo com escolares de 8 a 12 anos de escolas públicas brasileiras demonstrou que esse hábito está associado ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, excesso de peso e diminuição da percepção de saciedade. Esse comportamento é explicado pela conveniência na escolha de alimentos fáceis de preparar, que frequentemente são pobres em nutrientes e ricos em calorias vazias<sup>48</sup>.

Maiores horas semanais de exposição à TV foram correlatas a maior consumo de doces e bebidas açucaradas entre adolescentes. Entre adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição em São Luís, Maranhão, verificou-se que o hábito de comer em frente à TV é um fator de risco significativo para o consumo de guloseimas<sup>49</sup>. Além disso, uma pesquisa realizada com 815 adolescentes de escolas públicas em Piracicaba, São Paulo, igualmente revelou que o tempo excessivo assistindo à televisão está relacionado com maior consumo de doces, açúcares e refrigerantes<sup>50</sup>. Uma possível explicação para essa associação pode estar ligada ao estilo parental. Os pais com menor eficácia no controle de tela de seus filhos também podem apresentar limitações em gerenciar outros comportamentos familiares, tais como o dietético<sup>51</sup>. Além disso, os anúncios de alimentos ultraprocessados podem ter impacto negativo nas escolhas alimentares desse público, já que

propagandas influenciam adolescentes a consumir alimentos mais calóricos<sup>52,53</sup>.

Este trabalho identificou relação positiva entre a dependência do uso de *smartphones* e o consumo elevado de alimentos industrializados ultraprocessados salgados e guloseimas. Resultado semelhante foi encontrado em estudo anterior com adolescentes coreanos entre 12 e 18 anos, no qual o vício em *smartphones* esteve associado a padrões alimentares não saudáveis<sup>54</sup>. Outro estudo apontou que o tempo de exposição a telas é inversamente proporcional ao consumo de vegetais e frutas, embora se relacione diretamente ao consumo de ultraprocessados, tais como doces e *fast food*. Os adolescentes tendem a comer enquanto estão conectados aos seus *smartphones*, resultando em desatenção e em mudanças nos hábitos alimentares. Há que se considerar também que, devido às características típicas dessa fase do desenvolvimento, podem ser mais vulneráveis às estratégias persuasivas de *marketing* e publicidade que a indústria alimentícia utiliza nas plataformas digitais. Nesse público, há maior risco de alimentação desbalanceada, de dependência alimentar, de pular refeições e de baixa ingestão de alimentos saudáveis. Por conseguinte, o desenvolvimento de desfechos negativos, como obesidade, distúrbios do sono e diminuição dos parâmetros saudáveis desses adolescentes, é favorecido<sup>55</sup>.

Os achados evidenciam a importância de atividades de promoção da alimentação saudável, associadas à educação nutricional, por meio de intervenções interdisciplinares, promovendo um ambiente acolhedor e de confiança e um acompanhamento regular do adolescente. É essencial o envolvimento tanto de profissionais de saúde como pais, professores e gestores públicos, a fim de otimizar intervenções e elaborar programas voltados às necessidades identificadas e com metas realistas, com maior empoderamento e engajamento dos adolescentes no autocuidado.

Estratégias de educação em saúde voltadas ao desenvolvimento de competências

socioemocionais são fundamentais para a prevenção de comportamentos de risco, incluindo aqueles relacionados com a alimentação inadequada. O fortalecimento de habilidades como regulação emocional, motivação intrínseca para escolhas alimentares saudáveis e autoconfiança para resistir à pressão social e aos estímulos do *marketing* alimentar mostra-se essencial.

Embora os dados apresentados forneçam *insights* importantes sobre o consumo de alimentos não saudáveis entre adolescentes, é importante destacar que este estudo possui algumas limitações. Inicialmente, os dados coletados dependem de autorrelatos, o que pode introduzir viés de memória ou de social desejabilidade. Além disso, as variáveis analisadas não abrangem todas as possíveis influências externas, como fatores familiares e sociais, que podem impactar os hábitos alimentares de forma significativa. Estudos futuros poderiam considerar uma abordagem mais abrangente, com amostras mais diversas e metodologias longitudinais, para explorar as mudanças no consumo alimentar ao longo do tempo.

## Conclusões

O consumo excessivo de alimentos não saudáveis entre adolescentes é um fenômeno multifacetado, influenciado por fatores individuais, sociais, econômicos e culturais. O aumento da prevalência de doenças associadas a esses padrões alimentares destaca a importância de estratégias de prevenção, incluindo a educação nutricional, a regulação da publicidade de alimentos e a promoção de ambientes mais saudáveis nas escolas e comunidades, conforme preconiza a Política Nacional Intersetorial de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISA). Políticas públicas que visem melhorar o acesso a alimentos saudáveis e reduzir as desigualdades socioeconômicas são fundamentais para enfrentar esse problema de saúde pública. O monitoramento contínuo e

a investigação de novos fatores de risco, como o uso de dispositivos móveis e o consumo de mídias digitais, são essenciais para uma compreensão mais ampla dos hábitos alimentares dos adolescentes e para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Ao revelar essas relações, o estudo oferece subsídios para a formulação de diretrizes e estratégias intersetoriais que integrem as áreas da saúde, educação e assistência social. Tais achados podem contribuir para o aprimoramento da PNAISA e para o desenvolvimento de ações específicas de promoção da alimentação saudável nessa faixa etária, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Com base nas reflexões deste estudo, recomenda-se o fortalecimento de ações intersetoriais voltadas à promoção da alimentação saudável entre adolescentes. Sugere-se, ainda, a ampliação das atividades de educação alimentar e nutricional para a comunidade escolar – adolescentes, professores e famílias. É importante haver integração entre as equipes de saúde e as escolas, com ações contínuas de monitoramento nutricional, orientação alimentar e identificação precoce de comportamentos de risco. Propõem-se o planejamento e a avaliação de políticas públicas, estimulando iniciativas que reduzam a disponibilidade e o consumo de alimentos ultraprocessados, favoreçam ambientes alimentares saudáveis e promovam o acesso sustentável. Recomenda-se integrar à educação alimentar ações voltadas à literacia digital e midiática, promovendo o uso crítico das redes sociais e o reconhecimento das estratégias de *marketing* de alimentos não saudáveis dirigidas a adolescentes.

## Agradecimentos

As autoras agradecem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Unimontes.

## Contribuições de autoria

Pinho L (0000-0002-2947-5806)\* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Dias MCAO (0009-0003-2283-5754)\* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, discussão e elaboração de versões preliminares. Carneiro LC (0009-0006-4583-3921)\* contribuiu para redação e revisão crítica do manuscrito. Brito MFSF (0000-0001-5395-9491)\* contribuiu

para concepção do projeto de pesquisa, interpretação dos dados e revisão crítica para conteúdo intelectual. Figueiredo RC (0009-0000-4489-4649)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Silva NSS (0000-0002-8420-0821)\* contribuiu para concepção do projeto de pesquisa, interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Silva RRV (0000-0003-3329-8133)\* contribuiu para concepção do projeto de pesquisa, interpretação dos dados e revisão crítica para conteúdo intelectual. ■

---

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde (BR). Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS/MS; 2017.
2. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saúde*. 2005;2(2):6-7.
3. Dourado JVL, Arruda LP, Júnior ARF, et al. Adolescência: definições, critérios e indicadores. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14:e245827. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245827>
4. Rodrigues EF, Gomes GC, Lourenção LG, et al. Influence of life habits and behaviors on the health of adolescents. *Aquichan*. 2020;20(4):e2047. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.4.7>
5. Carmo AS, Serenini M, Pires ACL, et al. Promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa Saúde na Escola: implementação e contribuição do Programa Crescer Saudável. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 3 nov):129-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E309>
6. Quadra MR, Schäfer AA, Cascaes FBS, et al. Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e a composição corporal de adolescentes. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2022;46(3):70-84. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3301>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
8. Costa CDS, Wendt A, Machado AKF, et al. Ultra-processed food consumption is related to screen time among Brazilian adolescents, adults and older adults. *Br J Nutr*. 2025;133(1):118-25. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0007114524002848>
9. Kim KM, Lee I, Kim JW, et al. Dietary patterns and smartphone use in adolescents in Korea: a nationally representative cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2021;30(1):163-73. DOI: [https://doi.org/10.6133/apjcn.202103\\_30\(1\).0019](https://doi.org/10.6133/apjcn.202103_30(1).0019)
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr.* 2018;21(1):5-17. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1368980017000234>
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2022 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: <https://abep.org/criterio-brasil/>
13. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2012;6(2):5-18. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
14. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>
15. Khoury JM. Tradução, adaptação cultural e validação de uma versão brasileira do questionário Smartphone Addiction Inventory (SPAI) para o rastreamento de dependência de smartphone [dissertação na internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016 [acesso em 2025 fev 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AK4MLE>
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62
17. Li M, Shi Z. Ultra-processed food consumption and obesity among children and adolescents in China—Findings from China Health and Nutrition Survey. *Pediatric Obesity.* 2025;20(7):e70012. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijpo.70012>
18. Kamanga P, Zhang B, Kaphera S, et al. Association between ultra-processed food consumption, socio-demographic characteristics, malnutrition and obesity among urban school-aged children in Lilongwe, Malawi: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2024;14:e084120. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084120>
19. Fedde S, Stolte A, Plachta-Danielzik S, et al. Ultra-processed food consumption and overweight in children, adolescents and young adults: Long-term data from the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Pediatr Obes.* 2025;20:e13192. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijpo.13192>
20. Machado-Rodrigues AM, Padez C, Rodrigues D, et al. Ultra-Processed Food Consumption and Its Association with Risk of Obesity, Sedentary Behaviors, and Well-Being in Adolescents. *Nutrients.* 2024;16(22):3827. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16223827>
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª ed. 1ª reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 84 p.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. 1ª reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.
23. Ministério da Saúde (BR); Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. 201 p.
24. Tribunal de Contas da União (BR); Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Cartilha para Conselheiros do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). 2ª ed. Brasília, DF: TCU; 2025. 98 p.
25. Santos GNO, Anunciação TA, Campos RO, et al. Os determinantes do consumo de ultraprocessados: uma vertente no público feminino. *Saúde.com.* 2024;20(3):3315-26. DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v20i3.13432>

26. Nascimento LM, Monteiro NVN, Vilar TM, et al. The influence of ultra-processed food consumption in anthropometric and atherogenic indices of adolescents. *Rev Nutr.* 2021 [acesso em 2025 jan 29];34:e200036. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200036>
27. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(Supl 2):3085-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800013>
28. Silva GBL, Recine E. Implicações das relações de gênero nos ambientes alimentares domésticos saudáveis. *DEMETRA.* 2023;18:e65199. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2023.65199>
29. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, et al. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med.* 2011;364(25):2392-404. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1014296>
30. Braz M, Assumpção D, Barros MBA, et al. Consumo de açúcares de adição por adolescentes em estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(9):3237-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.24692017>
31. Mesana MI, Hilbig A, Androutsos O, et al. Dietary sources of sugars in adolescents' diet: the HELENA study. *Eur J Nutr.* 2018;57(2):629-41. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00394-016-1349-z>
32. Ervin RB, Kit BK, Carroll MD, et al. Consumption of added sugar among U.S. children and adolescents, 2005-2008. *NCHS Data Brief.* 2012;(87):1-8.
33. Figueiredo LFR, Jaime PC, Monteiro CA, et al. Fatores associados ao consumo de alimentos ultraprocessados em adolescentes brasileiros: PeNSE 2012 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190094.
34. Silva NSS, Neves LF, Pereira MM. Relação entre ganho de peso e consumo de refrigerantes em adolescentes brasileiros do ensino médio. *ALAN.* 2020;70(4):269-77. DOI: <https://doi.org/10.37527/2020.70.4.003>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PeNSE 2019: indicadores sobre alimentação e saúde dos adolescentes. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
36. Costa JC, Jesus ACS, Jesus JGL, et al. Differences in food consumption of the Brazilian population by race/skin color in 2017-2018. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:4. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004000>
37. Wang L, Martínez Steele E, Du M, et al. Trends in consumption of ultraprocessed foods among US youths aged 2-19 years, 1999-2018. *JAMA.* 2021;326(6):519-30. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.10238>
38. Van de Gaar VM, Jansen W, Dorsselaer SA, et al. Children's sugar-sweetened beverages consumption: associations with family and home-related factors, differences within ethnic groups explored. *BMC Public Health.* 2017;17(1):195. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4095-0>
39. Louzada MLC, Cruz GL, Silva KAN, et al. Consumption of ultra-processed foods in Brazil: distribution and temporal evolution 2008-2018. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004744>
40. Maia EG, Passos CM, Levy RB, et al. What to expect from the price of healthy and unhealthy foods over time? The case from Brazil. *Public Health Nutr.* 2020;23(4):579-88. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1368980019003586>
41. Borges CA, Claro RM, Martins APB, et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública.* 2015;31(1):137-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114>
42. Marrón-Ponce JA, Sánchez-Pimienta TG, Louzada MLC, et al. Energy contribution of NOVA food groups and sociodemographic determinants of ultra-processed food consumption in the Mexican population.

- Public Health Nutr. 2018;21(1):87-93. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980017002129>
43. Mescoloto SB, Pongiluppi G, Domene SMÁ. Ultra-processed food consumption and children and adolescents' health. *J Pediatr (Rio J)*. 2024;100(Supl 1):S18-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.09.006>
  44. Vale D, Andrade MEC, Dantas NM, et al. Social determinants of obesity and stunting among Brazilian adolescents: a multilevel analysis. *Nutrients*. 2022;14(11):2334. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14112334>
  45. Simões AM, Machado CO, Höfelmann DA. Associação do consumo regular de café da manhã e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. *Ciência saúde coletiva*. 2021;26(6):2243-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.15042019>
  46. Kapantais E, Chala E, Kaklamanou D. Breakfast skipping and its relation to BMI and health-compromising behaviours among Greek adolescents. *Public Health Nutr*. 2011;14(1):101-8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980010000765>
  47. Amigo-Vázquez I, Busto-Zapico R, Errasti-Pérez JM, et al. Skipping breakfast, sedentarism and overweight in children. *Psychol Health Med*. 2016;21(7):819-26. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1131999>
  48. Lacerda AT, Carmo AS, Sousa TM, et al. Participation of ultra-processed foods in Brazilian school children's diet and associated factors. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2019034. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019034>
  49. Brito AP, Rêgo AS, Sousa RPPD, et al. Fatores associados ao consumo de guloseimas entre adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição. *R Bras Ci Saúde*. 2020;24(4):669-78. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n4.51785>
  50. Enes CC, Lucchini BG. Tempo excessivo diante da televisão e sua influência sobre o consumo alimentar de adolescentes. *Rev Nutr*. 2016;29(3):391-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000300009>
  51. Jensen ML, Dillman Carpentier FR, Corvalán C, et al. Television viewing and using screens while eating: associations with dietary intake in children and adolescents. *Appetite*. 2022;168:105670. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105670>
  52. Xian J, Ren T, Kuang M. Influence of eating while watching TV on food preference and overweight/obesity among adolescents in China: a longitudinal study. *Front Public Health*. 2024;12:1423383. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423383>
  53. Bejarano CM, Carlson JA, Conway TL, et al. Physical activity, sedentary time, and diet as mediators of the association between TV time and BMI in youth. *Am J Health Promot*. 2021;35(5):613-23. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890117120984943>
  54. Ryu S, Jang H, Oh H. Smartphone usage patterns and dietary risk factors in adolescents. *J Nutr*. 2022;152(9):2109-16. DOI: <https://doi.org/10.1093/jn/nxac098>
  55. Tambalis KD, Panagiotakos DB, Psarra G, et al. Screen time and its effect on dietary habits and lifestyle among schoolchildren. *Cent Eur J Public Health*. 2020;28(4):260-6. DOI: <https://doi.org/10.21101/cejph.a6097>

---

Recebido em 11/03/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Fapemig APQ - 00711-22, Demanda Universal

**Editor responsável:** Raphael Mendonça Guimaraes, 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/8356846640489575>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>, e-mail: [raphael.guimaraes@fiocruz.br](mailto:raphael.guimaraes@fiocruz.br)



## Entre políticas e realidades: o uso de cigarros eletrônicos e outras drogas entre adolescentes

*Between policies and realities: The use of electronic cigarettes and other drugs among adolescents*

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior<sup>1</sup>, Ana Vilma de Moura Paiva<sup>2</sup>, Janiele Gomes Dantas<sup>2</sup>, Juvêncio César Lima de Assis<sup>2</sup>, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas<sup>2</sup>, Maria Valéria Chaves de Lima<sup>2</sup>, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110353P

**RESUMO** Objetivou-se analisar os conhecimentos e as atitudes de adolescentes acerca do uso de cigarros eletrônicos e outras drogas. Pesquisa quantitativa, realizada em duas escolas públicas de ensino médio localizadas no interior do Rio Grande do Norte no ano de 2024. Os participantes somam 119 adolescentes, a coleta de dados foi realizada mediante um questionário e a análise estatística, por meio do programa Stata versão 18.0. Os achados mostram unanimidade de conhecimento sobre o produto, aproximadamente 95% dos participantes afirmam que receberam informações negativas sobre o item, conhecem os malefícios, mas que isso não impede o uso. Ademais, os dados inferem que o cigarro eletrônico está fortemente atrelado à socialização, pois mais de 66% dos respondentes presenciaram amigos fazendo uso do entorpecente, o que acaba por transmitir a ideia de permissibilidade e normalização do uso. As atitudes de aproximação e o consumo de cigarros eletrônicos e outras drogas por adolescentes apontam para a necessidade de ações de educação em saúde que adentrem em outros espaços, a exemplo de escolas e ambientes de entretenimento voltados para os jovens. Logo, é necessário que as políticas sejam pensadas e dialoguem diretamente com os adolescentes, de modo que estes consigam assimilar melhor as informações.

**PALAVRAS-CHAVE** Estudantes. Saúde do adolescente. Vapor do cigarro eletrônico. Comportamento de procura de droga.

**ABSTRACT** *The study aimed to analyze adolescents' knowledge and attitudes regarding the use of electronic cigarettes and other drugs. This quantitative study was conducted with 119 adolescents enrolled in two public High Schools in rural Rio Grande do Norte in 2024. Data were collected through a questionnaire, and statistical analysis was performed using STATA software, version 18.0. Findings indicate unanimous knowledge about the product, as 95% of participants reported receiving negative information about electronic cigarettes, acknowledging their harms, and this awareness did not prevent their use. The data suggest that electronic cigarettes are strongly linked to socialization, as more than 66% of respondents witnessed friends using them, reinforcing a sense of permissibility and normalizing consumption. The attitudes of approach and the consumption of electronic cigarettes and other drugs by adolescents point to the need for health education actions that enter other spaces, such as schools and entertainment environments aimed at young people. Policies must be designed to engage directly with adolescents, ensuring they can better understand and internalize the information provided.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Mossoró (RN), Brasil.  
valerialima13@hotmail.com

**KEYWORDS** Students. Adolescent health. E-cigarette vapor. Drug-seeking behavior.



## Introdução

No cenário contemporâneo, a experimentação de drogas na adolescência pode desencadear a reemergência de problemas aparentemente superados. Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, entre 2017 e 2019, demonstrou que adolescentes que fazem uso de cigarro eletrônico apresentam maior probabilidade de consumir também maconha e álcool. Ao analisar o envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas, é perceptível um cenário que preocupa a saúde pública, o qual transcende o problema do tabagismo. As análises apontam que o consumo de bebida alcoólica e de drogas ilícitas, como a maconha, é expressivo entre os escolares<sup>1</sup>.

O tabagismo, embora tenha apresentado uma redução no número de praticantes, permanece uma preocupação de saúde pública, em parte, devido às persistentes investidas da indústria tabagista. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), fumar se caracteriza como uma enfermidade crônica, decorrente da dependência causada pela nicotina presente em derivados do tabaco<sup>2</sup>.

Os aparelhos eletrônicos que liberam nicotina, popularmente chamados de cigarros eletrônicos, foram lançados visando reduzir os danos dos cigarros comuns e atuar como apoio no tratamento do tabagismo, pois permitem diminuir gradualmente a nicotina até a sua eliminação<sup>3</sup>. O mercado de dispositivos oferece uma ampla variedade de produtos, como *vapers*, *Pods*, *e-cigarettes*, entre outros tipos que variam de acordo com detalhes, a exemplo da quantidade de tragadas.

Nessa perspectiva, uma preocupação que merece atenção sobre os dispositivos eletrônicos é o fato de terem se tornado atração para os adolescentes. Dado esse fato, o Brasil tem estabelecido leis, ações e políticas públicas direcionadas às crianças e aos adolescentes, enfaticamente na área de saúde mental, visando a um processo de desenvolvimento saudável nessa etapa da vida<sup>4</sup>.

No Brasil, a mais recente Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi estabelecida por meio do Decreto nº 9.761/2019<sup>5</sup>. Apesar de seus retrocessos, vale ressaltar a relevância do desenvolvimento de estratégias antidrogas para o público mais jovem, tendo em vista que os impactos nocivos do consumo nessa faixa etária são mais intensos quando em comparação aos grupos mais velhos. Isso porque a adolescência naturalmente se configura como uma fase crítica e vulnerável para o início do uso de drogas<sup>6</sup>.

No que tange à questão das drogas entre o público adolescente, o Relatório Mundial sobre Drogas do ano de 2021, produzido pelo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), aponta que, entre as pessoas com idade de 15 a 64 anos, os níveis mais altos de uso de drogas são observados entre o público de 18 a 25 anos. Portanto, adolescentes e jovens são a maioria da população que consome drogas<sup>7</sup>.

Sobre os cigarros eletrônicos, no Brasil, a venda, a importação e a publicidade de quaisquer Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF) estão proibidas desde 2009. Em sua atualização mais recente, a regulamentação desses produtos manteve a restrição – decisão fundamentada em ampla análise de seus riscos e efeitos à saúde pública. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 855/2024, além de vedar a comercialização, a importação, o armazenamento, o transporte e a divulgação dos DEF, reafirma a proibição de seu uso em ambientes coletivos fechados, sejam eles públicos ou privados<sup>8</sup>.

O aumento do tabagismo e de produtos com esse composto, bem como outras drogas na fase da adolescência, é um contexto que tem gerado preocupação, dado o fato do prejuízo que tais hábitos podem causar devido à introdução cada vez mais precoce em uma fase delicada da vida e que pode ser determinante para práticas na idade adulta. Portanto, é cada vez mais premente a necessidade de estudos que visem compreender esse fenômeno de uso e apoie as agendas e os compromissos internacionais e nacionais sobre essa problemática<sup>9</sup>.

Abordar essa temática também se mostra importante por estar alinhada a alguns dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), com previsão de serem atingidos até 2030. A temática tem estreita relação e contribuição com a saúde e o bem-estar, que objetivam assegurar uma vida saudável e promover qualidade de vida para todos em todas as idades, cujas metas abrangem prevenir o uso e o abuso de drogas entorpecentes e do álcool, além de fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países<sup>10</sup>.

Diante do contexto, o estudo objetiva analisar os conhecimentos e as atitudes de adolescentes acerca do uso de cigarros eletrônicos e outras drogas, com discussão à luz das políticas públicas, metas e contextos sociais.

## Material e métodos

Estudo quantitativo, realizado entre junho e dezembro de 2024, em escolas públicas que ofertam ensino médio, em município do interior do Rio Grande do Norte. Para a amostra da pesquisa, foi utilizado o cálculo de populações finitas. A população era de 550 adolescentes, de forma que, considerando um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra estimada foi de 171 adolescentes, com o quantitativo exato de 119 adolescentes na faixa etária de 14 a 17 anos. A amostragem foi por conveniência, com a captação dos participantes em um local definido: as escolas, ambiente em que se encontrava o público-alvo da pesquisa.

Como critérios de inclusão para a amostra, elegeram-se adolescentes na faixa etária de 14 a 17 anos regularmente matriculados no ensino médio das escolas selecionadas. Por conseguinte, como critérios de exclusão da amostra, optou-se por adolescentes que possuam comprometimentos cognitivos, que os impossibilitem de responder à entrevista; e alunos que faltem às atividades no período de coleta de dados.

A coleta de dados se deu por meio de formulários nos modos *online* e impresso, com o *link* enviado para o *e-mail* dos participantes. As perguntas se direcionavam à primeira experiência com cigarros eletrônicos, à frequência do consumo, à conscientização a respeito dos danos causados, se houve influência de outra pessoa, se já experimentou outros tipos de cigarros e, ainda, se acredita que o uso do cigarro eletrônico pode ter influenciado essa procura.

Para análise estatística, foi empregado o programa Stata (StataCorp. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC.) versão 18.0, dos quais os dados foram expressos em valores de frequência simples e de porcentagem. Nesse sentido, a associação das diferentes variáveis estudadas, diante do uso de cigarros eletrônicos, foi verificada por meio do Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%, com significâncias obtidas por intermédio do teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Este último, contudo, foi utilizado quando as frequências esperadas foram inferiores a 5. Logo, um modelo de regressão logística foi criado para verificar a influência mútua das variáveis. Inicialmente, participaram do modelo logístico as variáveis estatisticamente associadas ao desfecho na análise univariada, permanecendo no modelo final somente aquelas com valor de  $p < 0,05$ . O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar a adequação do modelo logístico, e o nível de significância estabelecido foi de 5%.

O presente estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas e científicas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>11</sup> e suas complementares, que orienta e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Por se tratar de adolescentes, para a coleta de dados, os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação dos jovens na pesquisa. Os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido,

concordando em participar. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sendo aprovada com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 77806724.6.0000.5294 e Parecer nº 6.734.351.

## Resultados

A *tabela 1* retrata a caracterização dos adolescentes participantes, as informações, as vivências e as atitudes em relação ao uso do cigarro eletrônico e outras drogas em Pau dos Ferros (RN), em 2024.

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes participantes, Pau do Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Variáveis	Freq.	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	68	57,14
Feminino	48	40,34
Não informado	3	2,52
Total	119	100,00
<b>Idade</b>		
15 anos	8	6,72
16 anos	56	47,06
17 anos	52	43,70
Não informado	3	2,52
Total	119	100,00
<b>Ano letivo</b>		
Primeiro	25	21,01
Segundo	91	76,47
Terceiro	3	2,52
Total	119	100,00
<b>Sabe diferenciar drogas ilícitas e lícitas</b>		
Sim	85	71,43
Não	34	28,57
Total	119	100,00
<b>Ouviu falar de cigarro eletrônico</b>		
Sim	119	100,00
Não	0	0,00
Total	119	100,00
<b>Experimentou drogas ilícitas</b>		
Sim	14	11,76
Não	103	86,55
Não informado	2	1,68
Total	119	100,00
<b>Recebeu informações negativas sobre cigarros eletrônicos</b>		
Sim	113	94,96
Não	6	5,04
Total	119	100,00

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes participantes, Pau do Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Variáveis	Freq.	%
<b>Presenciou uso de cigarro eletrônico entre seus amigos</b>		
Sim	79	66,39
Não	40	33,61
Total	119	100,00
<b>Recebeu orientação sobre cigarro eletrônico</b>		
Sim	46	38,66
Não	73	61,34
Total	119	100,00
<b>Cigarro eletrônico é mais danoso</b>		
Discordo totalmente	4	3,36
Discordo parcialmente	14	11,76
Indiferente	13	10,92
Concordo parcialmente	43	36,13
Concordo totalmente	45	37,82
Total	119	100,00
<b>Cigarro eletrônico possui menor potencial de dependência</b>		
Discordo totalmente	40	33,61
Discordo parcialmente	16	13,45
Indiferente	12	10,08
Concordo parcialmente	30	25,21
Concordo totalmente	19	15,97
Não informado	2	1,68
Total	119	100,00
<b>Usar cigarro eletrônico aumenta experimentação de outras substâncias</b>		
Discordo totalmente	6	5,04
Discordo parcialmente	8	6,72
Indiferente	9	7,56
Concordo parcialmente	40	33,61
Concordo totalmente	53	44,54
Não informado	3	2,52
Total	119	100,00
<b>Idade da experimentação</b>		
13 anos	4	3,36
14 anos	7	5,88
15 anos	21	17,65
16 anos	10	8,40
17 anos	2	1,68
Não experimentou	75	63,03
Total	119	100,00
<b>*Primeira experiência estava associada ao álcool</b>		
Sim	10	22,70
Não	34	77,30
Total	44	100,00

Tabela 1. Caracterização dos adolescentes participantes, Pau do Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Variáveis	Freq.	%
<b>*Onde teve acesso ao cigarro eletrônico</b>		
Amigos em festa	30	68,18
Amigos na escola	7	15,91
Loja física	2	4,55
Amigos em festa e em casa	2	4,55
Internet	1	2,27
Em casa	1	2,27
Não respondeu	1	2,27
Total	44	100,00
<b>*Freq. de uso de cigarro eletrônico</b>		
Apenas experimentei	27	61,36
Socialmente	15	34,09
Três vezes ao dia	1	2,27
Não respondeu	1	2,27
Total	44	100,00
<b>*Interesse em experimentar surgiu</b>		
Vi outros colegas	16	36,36
Atração pelo dispositivo	14	31,82
Amigos	11	25,00
Influenciador digital	1	2,27
Não respondeu	2	4,55
Total	44	100,00

Fonte: elaboração própria

\*Perguntas respondidas apenas pelos participantes que afirmaram já terem utilizado cigarro eletrônico (n = 44).

Observando os dados da *tabela 1*, é possível entender o perfil dos jovens, bem como seus comportamentos, relações e crenças quanto ao cigarro eletrônico e demais drogas. De início, constatou-se que a maior parte dos respondentes era de meninos com aproximadamente 16 anos e que estavam cursando o segundo ano do ensino médio. Embora tais informes sejam descritivos, é possível inferir que parte dos componentes dessa amostra já passou pelo processo inicial de ensino médio, que é marcado pela tentativa de adaptação e formulação de vínculos e hábitos, a qual pode ser conflituosa.

Fica evidente que os adolescentes participantes conhecem a conceituação de drogas

ilícitas e lícitas, logo, distinguem o que possui proibição e possivelmente os motivos para tal. Entretanto, ainda dentro desse círculo, aproximadamente 12% dos jovens relatam ter experimentado drogas ilícitas, levantando a pauta de o porquê experimentar, já que há conhecimento de seus prejuízos (*tabela 1*).

No caso do cigarro eletrônico, há unanimidade de conhecimento sobre o produto, o que não é surpreendente, haja vista a sua popularidade. Inclusive, a maior parte dos participantes afirma conhecer informações ruins sobre o item, mas não necessariamente os malefícios que impedem o uso, até porque os achados inferem que o cigarro eletrônico está fortemente atrelado à socialização, pois

mais de 66% dos respondentes viram amigos utilizando, o que acaba por transmitir a ideia de permissibilidade e normalização do uso. Outro fato interessante é que, embora as respostas apontem o conhecimento a respeito do cigarro eletrônico, 61,34% dos jovens dizem não ter recebido informações, o que leva à reflexão de onde estão vindo as informações obtidas e o questionamento acerca da fidedignidade delas: se são de profissionais, veículos informativos da saúde, educação e sociedade, bem como de pessoas que se preocupam com a pauta e com esses jovens (*tabela 1*).

Quanto às crenças a respeito do cigarro eletrônico, os achados divergiram entre os jovens, pois, quando se pensa em seu potencial de danos, apenas 74% acreditam que ele é mais danoso que outros tipos de droga, e as demais percepções oscilam, mostrando que os jovens conhecem, mas possuem dúvidas sobre esse produto. A afirmação se confirma novamente quando se questiona o potencial de dependência do cigarro eletrônico e se este é menor que as demais drogas. Quanto a esse resultado, há uma discrepância de 33,61% que discordam totalmente e de 15,97% que concordam totalmente. Tais achados apontam a imprescindibilidade de abrir espaços para falar sobre o produto em ambientes frequentados por jovens, como as escolas (*tabela 1*).

A maior parte dos participantes acredita que experimentar o cigarro eletrônico influencia, de alguma forma, a experimentação de outras substâncias. Outrora, mesmo havendo essa consciência, o uso ainda acontece e de modo precoce, como é confirmado nos achados: aproximadamente 72,72% dos respondentes que já experimentaram o cigarro eletrônico tiveram o primeiro contato com 15 anos ou menos. Em contrapartida, dados interessantes apontam que mais de 77% dos respondentes não experimentaram o cigarro em conjunto com o álcool, o que faz refletir acerca do contexto de experimentação: o ambiente? As companhias? Na ausência álcool, há outros tipos de drogas associados? Nesta pesquisa, os ambientes apontados são diversos, porém mais

de 72% dos respondentes afirmaram que eram em momentos festivos e coletivos, reiterando o ideal do cigarro eletrônico como eixo de socialização (*tabela 1*).

As afirmações anteriores também se relacionam com as respostas quanto ao surgimento da vontade de experimentar, mostrando que mais de 64% viram colegas ou amigos usando o produto, seguido pela atração do dispositivo, que, diferentemente dos antigos cigarros, é esteticamente mais moderno e bonito (*tabela 1*). Além disso, há, ainda, a influência cada vez maior da própria indústria digital, que favorece a apresentação do produto por famosos que, proporcionalmente, são seguidos pelos jovens nas plataformas digitais.

Por outro lado, os dados de uso são interessantes por evidenciarem que mais de 61% dos respondentes apenas experimentaram, apontando que, talvez, o comportamento seja também movido pela curiosidade de saber como é a prática. Sobre isso, 34,09% dos respondentes da pesquisa dizem que usam socialmente, contudo, a resposta não parece ser ampla e suficiente para explicar a prática: o socialmente seria apenas em eventos festivos? Semanalmente? Rotineiros? Entre as respostas, há também um número pequeno (2,27%) de sujeitos que usam diariamente ou pelo menos três vezes por semana. No entanto, esses jovens estão tendo algum tipo de acompanhamento por profissionais de saúde para avaliar como essa prática os tem afetado (*tabela 1*).

## Discussão

O uso do tabaco, de modo geral, tem sido alvo de diversas políticas no Brasil e no mundo, com enfoque na diminuição do consumo desse produto. No Brasil, há algum tempo, já há controle nas ações de *marketing*, proibição de propagandas e tributos mais caros para a venda de cigarros, visando torná-los menos acessíveis à população. Além disso, há uma produção de campanhas e ações vindas de órgãos públicos e sérios, como o Ministério da Saúde, visando

ao esclarecimento dos malefícios do produto à população<sup>12</sup>.

No contexto do controle do tabagismo, é relevante mencionar a adesão à Convenção-Quadro, em 2006, e a promulgação da lei de 2014, que regulamentou a proibição da publicidade e da comercialização de tabaco para menores de idade. Ademais, foram alinhadas ações pelas governanças para as metas de ODS para o ano de 2030. No entanto, vale salientar que os períodos de crise política e econômica influenciam diretamente as questões de saúde da população e em seus estilos de vida, assim como o posicionamento do governo vigente à regulação do tabaco. Logo, com o tempo, há oscilações nesse processo, no sentido de que houve e há momentos na história em que a fiscalização desses produtos enfraqueceu e aumentou o comércio ilegal desses compostos<sup>13</sup>.

Com efeito, ainda que essas propostas tenham sido úteis e reduzido pelo menos 45% a produção de cigarros em território brasileiro, o mercado tem se adaptado, criando produtos e atingindo outros grupos, como é o caso dos jovens. Atualmente, há uma forte pressão industrial para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regule os dispositivos eletrônicos para fumos também chamados de *vape*, *e-cigars*, e-cigarro ou cigarros eletrônicos<sup>12</sup>.

Desse modo, a mídia tem tentado apresentar o cigarro eletrônico ao público com um ideário de ser menos prejudicial que o cigarro tradicional. A propaganda parte da tese de que o aparelho não realiza combustão (reação química que libera calor) e, por isso, é menos comprometedor. No entanto, o aquecimento dos líquidos que possuem produtos como nicotina, THC, aromatizantes e outros compostos gera partículas com metais pesados, aldeídos nocivos e partículas orgânicas voláteis que agredem o corpo humano<sup>14</sup>.

O Acetato de vitamina E, por exemplo, comumente presente nos e-cigarros, tem alto potencial de toxicidade pulmonar. Essa substância visa intensificar a viscosidade dos líquidos, e o seu excesso no pulmão relaciona-se

com a pneumonia lipóide, ao passo que gera inflamações e hipoxia causada por problemas nas trocas gasosas. Ademais, é possível surgir problemas em longo prazo nos usuários, que é o caso do aparecimento de alguns tipos de bronquite, asma, entre outras doenças pulmonares, como a lesão pulmonar aguda, além de ser um fator de risco para o câncer. É imprescindível destacar que, por vezes, os usuários mais afetados pelas patologias advindas dos cigarros eletrônicos não apresentavam problemas respiratórios anteriormente. Tais achados inferem que se deve cada vez mais direcionar políticas e assistências sanitárias para esse produto em específico, de modo que seus malefícios sejam divulgados e o tornem menos atrativo e usual por jovens e adultos<sup>14</sup>.

A definição de drogas lícitas e ilícitas é relacionado às formas como estas podem ser adquiridas pelos usuários. São consideradas lícitas aquelas que podem ser vendidas e consumidas livremente em determinados ambientes, como é o caso do álcool e do cigarro, ou adquiridas mediante apresentação de receita médica, no caso dos remédios. As drogas lícitas nem sempre apresentam reações visíveis ao organismo, já as ilícitas estão mais relacionadas com as mudanças físicas e mentais por afetarem o sistema neurológico dos indivíduos e gerar impulsos agressivos. As drogas ilícitas têm seu uso reprimido e possuem diferentes tipos. A discussão da aproximação com drogas lícitas e ilícitas perpassa diversas camadas; é inferido que a família pode ser um fator de risco, tal como questões genéticas e ambientais. No entanto, é sabido que o contato com as drogas vulnerabiliza o jovem ao sexo desprotegido, às infecções sexualmente transmissíveis, à gravidez precoce e à violência urbana<sup>15</sup>.

Nesse íterim, é compreensível a importância da existência de políticas, como a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, para propiciar aos jovens uma adolescência mais tranquila e segura. No entanto, entre os anos de 2016 e 2021, essa política sofreu desmontes consideráveis devido ao fortalecimento

da privatização da saúde e da pandemia da covid-19. Durante o processo de desmonte, há destaque para a consolidação dos hospitais psiquiátricos e de instituições com vinculação religiosa, havendo uma lógica de remanicomialização, e a saúde vista como mercado<sup>16</sup>.

Os retrocessos na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas são preocupantes e afetam milhares de pessoas em diferentes faixas etárias. No entanto, quando se pensa nos jovens, as repercussões desses problemas podem ser maiores, pois a rede que acompanha esse público, por si só, já é fragilizada. A relação intersetorial entre a escola, que é um ambiente importante para a vivência adolescente, e os serviços de saúde é fragilizada, o que compromete a promoção à saúde e a prevenção ao uso de drogas. Essa fragilização faz com que os jovens fiquem suscetíveis a outros tipos de influência e informação<sup>17</sup>.

Sobre as políticas e os serviços de saúde, é notório que existem limitações nas ações para prevenção, cuidado e redução de danos. Dessa forma, na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para adolescentes em situação de vulnerabilidade, é essencial o alinhamento aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e às estratégias de Redução de Danos, considerando o contexto sociocultural do jovem e as complexidades inerentes ao uso ou à vulnerabilidade ao uso de cigarros eletrônicos e outras substâncias<sup>18</sup>.

Ao considerar as vivências e os ambientes, é cabível acentuar a pauta da influência, que sempre deve ser levada em consideração quando se pensa em jovens e no consumo de drogas, pois, diferentemente dos outros grupos sociais, a adolescência carrega a pressão de aceitação, socialização e o medo de estigmatização social. Logo, o adolescente pode se inserir em ambientes, contextos e ações sociais prejudiciais apenas pelo desejo de ser aceito, somado à falta de maturidade, além da busca de aliviar conflitos internos e externos da sua vida com as sensações advindas das drogas. No entanto, é notório que os adolescentes que

possuem algum tipo de crença social ou melhor compreensão de si mesmo lidam melhor com os conflitos e com a pressão social que influencia ao uso de drogas<sup>19</sup>.

No entanto, de modo geral, os estudos encontrados nesta pesquisa dialogam com os achados dos demais estudos. Isso porque a literatura científica alerta para um crescimento considerável do uso diário de cigarros eletrônicos e outras drogas, assim como de experimentações que caminham retilineamente à dependência de nicotina. O perfil de dependência do cigarro eletrônico e outros produtos, como narguilé, diferem do cigarro industrial tradicional por variar nas concentrações de nicotina, modelos e tipos, bem como pelo perfil de dependência. Enquanto a dependência de cigarros tradicionais geralmente é atrelada às pessoas de baixa escolarização e renda, os cigarros eletrônicos e narguilés estão mais associados a grupos com maior escolaridade e melhor poder aquisitivo<sup>20</sup>.

Como limitações, ressaltam-se as barreiras para falar com os participantes sobre o uso do cigarro eletrônico e outras drogas, de forma que a coleta de dados só se efetivou por meio de questionário, pois qualquer aproximação para entrevista ou conversa foi rejeitada pela maior parte dos adolescentes. Ademais, algumas questões não foram respondidas por todos os participantes.

## Conclusões

Com base nos resultados, pode-se refletir sobre a origem dessas informações, uma vez que mais da metade da amostra afirma não as receber. Os dados mostram que os adolescentes escolares participantes da pesquisa possuem conhecimento sobre os cigarros eletrônicos, inclusive informações mais precisas, como efeitos negativos, sabem que são mais danosos do que o cigarro comum e que aumentam o risco de experimentar outras drogas. Contudo, o fato de possuir essas informações não inibe as atitudes em relação ao uso, visto que alguns

já experimentaram drogas lícitas e ilícitas por meio de amigos e em festas.

As atitudes de aproximação e o consumo de cigarros eletrônicos e outras drogas por adolescentes apontam para a necessidade de ações de educação em saúde voltadas aos adolescentes escolares e de políticas e estratégias de combate ao uso dos cigarros eletrônicos. Portanto, há necessidade de adentrar outros espaços, como escolas e ambientes de entretenimento de jovens, assim como fortalecer parcerias entre eixos como saúde e educação. Logo, é necessário que as políticas sejam concebidas e dialoguem diretamente com os adolescentes, para que estes consigam assimilar melhor as informações sobre cigarros eletrônicos e outras drogas.

## Contribuições de autoria

Ferreira Júnior AR (0000-0002-9483-8060)\* contribuiu para redação e revisão crítica do manuscrito. Paiva AVM (0009-0006-8491-6500)\* e Dantas JG (0009-0007-5461-0460)\* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Assis JCL (0000-0003-1327-3385)\* contribuiu para aprovação final do manuscrito. Freitas RJM (0000-0002-5528-2995)\* e Oliveira KKD (0000-0001-7713-3264)\* contribuíram para a concepção e desenho do estudo. Lima MVC (0000-0002-9278-5612)\* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

## Referências

1. Kreski NT, Ankrum H, Cerdá M, et al. Nicotine vaping and co-occurring substance use among adolescents in the United States from 2017–2019. *Subst Use Misuse*. 2023;58(9):1075-79. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2188462>
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Prevalência do tabagismo [Internet]. Brasília, DF: Inca; 2022 [acesso em 2025 mar 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>
3. Barradas ASM, Soares TO, Marinho AB, et al. Os riscos do uso do cigarro eletrônico entre os jovens. *Glob Clin Res*. 2021;1(1):e8. DOI: <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210008>
4. Cubas JM, Bonamigo VG, Alvarenga R, et al. A infância e a adolescência na política de saúde mental: uma análise por meio dos conselheiros e conferências de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(5):e01452023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.01452023>
5. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 abr 11; Edição 70-A; Seção I:7-8.
6. Almeida TF, Leite IN. Abordagens docentes sobre as drogas no contexto do sistema socioeducativo: uma análise a respeito do Lar do Garoto. *Eccos Rev Cient*. 2023;66:e24154 DOI: <https://doi.org/10.5585/eccos.n66.24154>
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório mundial sobre drogas 2021: os efeitos da pandemia aumentam os riscos das drogas, enquanto os jovens subestimam os perigos da maconha [Internet]. Viena: UNODC; 2021 [acesso em 2025 mar 15]. Disponível em: [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc\\_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-dro](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-dro)

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

gas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Cigarro eletrônico [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; [data desconhecida] [acesso em 2023 mar 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/cigarro-eletronico>
9. Malta DC, Gomes CS, Alves FTA, et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220014.2>
10. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Nova York: ONU; 2015 [acesso em 2024 fev 7]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 set 2]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466/pdf/view>
12. Costa RCS, Pereira LS, Santos FA, et al. Risco reduzido: para quem? Desfazendo a cortina de fumaça do cigarro eletrônico. *NAU Soc.* 2022;13(25):1094-1111. DOI: <https://doi.org/10.9771/ns.v13i25.52115>
13. Malta DC, Souza JB, Morais EAH, et al. Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(9):e08252023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08252023>
14. Brito DG, Siqueira LF, Moreira GC, et al. Lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico (EVALD): características e repercussões. *Braz J Implant Health Sci.* 2024;6(10):4658-64. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p4658-4664>
15. Paiva EAF, Mafra SM, Silva RMF, et al. Das drogas lícitas às ilícitas: a educação infantil como potencial preventivo. *Rev Gestão Secretariado (GeSec).* 2024;15(2):e3511. DOI: <https://doi.org/10.7769/ge-sec.v15i2.3511>
16. Santos CM, Moraes CAS. Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. *Vértices.* 2022;24(3):919-31. DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v24n32022p919-931>
17. Garcia EL, Nunes MLT, Ferreira R, et al. Os “nós” da rede: a construção de ações intersetoriais na prevenção ao uso de drogas com jovens escolares. *Desidades.* 2021;(29):200-16. DOI: <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i29.43333>
18. Mancilha GB, Covic AN. Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde Debate.* 2024;48(140):e8516. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408516P>
19. Ferreira BVO, Frazão IS, Chaves LCMR, et al. Atitudes de adolescentes escolares sobre o consumo de álcool e outras drogas: estudo transversal. *Rev Baiana Enferm.* 2022;36:e44908. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44908>
20. Menezes AMB, Wehrmeister FC, Sardinha LMV, et al. Uso de cigarro eletrônico e narguilé no Brasil: um cenário novo e emergente. O estudo Covitel, 2022. *J Bras Pneumol.* 2023;49(1):e20220290. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220290>

Recebido em 19/03/2025

Aprovado em 31/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Thereza de Lamare Franco Netto, Pesquisadora autônoma - Belo Horizonte (MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0290655154042652>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6186-8311>, e-mail: [therezalfnetto@gmail.com](mailto:therezalfnetto@gmail.com)



## Fatores associados às lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes de Mato Grosso, Brasil

*Factors associated with intentionally self-inflicted injuries in adolescents from Mato Grosso, Brazil*

Ligia Regina Oliveira<sup>1</sup>, Leonardo José Araujo Campos<sup>1,2</sup>, Amanda Cristina de Souza Andrade<sup>1,3</sup>, Francine Nesello Melanda<sup>1</sup>, Marta Ester Conciani<sup>1,4</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110398P

**RESUMO** O objetivo foi investigar os padrões de agrupamentos de características sociodemográficas e os principais meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso. Estudo descritivo que analisou os casos de lesões autoprovocadas notificados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2020. A relação entre as variáveis estudadas foi avaliada pela análise de correspondência múltipla. Foram 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes, e os meios mais utilizados foram envenenamento (51,6%), objeto perfurocortante (28,4%) e enforcamento (9,8%). Observou-se distintos padrões: 1) sexo masculino, autolesão ocorrida em via pública, por meio de objetos perfurocortantes ou enforcamento; 2) adolescentes de 10 a 14 anos, raça/cor amarela, que frequentavam o ensino fundamental, autolesão ocorrida na escola; 3) adolescentes de 15 a 19 anos, sexo feminino, raça/cor parda/preta ou branca, ensino médio ou superior, casadas ou em união estável e com deficiência/transtorno, ocorrida na residência e envenenamento. A identificação de padrões entre o meio utilizado nas lesões autoprovocadas intencionalmente e as características dos adolescentes permite planejar ações mais efetivas para a prevenção desses eventos nesta população.

**PALAVRAS-CHAVE** Autolesão. Adolescente. Doenças e agravos de notificação compulsória. Análise multivariada.

**ABSTRACT** *The objective was to investigate the clustering patterns of sociodemographic characteristics and the main means used in intentional self-harm in adolescents living in Mato Grosso. A descriptive study that analyzed the cases of self-harm reported by the Violence and Accident Surveillance System, specifically its component on the surveillance of interpersonal and self-inflicted violence within the Notifiable Diseases Information System, from 2011 to 2020. The relationship between the studied variables was assessed by multiple correspondence analysis. There were 1,421 reports of self-harm in adolescents, and the most used means were poisoning (51.6%), sharp objects (28.4%), and hanging (9.8%). Distinct patterns were observed: 1) male gender, self-harm occurred in public spaces, by means of sharp objects or hanging; 2) adolescents aged 10 to 14, asian race/color, who attended elementary school, self-harm occurred at school; 3) adolescents aged 15 to 19, female, black/brown or white, with high school or higher education, married or in a stable union and with a disability/disorder, which occurred at home and poisoning. Identifying patterns between the means used in intentional self-harm and the characteristics of adolescents allows planning more effective actions to prevent these events in this population.*

**KEYWORDS** *Self-harm. Adolescent. Disease notification. Multivariate analysis.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Grupo de Pesquisa CNPq Violências, Acidentes e Saúde Coletiva (GPVASC) - Cuiabá (MT), Brasil.  
ligia.oliveira@ufmt.br

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - São José do Povo (MT), Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup> Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT), Escola de Saúde Pública (ESP) - Cuiabá (MT), Brasil.



## Introdução

Lesões autoprovocadas intencionalmente constituem um grande problema de saúde pública e são importantes preditores de suicídios, sendo esses responsáveis pela segunda causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos<sup>1</sup> e apresentando tendência crescente nos anos recentes<sup>2</sup>. As pesquisas sobre as lesões autoprovocadas intencionalmente estão aumentando e têm expressado a sua multicausalidade, identificando riscos, fatores de proteção e reconhecimento das diferenças culturais de diversas regiões<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define lesão autoprovocada intencionalmente como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser identificada como comportamento suicida, comportamento autolesivo, autolesão ou autoagressão, independentemente do grau de intenção letal<sup>3</sup>. Contudo, delimitar conceitualmente a lesão autoprovocada tem sido um desafio para os estudiosos e profissionais de saúde devido à vasta quantidade de comportamentos que infringem dano à própria pessoa, assim como, na maioria das vezes, de evidências se o ato teve intenção ou não de pôr fim à própria vida.

A adolescência é descrita como uma fase de transição entre a infância e a juventude, sujeita às expectativas culturais de cada sociedade. Entretanto, caracteriza-se por importantes mudanças fisiológicas e psicossociais, tem início na puberdade, decorrente de alterações hormonais, e seu encerramento ainda é objeto de intenso debate, dificultando o delineamento desse grupo populacional<sup>4-6</sup>. Essa transição é um período crítico para riscos e vulnerabilidades relacionados com a violência; todavia, esse fenômeno não é uma determinação da natureza, mas sim uma construção histórica e social, que tem como gênese a própria violência social e institucional<sup>7,8</sup>.

No Brasil, para além do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>9</sup>, publicado em 1990, objetivando a proteção integral à criança e ao adolescente e a garantia de seus direitos,

outros instrumentos legais e normativos mais recentes buscam atuar na redução e prevenção das violências nessa população, como o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes (2011-2021)<sup>10</sup> e o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente, entre outros<sup>11</sup>. Acrescenta-se a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) vítimas ou testemunhas de violência, que busca reduzir a revitimização dessa população ou a violência institucional praticada contra ela por meio da orientação e implementação da escuta especializada nos pontos de rede do SGDCA<sup>12</sup>.

No âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o direito à vida e à saúde dessa população por meio da atenção integral à saúde, que consiste, entre outras estratégias, em evitar situações de violação de direitos humanos, prevenir violências e promover atenção psicossocial de adolescentes<sup>13</sup>. Sob esse aspecto, vale destacar a recente instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), que preconiza a organização, implementação e qualificação da atenção à saúde de adolescentes e jovens, com enfoque na integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, garantindo o acesso à saúde, priorizando grupos vulneráveis e promovendo um cuidado humanizado e inclusivo<sup>14</sup>.

Particularmente, no que se refere às lesões autoprovocadas, em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio<sup>15</sup>, considerando, entre outros fatores: o aumento na frequência do comportamento suicida; o impacto e os danos causados pelas tentativas nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; a importância do registro e a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio<sup>15</sup>. Mais recentemente, foram instituídas a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde<sup>16</sup> e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do

Suicídio<sup>17</sup> como estratégias permanentes do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

Os dados epidemiológicos sobre lesões autoprovocadas intencionalmente apresentam divergências e variações na literatura, influenciadas pela metodologia de pesquisa e, principalmente, pela população estudada, em que diferentes culturas lidam com o mesmo fenômeno de maneiras distintas. No entanto, há consenso em afirmar que trata de um fenômeno em crescimento na contemporaneidade, principalmente entre os jovens e adolescentes<sup>18-20</sup>. Estudo recente mostra que a taxa de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no Brasil aumentou significativamente entre 2009 e 2016, passando de 2,1/100 mil para 25,7/100 mil adolescentes<sup>19</sup>.

Para além da prevalência do sexo feminino, reportada por vários autores<sup>18,21,22</sup>, aponta-se o envenenamento como o meio mais utilizado nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no Brasil, sendo o ato realizado no domicílio<sup>19,23,24</sup>, com crescimento observado na maioria das regiões brasileiras, destacando-se o sexo masculino na região Centro-Oeste (54,4%)<sup>19</sup>. Com relação à faixa etária, Luis et al.<sup>25</sup> encontraram maior prevalência de lesões autoprovocadas em adolescentes mais velhos (18 a 19 anos) quando comparados a adolescentes mais novos (10 a 12 anos), chegando a 4,03 vezes maior quando no sexo masculino. Já entre os adolescentes mais novos, a prática de lesões autoprovocadas por meio de objetos perfurocortantes é a mais frequente<sup>24,25</sup>.

A despeito da crescente frequência de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes no Brasil, nos últimos anos, ainda são escassas as investigações sobre o tema<sup>1,26</sup>. Isso também ocorre no estado de Mato Grosso<sup>27</sup> embora a literatura revele altas taxas de mortalidade por suicídio no estado<sup>28-30</sup>. Dados recentes do Ministério da Saúde mostram o crescimento de cerca de 148% nas notificações

de lesões autoprovocadas na população mato-grossense, entre 2018 e 2022, enquanto, para adolescentes, o crescimento foi de 184,1%<sup>31</sup>.

O ato de se ferir, ainda que sem evidência de intenção suicida, é um fenômeno típico da adolescência e tende a decrescer na vida adulta<sup>32</sup>. Entretanto, é imprescindível investigar os casos de lesões autoprovocadas nesse grupo etário, considerando que é um importante indicador de sofrimento, na medida em que o ato de se autolesionar pode se agravar devido à ideia de que tirar a própria vida pode trazer resolução a esse sofrimento e, posteriormente, o suicídio consumado<sup>33,34</sup>.

O monitoramento da ocorrência de lesões autoprovocadas possibilita a adoção de medidas de proteção às vítimas. Nesse contexto, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em seu componente Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva-Sinan), constitui relevante fonte de informação e tem sido uma ferramenta fundamental para o conhecimento e a visibilidade das violências, em particular das lesões autoprovocadas, contribuindo para subsidiar políticas públicas e desencadear estratégias de redução desses agravos<sup>35</sup>.

Diante da relevância de ampliar o conhecimento sobre o comportamento das lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes no estado de Mato Grosso e de promover ações para a prevenção desses agravos, o objetivo deste estudo foi investigar os padrões de agrupamentos de características sociodemográficas e os principais meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso.

## Material e métodos

Estudo com delineamento descritivo e exploratório que analisou os casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes (10 a 19 anos) residentes em Mato Grosso no período de 2011 a 2020. Esse

recorte temporal foi definido porque somente a partir de 2011 se deu a obrigatoriedade da notificação de violência autoprovocada por todas as unidades de saúde<sup>21</sup>. Destaca-se que, neste estudo, foram investigadas todas as notificações por lesões autoprovocadas intencionalmente, independentemente da intenção suicida ou não.

Utilizou-se de base de dados secundários, disponível no Viva, em seu componente Viva-Sinan, obtido em banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT). Os casos de lesões autoprovocadas intencionalmente são notificados mediante preenchimento da Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada<sup>36</sup>.

A princípio, o banco de dados contemplava 7.072 notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente (1.595) e de violências interpessoais (5.477). Após verificação de inconsistências, por meio da verificação de alguns campos da ficha de notificação, procedeu-se à exclusão dos casos de violências interpessoais e de sequelas registrados incorretamente como lesões autoprovocadas, resultando em 1.421 notificações de lesões autoprovocadas que foram analisadas neste estudo.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo (feminino; masculino); faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos); raça/cor da pele (branca; preta/parda; amarela; indígena); escolaridade (fundamental; médio; superior); situação conjugal (solteiro/separado; casado/união consensual); presença de deficiência ou transtorno (sim; não); local de ocorrência (residência; escola; via pública e outros). Os meios utilizados foram: enforcamento (sim; não); uso de objeto perfurocortante (sim; não); envenenamento (sim; não), pois configuraram os meios de maior frequência, representando 87,5% dos registros.

Foi realizado o cálculo de medidas de frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as proporções dos meios utilizados segundo as características sociodemográficas.

Para identificar os padrões de agrupamentos das variáveis sociodemográficas e meios utilizados, foi empregada a análise de correspondência múltipla. Essa técnica estatística possibilita verificar a correspondência entre as variáveis, assim como a visualização gráfica das variáveis mais importantes para o conjunto de variáveis<sup>37</sup>, além de ser útil para avaliação de variáveis categóricas de maneira rápida e confiável<sup>38</sup>.

Para a análise de correspondência, foram selecionadas as variáveis sociodemográficas que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,10 na análise bivariada com algum meio utilizado. Assim, as variáveis selecionadas foram dispostas em linhas e colunas em uma tabela de contingência, que indicaram a Matriz de Correspondência, a Matriz de Perfil de Linha e a Matriz de Perfil de Coluna. Após a identificação das matrizes, realizou-se a decomposição em valores singulares, identificados como coordenadas principais das colunas e das linhas, por meio da comparação do valor esperado com o observado, possibilitando a combinação das variáveis e suas respectivas associações. Após a obtenção das coordenadas principais, foi construído um gráfico de dispersão com as coordenadas, denominado de gráfico de correspondência<sup>38</sup>. A categoria indígena da variável raça/cor foi excluída dessa análise devido à baixa frequência ( $n = 23$ ; 1,7%) e por ter influenciado na importância das categorias na análise<sup>39</sup>, em razão das especificidades da população indígena<sup>16</sup>.

As análises foram realizadas no *software* Stata versão 16 e Excel® versão 2010. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa considerou as orientações preconizadas na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas envolvendo seres humanos<sup>40</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 45860621.6.0000.8124 e parecer de aprovação nº 4.858.500.

## Resultados

Entre os anos de 2011 e 2020, ocorreram 1.421 notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em Mato Grosso, sendo a maioria no sexo feminino (75%), na faixa etária de 15 a 19 anos (75,4%), de raça/cor

preta/parda (62,6%), entre solteiros (90,6%), com ensino médio (54,6%) e sem deficiência ou transtorno (69%). O local de ocorrência mais frequente foi a residência (88,8%). Com relação aos meios utilizados, 51,6% dos adolescentes utilizaram-se do envenenamento; 28,4%, do uso de objeto perfurocortante; e 9,8%, do enforcamento (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	<b>n = 1.421</b>
Feminino	1.066 (75,0)
Masculino	355 (25,0)
<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>n = 1.421</b>
15 a 19	1.072 (75,4)
10 a 14	349 (24,6)
<b>Raça/cor</b>	<b>n = 1.355</b>
Preta/parda	848 (62,6)
Branca	468 (34,5)
Indígena	23 (1,7)
Amarela	16 (1,2)
<b>Escolaridade</b>	<b>n = 1.125</b>
Fundamental	464 (41,2)
Médio	614 (54,6)
Superior	47 (4,2)
<b>Situação conjugal</b>	<b>n = 1.275</b>
Solteiro	1.155 (90,6)
Casado/união consensual	120 (9,4)
<b>Deficiência ou transtorno</b>	<b>n = 1.231</b>
Sim	381 (31,0)
Não	850 (69,0)
<b>Local da ocorrência</b>	<b>n = 1.383</b>
Residência	1.228 (88,8)
Via pública	56 (4,0)
Escola	39 (2,8)
Outros	60 (4,4)
<b>Enforcamento</b>	<b>n = 1.373</b>
Sim	135 (9,8)
Não	1.238 (90,7)
<b>Perfurocortante</b>	<b>n = 1.377</b>
Sim	391 (28,4)
Não	986 (71,6)

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e meios utilizados nas lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	n (%)
<b>Envenenamento</b>	<b>n = 1.388</b>
Sim	717 (51,7)
Não	671 (48,3)

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta os meios usados para a autolesão segundo as características sociodemográficas. A análise por sexo revelou diferença significativa nas proporções de enforcamento (18,4% no sexo masculino e 6,9% no sexo feminino) e de envenenamento (37,5%

no sexo masculino e 56,4% no sexo feminino). Quanto à faixa etária, o uso de objeto perfurocortante foi o meio de mais frequente no grupo de 10 a 14 anos ( $p = 0,004$ ), enquanto o envenenamento representou 55,8% ( $p = 0,005$ ) entre aqueles com idade entre 15 e 19 anos.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo meios utilizados. Mato Grosso, 2011-2020

Variável	Enforcamento n = 1.373		Perfurocortante n = 1.377		Envenenamento n = 1.388	
	n(%)	p-valor	n(%)	p-valor	n(%)	p-valor
<b>Sexo</b>	<b>n = 1.373</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>n = 1.377</b>	<b>0,179</b>	<b>n = 1.388</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Feminino	71 (6,9)		283 (27,4)		586 (56,4)	
Masculino	64 (18,4)		108 (31,2)		131 (37,5)	
<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>n = 1.373</b>	<b>0,326</b>	<b>n = 1.377</b>	<b>0,004</b>	<b>n = 1.388</b>	<b>0,005</b>
15 a 19	107 (10,3)		276 (26,4)		565 (55,8)	
10 a 14	28 (8,4)		115 (34,5)		152 (45,0)	
<b>Raça/cor</b>	<b>n = 1.311</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>n = 1.311</b>	<b>0,004</b>	<b>n = 1.324</b>	<b>0,001</b>
Preta/parda	74 (9,1)		244 (29,9)		416 (50,2)	
Branca	40 (8,8)		124 (27,1)		247 (53,9)	
Indígena	18 (78,2)		1 (4,5)		2 (9,1)	
Amarela	1 (6,2)		9 (56,2)		8 (50,0)	
<b>Escolaridade</b>	<b>n = 1.094</b>	<b>0,850</b>	<b>n = 1.097</b>	<b>0,102</b>	<b>n = 1.101</b>	<b>0,021</b>
Fundamental	46 (10,2)		150 (33,2)		213 (46,9)	
Médio	55 (9,2)		166 (27,6)		322 (53,5)	
Superior	4 (8,9)		11 (24,4)		29 (64,4)	
<b>Situação conjugal</b>	<b>n = 1.241</b>	<b>0,332</b>	<b>n = 1.245</b>	<b>0,061</b>	<b>n = 1.252</b>	<b>0,213</b>
Solteiro	112 (9,9)		334 (29,6)		566 (49,9)	
Casado/união consensual	15 (12,8)		25 (21,3)		66 (55,9)	
<b>Deficiência ou transtorno</b>	<b>n = 1.199</b>	<b>0,886</b>	<b>n = 1.202</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>n = 1.204</b>	<b>0,001</b>
Sim	37 (10,0)		155 (41,9)		153 (41,4)	
Não	81 (9,7)		206 (24,7)		436 (52,2)	

Tabela 2. Características sociodemográficas dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo meios utilizados. Mato Grosso, 2011-2020

Variável	Enforcamento n = 1.373		Perfurocortante n = 1.377		Envenenamento n = 1.388	
	n(%)	p-valor	n(%)	p-valor	n(%)	p-valor
<b>Local da ocorrência</b>	<b>n = 1.340</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>n = 1.345</b>	<b>0,137</b>	<b>n = 1.353</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Escola	4 (11,1)		16 (44,4)		14 (37,8)	
Residência	105 (8,8)		331 (27,6)		661 (54,8)	
Via pública	3 (5,4)		14 (25,4)		8 (14,5)	
Outros	20 (35,7)		18 (32,1)		14 (25,0)	

Fonte: elaboração própria.

O enforcamento correspondeu a 78,2% dos casos notificados em indígenas. Para adolescentes da raça/cor branca e preta/parda, o envenenamento foi o meio de lesão autoprovocada intencionalmente mais utilizado, superando 50% das notificações ( $p = 0,001$ ). Houve significância estatística também para o uso de objetos perfurocortantes: entre aqueles de raça/cor amarela, evidenciaram-se 56,2% das notificações ( $p = 0,004$ ).

No que diz respeito à escolaridade, o envenenamento esteve associado ( $p = 0,021$ ) entre os casos notificados com ensino superior. O envenenamento também foi associado aos casos com ausência de deficiência ou transtorno (52,2%), por outro lado, o uso de objeto perfurocortante foi maior entre aqueles com presença de deficiência ou transtorno (41,9%). Quanto ao local de ocorrência, a residência

foi destaque para o envenenamento (54,8%) como meio de autolesão.

Considerando-se as contribuições absolutas de cada variável na composição de cada dimensão, apresentadas na *tabela 3*, observa-se que a primeira dimensão foi composta, sobretudo, por objeto perfurocortante, envenenamento, raça/cor, situação conjugal, deficiência ou transtorno, escola e residência como local de ocorrência. As variáveis que mais colaboraram para a constituição da segunda dimensão foram: faixa etária, sexo, enforcamento, escolaridade, via pública e outros locais de ocorrência da lesão. A análise de correspondência mostrou que as duas primeiras dimensões explicam 23,53% da variabilidade total dos dados. As dimensões 1 e 2 explicam, respectivamente, 12,85% e 10,68% da variabilidade dos dados.

Tabela 3. Distribuição das contribuições absoluta e relativa da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
<b>Faixa etária (anos)</b>				
15 a 19	0,013	0,244	0,026	0,444
Até 14	0,045	0,244	0,089	0,444

Tabela 3. Distribuição das contribuições absoluta e relativa da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões

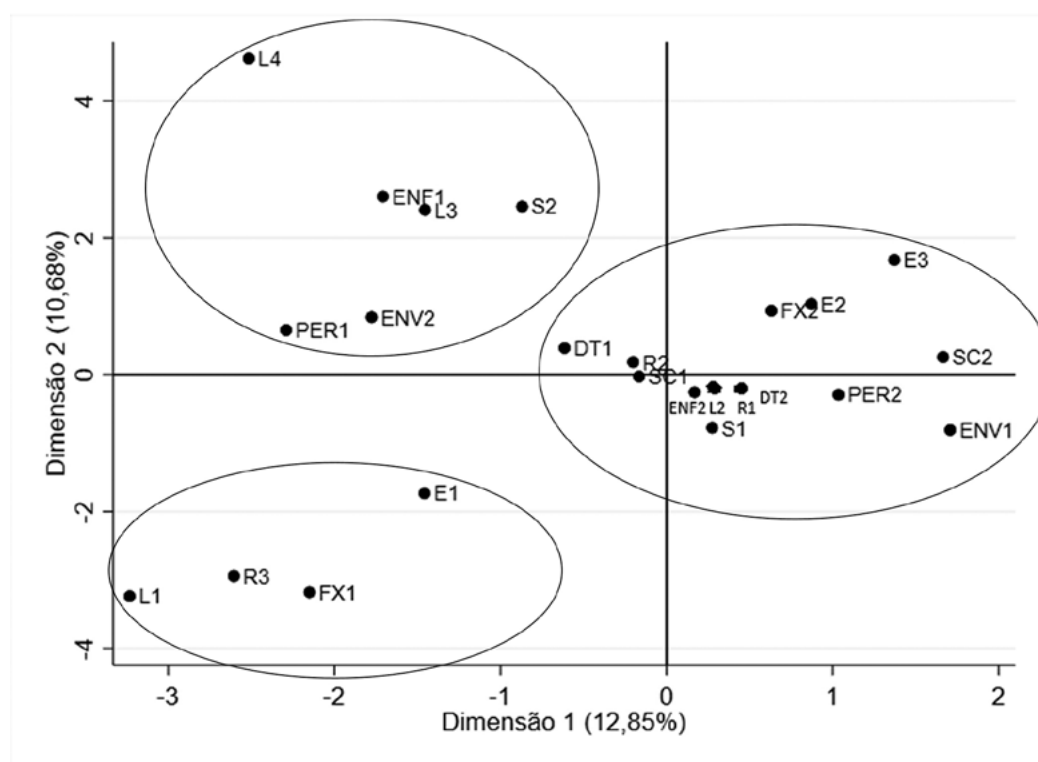
Variável	Dimensão 1		Dimensão 2	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
<b>Sexo</b>				
Feminino	0,002	0,043	0,018	0,285
Masculino	0,008	0,043	0,056	0,285
<b>Perfurocortante</b>				
Não	0,031	0,426	0,002	0,029
Sim	0,069	0,426	0,005	0,029
<b>Enforcamento</b>				
Não	0,001	0,052	0,002	0,100
Sim	0,011	0,052	0,023	0,100
<b>Envenenamento</b>				
Não	0,066	0,546	0,013	0,101
Sim	0,063	0,546	0,013	0,101
<b>Raça/cor</b>				
Branca	0,003	0,021	0,001	0,003
Preta/parda	0,001	0,012	0,001	0,008
Amarela	0,004	0,018	0,005	0,019
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	0,035	0,237	0,045	0,279
Médio	0,019	0,185	0,024	0,216
Superior	0,003	0,015	0,005	0,018
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro	0,001	0,050	0,000	0,001
Casado/união consensual	0,011	0,050	0,000	0,001
<b>Deficiência/transtorno</b>				
Não	0,002	0,031	0,001	0,010
Sim	0,005	0,031	0,002	0,010
<b>Local de ocorrência</b>				
Escola	0,014	0,059	0,012	0,049
Residência	0,003	0,123	0,002	0,053
Via pública	0,004	0,016	0,009	0,035
Outro	0,011	0,049	0,034	0,138

Fonte: elaboração própria.

Três padrões de agrupamentos foram encontrados pela análise de correspondência e podem ser observados no *gráfico 1*: quadrante superior esquerdo – sexo masculino, local de ocorrência via pública, meios de agressão enforcamento e objeto perfurocortante; quadrante inferior esquerdo – 10 a 14 anos de idade,

escolaridade fundamental, local de ocorrência na escola, raça/cor amarela; quadrante direito – sexo feminino, 15 a 19 anos de idade, raça/cor branca ou parda/preta, ensino médio ou superior, situação conjugal casado ou união estável, local de ocorrência residência, deficiência/transtorno e envenenamento.

Gráfico 1. Categorias dos grupos de meio de autolesão e características sociodemográficas de adolescentes resultantes da análise de correspondência para as duas primeiras dimensões. Mato Grosso, 2011-2020



Legenda:

DT1 – Deficiência ou transtorno: Sim  
 DT2 – Deficiência ou transtorno: Não  
 E1 – Escolaridade: Fundamental  
 E2 – Escolaridade: Médio  
 E3 – Escolaridade: Superior  
 ENF1 – Enforcamento: Sim  
 ENF2 – Enforcamento: Não  
 ENV1 – Envenenamento: Sim  
 ENV2 – Envenenamento: Não  
 FX1 – Faixa etária: Até 14 anos  
 FX2 – Faixa etária: 15 a 19 anos  
 L1 – Local de ocorrência: Escola

L2 – Local de ocorrência: Residência  
 L3 – Local de ocorrência: Via pública  
 L4 – Local de ocorrência: Outro  
 PER1 – Perfurocortante: Sim  
 PER2 – Perfurocortante: Não  
 R1 – Raça/cor: Branca  
 R2 – Raça/cor: Preta/Parda  
 R3 – Raça/cor: Amarela  
 S1 – Sexo: Feminino  
 S2 – Sexo: Masculino  
 SC1- Situação conjugal: solteiro  
 SC2- Situação conjugal: casado ou união estável

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

A análise de correspondência múltipla permitiu identificar três padrões de agrupamentos entre os meios utilizados e as características sociodemográficas dos adolescentes que praticaram lesões autoprovocadas intencionalmente em Mato Grosso, entre 2011 e 2020. O primeiro foi de adolescentes do sexo masculino, sem distinção de faixa etária, que realizaram a autolesão em via pública, por meio de objetos perfurocortantes ou enforcamento. O segundo diz respeito a adolescentes de 10 a 14 anos de idade, identificados com raça/cor amarela, que frequentavam o ensino fundamental e praticaram a autolesão na escola; e o terceiro, de adolescentes de 15 a 19 anos, do sexo feminino, de raça/cor parda/preta ou branca, frequentadoras do ensino médio ou superior, casadas ou em união estável e apresentam algum tipo de deficiência ou transtorno, em que o local de ocorrência foi a residência e o meio utilizado o foi envenenamento.

Os achados segundo o sexo vão ao encontro da literatura nacional e internacional, apontando para o sexo masculino como o que utiliza meios de lesões autoprovocadas mais letais, como o uso de objetos perfurocortantes e o enforcamento; enquanto, para o sexo feminino, prevalece o uso de envenenamento<sup>19,24,41-43</sup>. Com relação à faixa etária, também foi identificada situação semelhante à literatura, que aponta para o uso de objetos perfurocortantes entre os adolescentes mais novos (10 a 14 anos) e o envenenamento na faixa etária de 15 a 19 anos, o que também se traduz nos achados referentes à escolaridade dos adolescentes<sup>19,20,44</sup>.

A literatura<sup>3,19</sup> refere que os meios utilizados variam conforme a cultura e a disponibilidade de alguns meios. A associação entre o uso de objetos perfurocortantes para a autolesão e a repetição do ato é caracterizada pela literatura como lesão autoprovocada compulsiva e apresenta-se por meio de severos cortes na pele, mas também pode ser identificada ao coçar ou beliscar a pele até formar feridas ou puxar pelos compulsivamente<sup>45</sup>. A visibilidade

das marcas no corpo do sujeito também apresenta um potencial de integração grupal e comunitária da autolesão<sup>46</sup>. Outros estudos evidenciam ainda que os jovens engajados em comportamento autolesivo compulsivo frequentemente usam múltiplos métodos<sup>42,47</sup>.

A raça/cor da pele é considerada um determinante social de saúde e pode estar atrelada a diferentes vulnerabilidades em que o sujeito se encontra. Alguns fatores que geram sofrimento, como rejeição, negligência, maus-tratos, abuso, violência, inadequação, solidão, isolamento social, sentimento de inferioridade, sensação de não pertencimento, entre outros, são associados à raça/cor negra em situações de lesões autoprovocadas intencionalmente<sup>48-50</sup>. O racismo estrutural e o institucional<sup>51,52</sup> também são citados como fatores de risco às autolesões, os quais expõem os adolescentes tanto ao estigma da raça quanto às injustiças fruto da violência racial, produzindo maior vulnerabilidade a transtornos psicológicos<sup>51-53</sup>.

Quanto ao local de ocorrência, diversos autores<sup>24,25,47</sup> apontam para a prevalência das lesões autoprovocadas na residência, considerando que este é o local onde se encontram diversos produtos que podem causar envenenamento, principalmente medicamentos. Os resultados desta pesquisa corroboram o estudo de Luis et al.<sup>25</sup>, que pesquisaram os fatores associados a lesões autoprovocadas no Espírito Santo entre 2011 e 2018 e associaram a facilidade de acesso aos produtos e a momentos em que o sujeito pode praticar a autolesão sozinho, sem ser interrompido. Em outro estudo, realizado em Goiás, os autores encontraram perfil de mulheres que realizaram a lesão autoprovocada na residência por meio de envenenamento; entretanto, prevaleceu as que estavam sem parceiros, em oposição aos resultados da presente pesquisa, que identificou o perfil de mulheres com união estável ou casamento, mesmo sendo adolescentes<sup>48</sup>.

Chama a atenção o fato de que a escola tenha sido o local de ocorrência da autolesão entre alunos do ensino fundamental, uma vez que esse agrupamento pode indicar falhas

na execução das diretrizes intersetoriais de proteção à criança e ao adolescente como previsto no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes<sup>54</sup>, especialmente no que diz respeito à integração das ações e estratégias de aprimoramento profissional das equipes envolvidas nas redes de promoção, proteção e defesa dos direitos dessa população e ainda porque cabe aos estabelecimentos de ensino, em conjunto com outras áreas que integram a rede de proteção, implementar programas de prevenção à violência, além de monitorar situações de violência<sup>10-12,17</sup>.

É importante destacar o papel das unidades escolares na identificação e no registro dos casos de lesões autoprovocadas e sua notificação compulsória às autoridades de saúde<sup>55</sup>. Recentemente, foi determinada a notificação, também ao Conselho Tutelar, das ocorrências e os dados relativos a casos de violência ocorridos nos estabelecimentos de ensino, especialmente automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados<sup>17</sup>.

Os indivíduos que realizam lesões autoprovocadas, mesmo sem a intenção de morrer, estão sujeitos a ideação suicida e a pensamentos de morte, principalmente quando acometidos de transtornos mentais, como depressão, estresse pós-traumático, *borderline* e uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>32,46,56</sup>. O ato está atrelado à tentativa de redução da ansiedade, tensões e emoções que apresentam dificuldade para a pessoa<sup>19,24,46</sup>. Alguns autores<sup>57-59</sup> defendem que se deveria avaliar separadamente as populações que apresentam a intenção de óbito das que só desejam aliviar o sofrimento, não obstante, qualquer tipo de comportamento suicida demonstra um problema relacionado com a saúde mental do sujeito.

Os resultados deste estudo reforçam que as lesões autoprovocadas constituem um fenômeno complexo e multidimensional, determinado por fatores que operam em diferentes níveis, sejam eles individuais, relacionais, comunitários e macrosociais, como vínculos familiares fragilizados, desigualdades socioeconômicas

e iniquidades no acesso aos serviços de saúde, conformando importantes vulnerabilidades individuais e coletivas. Em uma revisão de metanálises sobre determinantes sociais de desfechos relacionados ao suicídio, Na et al.<sup>60</sup> demonstraram que o vínculo com a escola exerce efeito protetor significativo contra tentativas e ideação suicida, evidenciando o papel dos ambientes sociais na ocorrência dessa violência. Nesse sentido, compreender esse fenômeno sob essa perspectiva implica reconhecer que sua ocorrência e seu enfrentamento não podem ser reduzidos a intervenções pontuais ou fragmentadas, restritas ao setor saúde. Exige-se, ao contrário, a melhoria das condições de vida da população, com garantia de dignidade, renda, habitação e coesão social, articulada à formulação e implementação de políticas públicas abrangentes, intersetoriais e sustentáveis<sup>61</sup>.

As notificações de autolesões em indígenas não puderam ser incluídas na análise de correspondência múltipla, apesar da relevância étnica e populacional desses povos em Mato Grosso, devido ao reduzido número de casos, além das características de autolesão nesse grupo serem distintas dos sujeitos pardos, pretos, amarelos e brancos<sup>62</sup>. Em estudo de revisão sistemática sobre o suicídio em povos indígenas<sup>63</sup>, foi verificado que, tendo em vista as especificidades dessa população e a complexa conjuntura histórico-social que propicia o ato autolesivo, há maior prevalência de métodos mais letais de lesões autoprovocadas, como o enforcamento. Considerando as características particulares da população indígena, o grande número de etnias em todo o território nacional<sup>63</sup>, com singularidades em suas culturas e as diferenças entre os meios utilizados quando comparado com os demais grupos populacionais<sup>52</sup>, evidenciado neste estudo, verifica-se a imperiosa necessidade de estudos que investiguem com maior profundidade a ocorrência de lesões autoprovocadas nessa população.

Encontrar pesquisas nacionais sobre adolescentes que praticaram lesões autoprovocadas

intencionalmente se apresentou como uma limitação, considerando que, por vezes, é necessário comparar os resultados obtidos com população generalizada ou por meio de estudos internacionais, que, mesmo relevantes, diferem do Brasil no aspecto sociocultural.

A subnotificação, no Viva-Sinan, de casos de lesões autoprovocadas intencionalmente encontra-se como outra limitação deste estudo, embora seja reconhecido o crescimento das notificações desde a sua obrigatoriedade, a partir de 2016. Contudo, a sua qualidade, no que diz respeito ao adequado preenchimento e à inconsistência, ainda é um ponto frágil do sistema<sup>26,64</sup>. Destaca-se que a identificação da intenção suicida ou não do ato autolesivo é fundamental para investigações sobre esse fenômeno cada vez mais presente na sociedade brasileira. Entretanto, devido à má qualidade do registro dessa variável no banco de dados utilizado nesta pesquisa, não foi possível distinguir os casos de tentativas de suicídio dos de autolesão sem intenção suicida.

Em outra perspectiva, destaca-se o papel fundamental e de liderança do setor saúde na articulação intersetorial para a formulação de intervenções com vistas à integralidade do cuidado e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, visando à busca coletiva de estratégias efetivas de enfrentamento das violências<sup>65</sup>.

## Conclusões

Com a aplicação da análise por correspondência múltipla, foi possível identificar variáveis que possibilitaram a formação de distintos padrões de agrupamentos que propiciarão intervenções específicas para prevenção desses agravos em adolescentes. O estudo evidenciou também a necessidade de maior investigação diante dos perfis de adolescentes que cometem lesões autoprovocadas, considerando que identificar o sujeito em sofrimento o quanto antes é fundamental para a redução dos casos de lesões autoprovocadas intencionalmente e

prevenção do suicídio nessa população.

A inclusão, na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, de um campo específico para identificar a intenção suicida nos casos registrados como lesão autoprovocada pode aprimorar futuras análises epidemiológicas e contribuir para o desenvolvimento de ações mais assertivas diante da complexidade do tema.

A estruturação efetiva de Rede de Atenção Psicossocial (Raps) voltada para a escuta especializada e qualificada na perspectiva do cuidado e da proteção ao adolescente, o aprimoramento da notificação dos casos, a qualificação dos profissionais para o cuidado, a redução do acesso aos meios utilizados na autolesão e o estímulo a pesquisas sobre o tema são essenciais para a prevenção das lesões autoprovocadas intencionalmente. Cabe ainda reforçar a necessidade de ampliar os processos de capacitação intersetorial para uma ação coletiva mais coerente com o preconizado na legislação vigente de proteção à infância e adolescência.

Além disso, conhecer e promover o debate, em que os adolescentes são os protagonistas, é indispensável para que as ações de prevenção e do cuidado sejam mais efetivas. Faz-se necessário pautar essa questão na agenda das instituições de saúde, assistência social, segurança, justiça e educação como forma de assegurar o desenvolvimento de intervenções protetivas e de não revitimização. Ressalta-se, ainda, a necessidade de fortalecer e tornar mais efetiva a operacionalização das legislações e normas existentes, por meio de políticas públicas que apresentem respostas capazes de enfrentar as violências autoprovocadas em adolescentes.

## Contribuições de autoria

Oliveira LR (0000-0002-7325-1391)\* e Conciani ME (0000-0002-0675-6314)\* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação da versão

final do manuscrito. Campos LJA (0000-0003-2739-2764)\* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação

dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. Melanda FN (0000-0002-5692-0215)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2024 fevereiro 27]. 18 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo-publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
2. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):389-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>.
3. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
4. Steinberg L, Morris AS. Adolescent Development. *Ann Rev Psychol*. 2001;52(1):83-110. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>
5. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saúde* [Internet]. 2005 [acesso em 2024 fev 17];2(2):6-7. Disponível em <https://adolescenciaesaude.com/2005/vol-2-2/adolescence-definitions-concepts-and-criteria/>
6. Organização Mundial da Saúde. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA): guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275719985>
7. Santoro Junior M. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr*. 1994;70(5):263-266. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.683>
8. Takeiti BA, Gonçalves MV, Oliveira SPASD, et al. O estado da arte sobre as juventudes, as vulnerabilidades e as violências: o que as pesquisas informam? *Saúde Soc*. 2020;29(3):e181118. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181118>
9. 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 União, Brasília, DF. 1990 jul 16 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:13563. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>
10. Presidência da República (BR), Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011-2021. Brasília, DF; 2010.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.074, de 18 de maio de 2022. Altera o Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, para instituir o Programa de Proteção Integral da Criança e do Adolescente – Protege Brasil e o seu Comitê Gestor [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 maio 19 [acesso em 2024 fev 17]. Seção I:2. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/decreto/D11074.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/D11074.htm)
12. Presidência da República (BR), Secretaria Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 abr 5 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=05/04/2017>
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Ministério da Saúde (BR); Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), a ser publicada em portaria específica do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 out 24 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:83. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 ago 15 [acesso em 2020 novembro 10]; Seção I:65. 18 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2021 março 10]. 36 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha--Agenda-Estrategica-publicada.pdf>
17. Presidência da República (BR). Lei nº 15.231, de 6 de outubro de 2025. Altera as Leis nºs 13.819, de 26 de abril de 2019, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a notificação ao Conselho Tutelar, pelos estabelecimentos de ensino, dos casos de violência neles ocorridos, especialmente automutilação e suicídio. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 7 [acesso em 2024 fev 17]. Seção I:1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-15.231-de-6-de-outubro-de-2025-660714219>.
18. Fonseca PHN, Silva AC, Araújo LMC, et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. Arq Bras de Psicol [Internet]. 2018 [acesso em 2024 fev 17];70(3):246-58. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt)
19. Brito FAMD, Moroskoski M, Shibukawa BMC, et al. Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. Cogit Enferm. 2021;26(1):e76261. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76261>
20. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(1):2841-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
21. Ministério da Saúde (BR). Suicídio: saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
22. Silva TMM, Schoen TH. Autolesão não suicida na adolescência. In: Costa FC, Sampaio EC, organiza-

- dores. Desenvolvimento da criança e do adolescente: Evidências científicas e considerações teóricas-práticas. São Paulo: Editora Científica; 2020. p. 310-24.
23. Nascimento FCS, Marcon SR, Freitas BIBM, et al. Suicídio por autointoxicação entre adolescentes e adultos jovens brasileiros: estudo de séries temporais. *Ciênc Cuid Saúde*. 2021;20(1):57899. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v20i0.57899>
  24. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>
  25. Luis MA, Monroy NAJ, Godoi LG, et al. Lesão autoprovocada entre adolescentes: prevalência e fatores associados, Espírito Santo, Brasil. *Aquichan*. 2021;21(3):e2133. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3>
  26. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Temporal trend of self-inflicted injury notifications in adolescents in the school environment, Brazil, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(1):e20220028. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>
  27. Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Characterization of suicide attempts by exogenous substances. *Cad Saúde Colet*. 2015;23(2):118-123. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010074>
  28. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
  29. Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética Justiça*. 2016;21(2):45-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
  30. Oliveira LR, Benedetti AOC. Suicídio em Mato Grosso – Brasil: 1996 a 2015. *J Health Biol Sci*. 2018;6(4):391-398. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076>
  31. TabNet [Internet]. Brasília, DF: DataSUS; [data desconhecida] [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemt.def>
  32. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, et al. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2:2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
  33. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(2):297-305. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.297>
  34. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):372-94. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
  35. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2017 out 3; Suplemento:288.
  36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
  37. Infantsi AFC, Costa JCDGD, Almeida RMVRD. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):473-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128513>
  38. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. 295 p.

39. Bertoncele E. Construindo espaços relacionais com a análise de correspondências múltiplas: aplicações nas ciências sociais. Brasília, DF: Enap; 2022. 143 p.
40. 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 cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 fev 20]; Seção I:44. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
41. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud Psicol* 2006;11(1):345-351. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
42. Rodrigues FM, Oliveira PPD, Silva HCD, et al. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 2020;6(2):1-15. DOI: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N2.600003>
43. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Braz J Psychiatry*. 2009;31(2):S86-S93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
44. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
45. Otto SC, Dos Santos KA. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psic Rev*. 2016;25(2):265-88.
46. Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Curr Psychiatry*. 2012;11(3):21-5.
47. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
49. Oliveira EM, França SS, Silva EM, et al. Discriminação racial de jovens negros no Brasil: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22013>
50. Tavares JSC. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. *Rev Bras Psic*. 2017;04(01):73-5.
51. Lindsey MA, Sheftall AH, Xiao Y, et al. Trends of suicidal behaviors among high school students in the United States: 1991–2017. *Pediatrics*. 2019 Nov;144(5):e20191187. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1187>
52. Souza RSBD, Oliveira JCD, Alvares-Teodoro J, et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44(1):e58. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>
53. Santos IN, Black TCL, Silva KV, et al. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afro-descendente brasileiro. *Physis*. 2024;34:e34025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434025pt>
54. Presidência da República (BR). Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes. Brasília, DF: MDHC; 2021.
55. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

- cias [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 jun 9 [acesso em 2024 fev 17]; Seção I:67. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)
56. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-63. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
57. Linehan MM. One population or two? In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York: John Wiley & Sons; 1986. p. 16-33. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x>
58. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):324-33. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
59. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366(9495):1471-83. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
60. Na PJ, Shin J, Kwak HR, et al. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(4):337-46. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4241>
61. Dantas ESO, Amorim, KPC. Prevenção do suicídio no Brasil: análise contemporânea para avanços necessários. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 nov 20]. Disponível em: <http://cienciaesaude-coletiva.com.br/artigos/prevencao-do-suicidio-no-brasil-analise-contemporanea-para-avancos-necessarios/19866>
62. Alves FJO, Fialho E, Paiva de Araújo JÁ, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am*. 2024;31:100691. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691>
63. Araujo JAP, Fialho E, Alves FJO, et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. *Lancet Reg Health Am*. 2023;26:100591. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100591>
64. Girianelli VR, Cordeiro GTL. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. *Saúde Debate*. 2023;47(1):e8948. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18948P>
65. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM, et al. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(4):43-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S403>

---

Recebido em 23/03/2025

Aprovado em 14/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Raphael Mendonça Guimarães, 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/8356846640489575>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>, e-mail: [raphael.guimaraes@fiocruz.br](mailto:raphael.guimaraes@fiocruz.br)



## ‘Suicídio não é tema de sessão clínica!’: sobre tabus, peculiaridades e lacunas na formação médica pediátrica

*‘Suicide is not a clinical case topic!’: On taboos, particularities, and gaps in pediatric medical education*

Orli Carvalho da Silva Filho<sup>1</sup>, Luana Nogueira de Farias Moura<sup>1</sup>, Daniel Storti Netto Puig<sup>2</sup>, Mariana Tomasi Scardua<sup>2</sup>, Maria Cecília de Souza Minayo<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110911P

**RESUMO** A transição epidemiológica no Brasil vem provocando adaptações no cuidado de crianças e adolescentes. Essa Nova Pediatria tem a violência, as condições crônicas e complexas e a saúde mental como questões importantes, com destaque para o comportamento suicida por seu impacto clínico-epidemiológico. Sendo críticos para a formação médica, os Programas de Residência Médica (PRM) em pediatria são espaços privilegiados para o entendimento de como essa especialidade tem se organizado e atuado clinicamente. Assim, objetivou-se compreender a percepção e o conhecimento dos médicos residentes em pediatria sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência. Foi realizada pesquisa social, utilizando o método qualitativo, por meio da técnica de Grupos Focais (GF), a partir da qual participaram 44 médicos residentes de cinco PRM no Rio de Janeiro. A partir da análise de conteúdo, modalidade temática, três unidades de sentido se destacaram no debate provocado em cinco GF: O tabu do suicídio; Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos; Lacunas formativas dos PRM em pediatria. Uma abordagem integral e adequada do comportamento suicida pelos pediatras demanda uma reorganização dos PRM, facilitando a superação de tabus e permitindo reflexões sobre os conflitos que fundam essa especialidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Suicídio. Comportamento autodestrutivo. Pediatria. Residência médica. Grupos Focais.

**ABSTRACT** *The epidemiological transition in Brazil has led to adaptations in the care of children and adolescents. This New Pediatrics identifies violence, chronic and complex conditions, and mental health as central issues, with suicidal behavior standing out due to its clinical and epidemiological impact. As critical components of medical education, Pediatric Medical Residency Programs serve as privileged settings for understanding how this specialty has been organized and how it operates clinically. This study aimed to understand pediatric residents’ perceptions and knowledge regarding suicidal behavior in childhood and adolescence. A social research study was conducted using a qualitative approach through the Focus Group (FG) technique, involving 44 residents from five Pediatric Medical Residency Programs in Rio de Janeiro. Content analysis, following a thematic approach, revealed three main meaning units that emerged from discussions across the five FGs: The taboo of suicide; Peculiarities of pediatric care: idealizations and conflicts; and Training gaps within Pediatric Medical Residency Programs. An integrated and appropriate approach to suicidal behavior by pediatricians requires the reorganization of these programs, facilitating the overcoming of taboos and promoting reflection on the conflicts that shape this specialty.*

**KEYWORDS** *Suicide. Self-injurious behavior. Pediatrics. Internship and residency. Focus Groups.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
orli.filho@fiocruz.br

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A pediatria, como área da medicina dedicada ao cuidado de crianças e adolescentes, tem sido tensionada diante das exigências assistenciais e culturais contemporâneas<sup>1-3</sup>. São demandas direcionadas pela transição epidemiológica, conduzindo a maiores taxas de ocorrência de afecções congênitas, de neoplasias e da causalidade externa como importantes fatores associados à morbimortalidade pediátrica<sup>4,5</sup>. Considera-se, desse modo, a existência de uma Nova Pediatria, em que o manejo de condições crônicas e complexas em saúde, a incidência de eventos violentos e a prevalência de transtornos mentais se destacam para o planejamento, a prática assistencial e na formação profissional<sup>5-7</sup>.

A residência médica é considerada o modelo mais abrangente de especialização médica, tendo sua essência na díade 'ensino e serviço'<sup>8,9</sup>. Ela constitui uma proposta pedagógica segundo a qual o treinamento prático e supervisionado em unidades de saúde de diferentes complexidades deve permitir e organizar a aquisição de competências e habilidades. Os Programas de Residência Médica (PRM), com isso, são os locais preferenciais para a continuidade da graduação, recebendo uma pluralidade de jovens, em sua maioria pouco experientes na prática profissional<sup>10</sup>.

Nessa perspectiva, cabe aos PRM em pediatria a desafiadora missão de proporcionar o desenvolvimento de competências pelos Médicos Residentes (MR) para que abordem as novas demandas clínicas, psicossociais e epidemiológicas<sup>11,12</sup>. Com esse objetivo, e buscando equiparação à realidade da pediatria internacional<sup>13,14</sup>, os PRM em pediatria, em 2019, foram ampliados para três anos. Dentre essas demandas, destaca-se, por sua magnitude, sensibilidade e urgência formativa, o comportamento suicida na infância e adolescência, fenômeno que, na última década, tem mobilizado as famílias, os diferentes setores da sociedade e a classe pediátrica no País<sup>15,16</sup>. Preocupação, contudo, que não tem revertido

a inabilidade teórica e clínica dos MR em pediatria quanto a esse tema<sup>14</sup>.

Por comportamento suicida, entende-se um *continuum* de autoagressões que envolve ideação, ameaças, tentativa e o suicídio consumado<sup>16,17</sup>. Enquanto desfecho fatal desse espectro, o suicídio constitui um dos eventos mais críticos para a área da saúde, um desafio a sua compreensão e abordagem<sup>14</sup>. Dados do Ministério da Saúde (MS) publicados em 2024<sup>18</sup> indicam uma tendência de aumento na mortalidade por suicídio no Brasil, principalmente após 2014. Em 2021, o suicídio foi a 11ª causa de morte da população entre 5 e 14 anos e a 3ª entre 15 e 19 anos. Ainda que cerca de 77% dos suicídios no País sejam de homens, entre as mulheres, seu pico de incidência é na adolescência. A ocorrência de lesões autoprovocadas, agrupando tentativas de suicídio e autolesões não suicida notificadas, também se destacou no documento do MS<sup>18</sup>. Do total das notificações, 23% ocorreram na segunda metade da adolescência (15 a 19 anos), e 11,5% no grupo pediátrico de 5 a 14 anos<sup>18</sup>.

Assim, investigar como o comportamento suicida na infância e, principalmente, na adolescência tem sido compreendido pelos PRM em pediatria assume-se relevante como estratégia de entender e aprimorar a abordagem desse fenômeno na formação e na prática. Este estudo não se debruçou sobre o comportamento suicida em si, mas na relação dialógica dos MR com essa temática e a participação de seus PRM nesse processo. Seguindo Elias<sup>19</sup> em sua defesa de que o estudo da morte é uma dedicação ao estudo da vida, buscou-se, como objetivo deste estudo, compreender e analisar a percepção e o conhecimento de MR em pediatria sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

## Material e métodos

Este artigo foi produzido a partir da dissertação 'Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre

comportamento suicida na infância e na adolescência<sup>14</sup>. As ideias apresentadas refletem um segundo olhar sobre a pesquisa, cujo tema persiste como um desafio à saúde coletiva, reconhecendo que uma interpretação não é a última palavra no estudo de um objeto<sup>20</sup>.

Foi realizada uma pesquisa social, método qualitativo, por meio da técnica de Grupos Focais (GF), proporcionando uma interação empática entre pesquisadores e participantes<sup>21,22</sup>. Assumiu-se que uma abordagem interacional seria importante para melhor compreensão dos fatos e relações humanas que envolvem pensamentos, sentimentos, atitudes e práticas<sup>20-22</sup>.

Diante dos 24 PRM credenciados em 2018 na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a seleção das unidades considerou: a localização no espaço urbano (buscando ampliar os perfis de pacientes), a presença ou ausência de serviços de emergência (para avaliar a influência desses setores na capacitação dos MR)

e a vinculação formal ou não a instituições de ensino e pesquisa (de forma a observar se a estrutura acadêmica interfere sobre essa formação). Foram recrutados residentes do primeiro (R1) e do segundo ano (R2), visando à comparação entre os participantes com tempos diferentes de formação. Assim, cinco PRM em pediatria constituíram o campo da pesquisa; todos sediados em unidades públicas e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi realizado um GF por PRM, em datas e locais escolhidos pelas respectivas coordenações. A descrição dos cinco GF e dos PRM encontra-se no *quadro 1*. A coleta de dados se deu durante os GF (15/5/2018 a 3/7/2018), com o envolvimento de 44 MR (27 R1 e 17 R2). Para a realização das atividades, foi necessário que houvesse o aval: institucional do hospital que sediava o PRM; da coordenação de cada PRM; e de cada participante (por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE).

Quadro 1. Caracterização (2018) dos Grupos Focais e unidades hospitalares dos Programas de Residência Médica em pediatria participantes da pesquisa

Descritores	PRM/GF 1	PRM/GF 2	PRM/GF 3	PRM/GF 4	PRM/GF 5
Modelo de gestão hospitalar	Hospital Federal	Hospital Estadual	Hospital Federal	Hospital Universitário Federal	Hospital Universitário Estadual
Localização urbana da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Zona Norte do município do Rio de Janeiro	Baixada Fluminense	Zona Sul do município do Rio de Janeiro	Leste Fluminense	Zona Norte do município do Rio de Janeiro
Vinculação a instituições de Ensino/ Pesquisa	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Presença de Serviço de Emergência Pediátrica	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Número de MR de participantes do GF	12	7	13	5	7

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

PRM: Programa de Residência Médica; GF: Grupo Focal; MR: Médicos Residentes.

Três pesquisadores participaram de cada GF: o moderador, que conduziu a atividade, e dois relatores (para auxílio logístico).

Os debates ocorridos nos encontros foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. Cada GF se iniciou com a ‘fase de

aquecimento'<sup>22</sup>, quando pesquisadores e participantes foram apresentados, fizeram as pactuações do encontro e lhes foi solicitado que respondesse a um questionário de dados sociodemográficos e ao TCLE. O questionário continha perguntas sobre comportamento suicida, formação médica e prática profissional, servindo como uma aproximação temática. Na 'fase reflexiva' do encontro<sup>22</sup>, o moderador provocou o diálogo, recorrendo, de forma criativa e sensível, a perguntas de um roteiro, estimulando o envolvimento dos participantes.

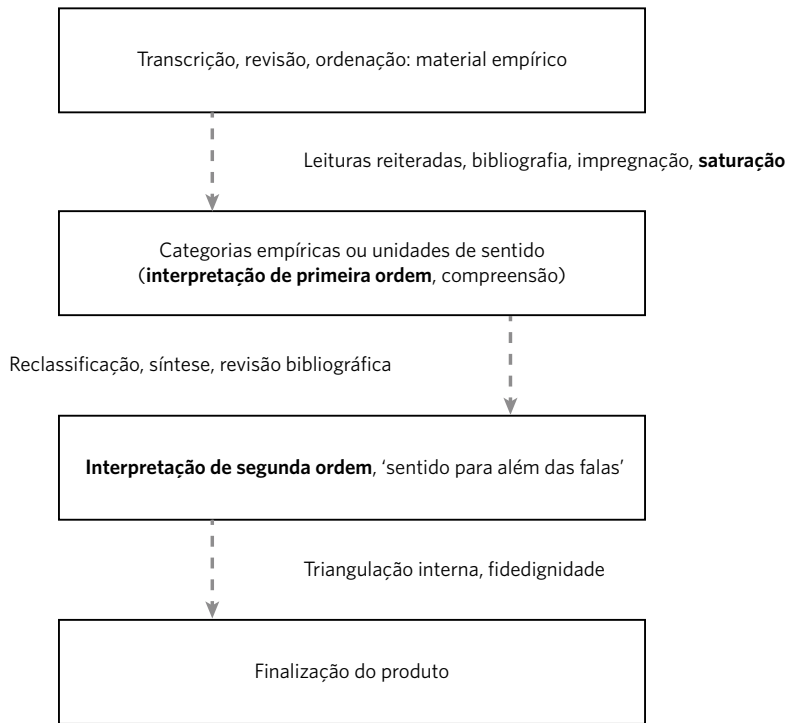
Sendo 'seres falantes'<sup>23</sup>, as diferentes vozes dos MR em pediatria foram ouvidas a partir de três perspectivas acerca do comportamento suicida na infância e adolescência: 'O que é?'; 'A possibilidade de afetação'; 'A preparação para uma abordagem pediátrica'. Compreendeu-se que os GF, ao permitirem o debate e a sinergia entre os participantes, ultrapassavam a configuração de uma entrevista coletiva<sup>24</sup>, efetivando-se como um instrumento compreensivo para a abordagem de consensos, dissensos e especificidades<sup>21,22</sup> sobre a percepção, as vivências e o conhecimento acerca do comportamento suicida.

Nesta pesquisa, a percepção foi compreendida como a apreensão do mundo a partir dos sentidos, promovendo experiências pessoais.

As vivências são reflexões do indivíduo sobre a experiência vivida<sup>25</sup>. Experiências e vivências constituem o senso comum, que orienta cada sujeito nas várias ações e situações da vida, por meio de valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar-se e agir<sup>25</sup>. O conhecimento tanto pode ser uma expressão do senso comum quanto formatado e autorizado por um saber científico instituído e reconhecido pelos PRM. Não se pretendeu valorizar o conhecimento enquanto um saber único ou dominante, mas como ele foi estruturado e difundido nas instituições normativas de pediatria.

A etapa analítica empregada encontra-se esquematizada na *figura 1*. O *corpus* analisado se organizou com as transcrições de cada GF, os registros escritos e as impressões iniciais dos pesquisadores. Depois, foi realizada a análise do conteúdo recolhido, modalidade temática<sup>21,26</sup>, o que levou ao reconhecimento de sete unidades de sentido ou interpretações de primeira ordem. O esforço interpretativo e de reclassificação, amparado por leituras reiteradas e revisão bibliográfica, permitiu sua síntese em três categorias de segunda ordem, cujo sentido já se depreendia das falas dos participantes: 'O tabu do suicídio'; 'Peculiaridade da assistência pediátrica: idealizações e conflitos'; e 'Lacunas formativas dos PRM em pediatria'.

Figura 1. Esquema síntese da etapa analítica empregada na pesquisa



Fonte: elaboração própria adaptada de Minayo<sup>21</sup>.

Outras questões éticas merecem destaque; após cada GF, foi realizada uma atividade acadêmica para discussão do tema, em uma devolutiva aos participantes. Nenhum dos 44 participantes declarou sofrimento emocional decorrente das atividades de pesquisa, mesmo após a oferta de suporte pontual após os encontros. Pelo contrário, segundo os residentes, os GF geraram algumas oportunidades: reflexão individual; aquisição de conhecimento técnico; autocrítica sobre a própria falta de conhecimento na área; aproximação com alguns colegas. Segundo Minayo<sup>21</sup>, o método é a alma do conteúdo em uma pesquisa; assim, a técnica escolhida foi um bom disparador de reflexões e interações. Desse modo, ainda antes da análise dos dados, ficaram evidentes a importância e a potencialidade de discussões sobre essa delicada temática, tendo sido reconhecida pelos MR como uma estratégia de capacitação e suporte emocional.

O estudo recebeu aprovação inicial do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 833111518.0.00005269 e Parecer nº 2.533.685).

## Resultados e discussão

Esta seção apresenta uma descrição sintética e a discussão dos resultados.

### Síntese descritiva

O perfil sociodemográfico dos 44 MR que participaram dos cinco GF é apresentado na *tabela 1*. A maioria era jovem (média e mediana de idade de 27 anos), do sexo feminino, estava no primeiro ano da residência, tinha religião e trabalhava em outros hospitais além da residência médica.

Tabela 1. Perfil dos médicos residentes de pediatria participantes da pesquisa

GF / número de participantes	Ano na Residência		Sexo		Trabalho		Religião	
	Médica		M	F	Sim	Não	Sim	Não
	R1	R2						
GF 1 = 12	6	6	2	10	9	3	8	4
GF 2 = 7	4	3	2	5	7	0	6	1
GF 3 = 13	10	3	2	11	8	5	10	3
GF 4 = 5	3	2	2	5	5	0	5	0
GF 5 = 7	4	3	1	6	6	1	6	1
<b>Total = 44 (%)</b>	<b>27 (61,3)</b>	<b>17 (38,7)</b>	<b>9 (20,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>9 (20,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>9 (20,5)</b>

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

GF: Grupo Focal; R1: Residente médico do primeiro ano; R2: Residente médico do segundo ano; M: Masculino; F: Feminino.

O questionário utilizado possibilitou o entendimento do panorama formativo e de atuação profissional desses médicos, como visualizado na *tabela 2*. Esse panorama serviu de base para uma das categorias de análise, em que foram identificados vazios curriculares sobre comportamento suicida na infância e adolescência na formação pediátrica,

tendo sido a primeira resposta da pesquisa. Inicialmente construída a partir dos dados dos questionários, essa unidade de sentido foi mais bem compreendida na análise discursiva dos GF, quando se mostrou sinergicamente constituída pelas duas outras categorias, como ilustrado na *figura 2*.

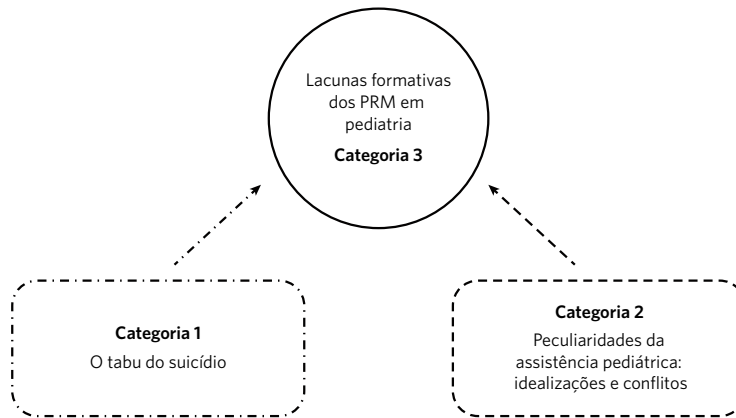
Tabela 2. Formações médica e pediátrica e atuação profissional dos médicos residentes de pediatria participantes da pesquisa

	GF 1 (12)	GF 2 (7)	GF 3 (13)	GF 4 (5)	GF 5 (7)	Total (%)
Aula/discussão durante graduação médica sobre CS	7	6	7	4	5	29 (65,9)
Aula/discussão no PRM sobre CS	0	0	1	0	0	1 (2,2)
Questão sobre CS no processo seletivo do PRM	1	0	2	0	0	3 (6,8)
Aula / palestra em eventos científicos	5	1	3	4	6	19 (43,1)
Atendimento pediátrico a casos de CS	4	3	4	2	6	19 (43,1)

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

GF: Grupo Focal; CS: Comportamento Suicida; PRM: Programa de Residência Médica.

Figura 2. Esquema gráfico das categorias de análise da pesquisa



Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

Três apontamentos nas respostas dos MR direcionaram para o reconhecimento dessas lacunas: 1) a formação médica centrada no adulto; 2) os cenários dos PRM desconectados da prática profissional; 3) a fragilidade da supervisão sobre comportamento suicida pelos PRM. Como exposto na *tabela 2*, é marcante a diferença entre o número de MR que sinalizaram ter participado em suas graduações e em seus PRM de aula/discussão médica sobre comportamento suicida (29 *versus* 1). Apesar de os dados epidemiológicos sugerirem que a violência autoinfligida é relevante para o público infantojuvenil<sup>15,16,18</sup>, a formação pediátrica não incorporou sua importância nem discutiu suas especificidades, prevalecendo uma abordagem frágil e adultocêntrica.

*Quando eu rodei na psiquiatria, teve a matéria na faculdade, mas isso não é voltado para criança, ninguém nunca falou 'Ah, suicídio na pediatria!' Isso é uma coisa que fica muito, muito fora assim do nosso dia a dia. (R2, GF3).*

Em 2018, quase metade dos participantes referiram já terem prestado atendimento profissional a casos de tentativa de suicídio em adolescentes. O instrumento não especificou onde esses atendimentos foram realizados, mas permitiu entender que não houve supervisão nos PRM sobre tais casos. Isso possibilitou

inferir a existência de fragilidades na supervisão quando esses casos se apresentavam nas unidades assistenciais dos PRM e de que os cenários de estágio não refletiam, necessariamente, a dinâmica encontrada no trabalho fora do PRM. É reconhecido que a grade curricular de um PRM deve ser capaz de abranger toda a dimensão de cuidado pediátrico, especialmente em relação às condições mais prevalentes<sup>1,2,11</sup>. É também considerado que o trabalho em espaço fora do PRM não deve ter a função de suprir lacunas formativas<sup>9,10</sup>

O debate com e entre os MR sinalizou não haver diferença discursiva entre os R1 e os R2 em um mesmo PRM, em nenhuma das cinco residências estudadas, o que corroborou a parcial inabilidade dos PRM enquanto espaços formais de ensino, não sendo, portanto, o tempo cursado de residência uma variável importante para a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre comportamento suicida. As falas evidenciaram experiências pessoais sobre o tema, sugerindo uma sobreposição entre o que foi reconhecido na pesquisa como 'percepção' e como 'conhecimento'<sup>14</sup>. Na ausência da formalidade do ensino e da supervisão sobre comportamento suicida, o experimentado no espaço privado e em ambientes de trabalho tornou-se a maior influência e fonte de reflexão para a prática profissional assinalada nos GF.

Diferentemente do previsto em fase preliminar ao campo, a presença de serviços de emergência pediátrica – e sua potencial exposição a casos de ideação e tentativas de suicídio – não resultou em diferença na abordagem do comportamento suicida entre os PRM. Semelhantemente, apesar da autodeclaração religiosa por quase 80% dos MR, termos e conceitos de nenhuma crença se destacaram nos debates, não se tornando objeto da análise.

A discretíssima presença de questões sobre suicídio nos processos seletivos de residência médica e a pequena participação dos MR em palestras sobre o tema em eventos científicos (*tabela 2*) foram um indício que se somou a uma dificuldade que parecia, assim, extrapolar as fronteiras dos PRM. Nesse contexto, ponderou-se se a desconsideração sobre essa temática não deveria ser uma característica não apenas dos MR e de seus supervisores, mas também da pediatria enquanto especialidade.

### **“Qual luto seria mais fácil viver?” – O tabu do suicídio**

Esse questionamento foi realizado por um R1 no segundo GF e sintetizou as angústias relatadas pelos MR como indivíduos e como profissionais. Vida, morte, luto e suicídio se sobrepuseram nessa indagação, correlacionando-se aos tabus que perpassaram seus discursos.

O suicídio foi interpretado pelos participantes como uma morte “*que foge à lei natural*” (R1, GF2), sendo “*diferente das demais, pois o normal da vida é morrer por alguma patologia ou algum acidente*” (R1, GF4). Foi mencionado que o suicídio é a morte que mais problematiza a vida e, por isso, a que mais afeta o lidar médico. Foi notório o desconforto que silenciava e dificultava uma aproximação técnica ao tema, prevalecendo o senso comum e os tabus.

As provocações do moderador tiveram como respostas iniciais o acionamento de relatos e narrativas de familiares e conhecidos, preenchidos por juízos de valor e afetação pessoal. Esse desconforto também foi percebido por meio do reconhecimento consensual sobre a

universalidade do suicídio, de forma que ele “*é real, pode acontecer com qualquer um, basta estar vivo*” (R1, GF1). Isso corrobora o pensamento de Durkheim de que o suicídio é um fato humano e universal, ainda que singular, existindo vários suicídios<sup>27</sup>.

O desconforto também pôde ser reconhecido como uma reflexão sobre a carga de sofrimento que os sujeitos que se suicidam carregam, como defendido por Shneidman<sup>28</sup>. Ao instituir o campo da suicidologia, o psicólogo defendeu que o ato suicida deve ser compreendido como um mal-estar multidimensional sofrido por um indivíduo vulnerável que concebe sua morte como única solução, em um momento de máxima dor, perturbação e pressão<sup>28,29</sup>.

Nos cenários de silêncios e desconfortos, prevaleceram as falas marcadas por vivências e experiências. Pouco foi dito que indicasse um treinamento profissional ou acadêmico sobre o assunto. Nos debates, foi possível identificar, em paralelo à questão do suicídio, que era preciso validar e aprofundar a reflexão sobre o evento ‘morte’, assunto pouco tratado nos estudos e nas práticas pediátricas, mesmo quando advindas de causas orgânicas e naturais.

Assim, o tabu da morte se antecipa ao tabu do suicídio, não sendo possível lidar com o suicídio sem antes se suportar e encarar a morte de forma ética e profissional, e não como um inimigo a ser combatido<sup>19,30</sup>. A fala a seguir expôs essa realidade: “*A gente luta tanto pela vida, a gente é acostumado como médico a sempre salvar vidas e aí você lida com alguém que quer tirar a própria vida*” (R2, GF1). Essa perspectiva foi defendida por Dias<sup>31</sup> em sua proposição de ‘duplo tabu’, em um reconhecimento da fragilidade médica em suportar profissionalmente a morte, ainda que sabendo de sua existência.

O conceito de duplo tabu foi tensionado ao se colocar a morte pediátrica em perspectiva. O tabu da morte e do suicídio ganha um agravo quando as crianças e os adolescentes são percebidos como ‘as vítimas e os culpados’

nesse cenário doloroso. Tabu da morte – tabu do suicídio – tabu do suicídio na infância e adolescência: o triplo tabu<sup>15</sup>.

Como discorre Pereira<sup>32</sup>, o nascimento da pediatria nacional como especialidade médica vinculou-se, social e historicamente, à comoção e ao combate da mortalidade infantil. O *ethos* pediátrico – construído e atualizado nos PRM – segue marcado por seus traços originais: protetores da vida, livrando as famílias do estigma da mortalidade e conduzindo sua prole a um destino de saúde, robustez e vitalidade<sup>32</sup>.

Desse modo, exercer o cuidado pediátrico, caracterizado como uma esperança no porvir, pareceu ser incompatível com o comportamento suicida em crianças e adolescentes: “*Não consigo pensar no que pode passar na cabeça de uma criança para tentativa de suicídio*” (R2, GF2). Tal postura cristaliza a posição do suicídio como uma subversão à cultura médica ocidental<sup>30</sup>, inundando a formação pediátrica.

Uma pergunta assim se estabeleceu em campo: que mortes, que lutos e que tabus os PRM em pediatria têm escolhido enfrentar? Em 2018, os resultados da pesquisa indicaram que não eram mortes autoprovocadas, resultados que ainda refletem o experimentado nos PRM atualmente. Se o bem-estar físico, mental e social se soma à definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde<sup>33</sup>, é pertinente que todas as formas de morte e adoecimento sejam validadas. Investir no desenvolvimento de competências e em reflexões sobre morte, violência e sofrimento emocional é estratégia urgente, bem como atividades profissionais confiáveis (Entrustable Professional Activities – EPA) para a formação de profissionais capazes de abordar e prevenir o comportamento suicida pediátrico<sup>1,11</sup>. É preciso, portanto, situar os eventos dolorosos e violentos na compreensão da morbimortalidade, tendo em conta que ocorrem, sobretudo, no final da infância e no curso da adolescência; assim como é necessário investir no fortalecimento da nova proposta dos PRM em pediatria<sup>13</sup>.

### **“Oh! Que saudades eu tenho da aurora da minha vida, da minha infância querida!” – Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos**

Em um depoimento sobre como escolheu e tem vivenciado a especialidade pediátrica, um R2 (GF 4) recitou alguns versos de ‘Meus oito anos’<sup>34</sup>, ilustrando esta categoria analítica que abordou o ideal romântico e idealizado dessa especialidade.

Segundo Ariès<sup>35</sup>, a consciência social sobre a infância nas sociedades ocidentais foi construída mediante sua romantização, a partir do século XVII. Dois sentimentos sobre essa fase foram importantes: a paparicação (em que ingenuidade, gentileza e graça das crianças tornaram-se elementos de distração e relaxamento para adultos) e o interesse psicológico e a preocupação moral sobre os infantes.

Esse segundo sentimento, influenciado pelo movimento religioso e pelo Estado Moderno, promoveu propostas sobre disciplina, moral, higiene e saúde, tratando as crianças como criaturas divinas e ‘sem voz’<sup>35,36</sup>. O surgimento da pediatria manteve-se enraizado nessas orientações e no combate à mortalidade, à imoralidade e aos desvios, de forma que os pediatras se validam socialmente como os guardiões dos infantes, autorizados a falar, pública e cientificamente, em prol de sua proteção<sup>32,36</sup>. Validação, contudo, que costuma silenciar esse sujeito que recebe cuidado.

Questionou-se, pois, se o ideal do ser pediatra tem permitido um olhar que valorize a subjetividade infantojuvenil e que compreenda a existência de seu sofrimento emocional em determinadas circunstâncias. A representação angelical desse público não interditaria a aproximação a temas socialmente dolorosos e mais avessos ao ser pediatra, como o comportamento suicida?

Foi possível identificar dois conflitos: assistenciais, vivenciados por profissionais cuja experiência não facilita o manejo das condições frequentes de morbimortalidade abordadas

neste estudo; e geracionais, vividos por pediatras que tendem a se aliar às famílias, reproduzindo os discursos parentais. Castellano<sup>36</sup> abordou esse tópico ao ilustrar que a interação nas consultas pediátricas passa pela voz dos adultos e pelo corpo da criança, reiterando o caráter de *enfants*; em um silenciamento de narrativas que deveriam ser levadas para as consultas e revelar preocupações, sofrimentos e violências.

Não ouvir as próprias crianças e adolescentes – sujeitos de direitos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>37</sup> – impede compreender suas dúvidas e sofrimentos, nem sempre materializados corporalmente. Aqui não apenas crianças são alocadas como seres sem voz, mas também os adolescentes. Ainda que potencialmente hábeis na expressão de seus sentimentos, o estranhamento da pediatria para com os adolescentes tem dificultado que esse subgrupo pediátrico seja assistido em sua integralidade<sup>38</sup>.

As contestações e os conflitos esperados nas adolescências são colocados como barreiras para a prática pediátrica, cuja sensibilidade não chega a esses indivíduos, enfatizando sua proximidade da vida adulta e atualizando os conflitos geracionais profissionais<sup>38,39</sup>, como exemplificado: “*Na adolescência é tudo muito intenso! Quando o adolescente se sente mal, ele se sente a pior coisa do mundo. Ele não sabe nada da vida ainda*” (R1, GF1). Esses conflitos podem se concretizar em diferentes posturas conservadoras no *setting* clínico, como no desconhecimento de novas linguagens e mídias, e na indiferença pelas expressões de gênero, sexualidade e cultura, revelando uma formação clínica desconectada da realidade<sup>1,38</sup>.

Os impasses organizacionais das unidades de saúde também amplificam essa distância entre pediatras e adolescentes, demarcando um não lugar assistencial, mesmo quando o manejo clínico das condições frequentes em adolescentes seja considerado uma ‘atividade profissional confiável’ para pediatras<sup>1</sup>. Assim, estabelece-se uma maior dificuldade no entendimento da subjetividade e na abordagem da

‘suicidalidade’ desse grupo, no qual há nítido aumento de tentativas de suicídio e de suicídio consumado<sup>18</sup>.

É possível que, para o MR que acionou espontaneamente os versos românticos no encontro, a infância tenha sido a melhor fase de sua vida. Reconheceu-se, entretanto, a delicadeza quando esse ideal romântico se mantém fundando a prática pediátrica, impedindo uma formação mais densa e complexa.

### **“Porque suicídio não é tema de sessão clínica!” – Lacunas formativas dos PRM em pediatria**

A existência de vazios curriculares sobre comportamento suicida nos PRM em pediatria esteve presente nos pressupostos deste estudo e foi validada no campo. Sendo um tópico relevante em âmbito clínico e epidemiológico, por que não tem se tornado um tema de sessão clínica? A enfática fala de um R2 (GF5) chamou a atenção para essa lacuna e confirmou aos pesquisadores que os MR e seus PRM admitiam essas defasagens.

O desconhecimento técnico se destacou no início dos encontros, quando genuinamente os MR expunham suas dúvidas e dificuldade em estudar o assunto, como expressou um R1 (GF4): “*Eu pelo menos, não sei nem por onde estudar essa coisa subjetiva desse jeito*”. Tal desconhecimento revela, em certo modo, uma ambiguidade médica, como sinalizado por Marquetti<sup>40</sup>, quando diz que há uma declaração de responsabilidade pela vida, mas negação de alguns tipos de mortes. “*Não é uma coisa que a gente dá importância na nossa formação*” (R2, GF3) foi um argumento que expressou a indiferença em relação ao tema, ainda que tendo ciência de seu impacto.

Na ausência da importância curricular dada a esse assunto, o privado organiza a prática assistencial. O privado, assim, extrapola a complementariedade da díade de ensino e serviço dos PRM, sendo protagonista, como apontou um MR:

*Por isso que tem que ter mais discussão e treinamento: você nivela todo mundo pelo básico. Não vai depender só da empatia do que você viveu e do contato com isso fora. (R2, GF5).*

Os PRM em pediatria não conseguiram propor treinamentos que superassem suas inabilidades, inocências, preconceitos e tabus, reforçando essa ambiguidade médica.

A complexidade do tema foi destacada pelos grupos, em um entendimento crítico de que “*Não envolve só a questão médica, envolve a questão psicológica, a questão emocional, não só do paciente, até do próprio médico em lidar com aquilo*” (R1, GF5). A saída, contudo, tende a ser um maior afastamento, e não a aquisição de habilidades. Nos primórdios da discussão da medicina brasileira sobre suicídio na juventude, Cassorla sinalizou alguns conflitos vivenciados na vida médica, comparando-os aos experimentados na adolescência<sup>41(1)</sup>:

Assim como o adolescente comumente necessita negar e reprimir os novos impulsos sexuais e agressivos, o médico também fará o mesmo com seus conflitos, evocados pelos dos seus pacientes. Com o tempo, o adolescente sadio conseguirá desfrutar de suas novas possibilidades; infelizmente, o clínico, na maioria das vezes não consegue.

Nos debates com e entre os MR, além do tabu do suicídio (categoria 1) e das peculiaridades da assistência pediátrica (categoria 2), cinco pontos foram identificados que justificavam as lacunas formativas, sendo três diretamente relacionados com o comportamento suicida – 1) baixa exposição ao tema; 2) desinteresse discente; e 3) desconforto provocado pelo assunto – e dois considerados como relevantes do ponto de vista da formação – 4) organização dos PRM; e 5) ímpeto anatomopatológico.

A baixa exposição sobre o tema esteve presente nas respostas dos questionários e nas falas das entrevistas coletivas. Foi interessante a constatação de que, agravando o

ponto anterior, houve desinteresse discente no assunto, o que permitiu uma crítica da participação ativa do MR em sua capacitação. A frase a seguir aponta esse argumento:

*O que eu quis dizer sobre não gostar, não que eu não estudaria, é que eu evitaria ao máximo. É muita coisa subjetiva e no meu ver me dá um pouco de preguiça. (R2, GF4).*

O desconforto que o assunto provocava nos MR apontou como a concepção da ‘suicidalidade’ é um tópico difícil tanto profissional quanto existencialmente. Tal desconforto foi usado como motivo para o desinteresse e compreendido como uma resposta aos tabus aqui abordados: “*A gente tenta um pouco ficar um pouco cega diante desse tema porque a gente não sabe lidar muito bem*” (R1, GF3).

A ampliação curricular e da duração dos PRM em pediatria pode reduzir o impacto provocado pelo ponto quatro, em que os MR sinalizaram não haver estágios obrigatórios nos quais poderiam receber supervisão adequada. Segundo os participantes, ainda que as expressões de comportamento suicida sejam frequentes na sociedade, são condições que não aparecem no cotidiano dos PRM. A organização dos PRM nem sempre prioriza as condições de maior prevalência e morbimortalidade. Um R2 (GF1) sugeriu: “*Deveria se inserir cenário que a gente possa vivenciar essas coisas na pediatria*”. Foi também sinalizado que os PRM carecem de espaços reflexivos, sob orientação, que proporcionem suporte emocional diante das intensas experiências do ensino e do serviço: “*Seria interessante ter um lugar para discutir isso que a gente não soube lidar, a gente não... a gente não lidou, a gente viveu*” (R2, GF5).

Ainda que um ponto pouco original quando se argumenta sobre educação médica, destacou-se o imperativo do modelo biomédico e anatomopatológico na práxis dos MR. Na concepção hegemônica de saúde e doença<sup>42</sup>, a ausência de lesão em um órgão-alvo ou um exame objetivo que normatize um diagnóstico

dificultam a compreensão do sofrimento psíquico, desqualificando-o por ser impalpável: “A saúde mental não é algo palpável, no sentido de não ter como eu auscultar, ver temperatura, não tem como ver aquilo dali que está errado” (R1, GF1).

A pesquisa reconheceu, diante dos tabus, inabilidades e desconfortos, que há caminhos possíveis de mudança nessas trajetórias formativas para que promovam melhor impacto na vida de crianças e adolescentes. Uma sentença demarcou que a sensibilização e o manejo de temas duros como o comportamento suicida extrapolam a lógica estabelecida no ensino médico, sinalizando que é preciso aprender e ensinar de ‘outro jeito’:

*A gente sabe fazer o exame físico, a gente sabe fazer as perguntas e aí quando acaba tudo a gente não sabe o diagnóstico. Mas com o suicídio a gente sabe o diagnóstico, entende que a criança tem um risco de suicídio, mas a gente não tem tanto jeito.* (R2, GF5).

## Perspectivas estratégicas

Realizada antes da implementação do terceiro ano obrigatório nos PRM em pediatria, esta investigação também buscou indicar possíveis estratégias formativas. Houve devolutivas aos PRM, em uma retribuição ética da pesquisa ao campo<sup>23</sup>. Contudo, não se realizou nova etapa de avaliação sobre como o tema comportamento suicida tem sido abordado nos PRM, o que pode se constituir objeto de estudos futuros.

Ao longo dos GF, muitos participantes se referiram à expressão ‘discussão’, em uma demanda quali-quantitativa de que atividades, sob direcionamento dos PRM, pudessem abordar esse tema, em uma perspectiva assistencial e enquanto suporte psicossocial discente. Valorizou-se o reconhecimento pelos próprios MR de suas limitações e sensibilidades.

A interconsulta psiquiátrica infantojuvenil, presencial ou em matriciamento, foi apontada

pelos pesquisadores como uma estratégia relevante, constituindo-se como uma ligação clínica entre a pediatria e a saúde mental, agregando especialistas às unidades pediátricas, e não deslocando a formação dos MR para cenários externos<sup>14</sup>. A capacitação de pediatras nesse tema precisa ser reconhecida como estratégica para o cuidado de crianças e adolescentes, minimizando as dificuldades de acesso a tratamentos específicos. Uma capacitação que se desenvolve internamente nos PRM tende a produzir maior envolvimento e responsabilização nos MR, amplificando conceitos aprendidos.

A transversalidade da saúde mental na formação pediátrica foi outra estratégia reconhecida, buscando uma articulação entre domínios biológicos, psicossociais e culturais ao estudo do desenvolvimento<sup>14</sup>. Nisso, argumenta-se que não apenas médicos psiquiatras são autorizados para essa supervisão, mas também outros profissionais da saúde mental e da assistência social. Diferentes aproximações teóricas e práticas sobre o sofrimento emocional são válidas para a formação pediátrica, principalmente se forem abordagens transversais, longitudinais e articuladas com a estrutura dos PRM.

## Considerações finais

O percurso metodológico aqui apreendido mostrou-se pertinente aos objetivos propostos, tendo também permitido devolutivas acadêmicas e de suporte aos MR, e propositivas aos PRM. Assente-se, entretanto, que o olhar aprofundado sobre cinco PRM em pediatria da Região Metropolitana Fluminense não permite uma compreensão da realidade pediátrica nacional. Ainda assim, é possível reconhecer sua relevância para planejamentos organizacionais e curriculares sobre a formação pediátrica, principalmente aquelas vinculadas ao SUS. Como limitação, reconhece-se que a realidade aqui apresentada foi pesquisada em 2018. Compreende-se, contudo, que as análises

realizadas ainda podem refletir o cenário dos PRM, considerando as dificuldades para implantação das mudanças curriculares propostas em 2019.

Deve ser apontado que, em 2018, o tema do comportamento suicida na infância e adolescência ganhou maior penetrância e repercussão na sociedade, influenciada pelas mídias digitais. Entendeu-se, nesta discussão, que a dimensão das redes sociais, em 2025, seja maior do que a experimentada durante a coleta de dados, preferindo-se não dar ênfase a esse tópico, o que também pode ser entendido como uma limitação. Nisso, assume-se a necessidade de aprofundar essa temática sob a perspectiva das redes sociais.

Suicídio e comportamento suicida foram, ao longo deste texto, apresentados alternadamente, ambos como expressão de violência autoprovocada e sofrimento emocional. Não foram aqui argumentados como sinônimos, mas como conceitos sobrepostos, em que o termo suicídio, por sua força semântica, destacou-se na voz dos participantes.

Reitera-se que as lacunas formativas sobre comportamento suicida se destacaram nos PRM, facilitando que o senso comum, o silêncio e as experiências e vivências pessoais direcionassem o cuidado pediátrico. O tabu do suicídio em crianças e adolescentes tensiona tabus antecessores, de forma que as propostas pedagógicas precisam intervir previamente sobre os tabus do suicídio e da morte. Assim, olhar novamente para os resultados deste estudo conduziu à reafirmação de que, para a validação do comportamento suicida na infância e adolescência como um problema sanitário e uma das marcas da transição epidemiológica pediátrica, mudanças na formação

de profissionais que assistem crianças e adolescentes são necessárias. Isso se torna mais relevante quando se avalia que muitos dos PRM no País são vinculados a unidades públicas de saúde.

Encerra-se considerando que o que foi investigado sobre a formação médica pediátrica possa estimular sua extrapolação para a formação de outros profissionais de saúde. Outrossim, reconhecem-se diferenças e limitações nessa comparação, mas também são consideradas as dimensões interdisciplinares do cuidado pediátrico. Os espaços de formação médica precisam ser mais bem compartilhados com diferentes profissionais, evidenciando o caráter interdisciplinar e multiprofissional que esse tema demanda, principalmente diante das complexidades experimentadas nas diferentes adolescências. Assim, construindo oportunidades diante de desafios clínicos e epidemiológicos, o comportamento suicida pode se tornar motivador de reorganização de espaços de ensino e serviço em saúde, como propõem os programas de residência.

## Contribuições de autoria

Silva Filho OC (0000-0002-5268-6097)\* e Minayo MCS (0000-0001-6187-9301)\* colaboraram para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Moura LNF (0000-0003-1148-324X)\*, Puig DNS (0000-0003-0285-0714)\* e Scardua MT (0000-0001-8642-6229)\* colaboraram para coleta, análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Fiorini Puccini RF, Ribeiro ACA, Zöllner ACR, et al. As EPAs (Entrustable Professional Activities) na Graduação Médica na Área de Pediatria: Proposta da SBP – maio de 2025 [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2025 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/sbp/2025/maio/30/24925c-Diretriz\\_-As\\_EPAs\\_na\\_graduacao\\_medica\\_na\\_area\\_de\\_pediatria\\_1\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/30/24925c-Diretriz_-As_EPAs_na_graduacao_medica_na_area_de_pediatria_1_.pdf)
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Requisitos mínimos para o Programa de Residência em Pediatria [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2010 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf)
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Formação e áreas de atuação da pediatria [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2011 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/formacao-e-areas-de-atuacao-da-pediatria/>
4. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
5. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(2):321-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>
6. Vasconcelos MMA, Vargas LNCC, Santos AF, et al. Habilidades dos residentes de pediatria na abordagem dos transtornos mentais na infância. *Rev Ped SOPERJ*. 2018;18(2):18-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p18-23>
7. Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, et al. Introduction: Addressing the millennial morbidity—the context of community pediatrics. *Pediatrics*. 2005;115(4 Supl):1121-3. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2825b>
8. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*. 2011;7:7-12.
9. Lima JCS. A residência médica: articulações entre a prática e o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
10. Guillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2000.
11. The American Board of Pediatrics. Entrustable Professional Activities (EPAs). ABR [Internet]. 2025 set 12 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: <https://www.abp.org/content/entrustable-professional-activities-epas>
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Residência Médica de Pediatria com duração de três anos: Proposta SBP [Internet]. [local desconhecido]: SBP; 2010 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=6532-pediatria-sesu-rm&Itemid=30192](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6532-pediatria-sesu-rm&Itemid=30192)
13. Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2016 dez 30 [acesso em 2025 set 21]; Edição 251; Seção I:200-1. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category\\_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192;%202016](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192;%202016)
14. Silva Filho OC. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no rio de janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira; 2019.

15. Silva Filho OC, Minayo MCS. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(7):2693-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
16. Thapar A, Pine DS, Leckam JF, et al. *Rutter's child and adolescence psychiatry*. 6th ed. Oxford: Wiley; 2015.
17. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: WHO; 2014.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*. *Boletim Epidemiológico*. 2024;55(4):1-18.
19. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
20. Minayo MCS, Costa AP. *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação*. Aveiro: Ludomedia; 2019.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
22. Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. A construção do objeto – o fato é construído: as formas da demissão empirista. In: *Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 45-47.
24. Gaskell G. *Entrevistas individuais e grupais*. In: *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-73.
25. Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect*. 2010;6(3):251-61.
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70; 1977.
27. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Nacional; 1966.
28. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
29. Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 2010;31(3):185-205.
30. Lopes FH. *Suicídio & Saber Médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Apicuri; 2008.
31. Dias ML. *Suicídio: testemunhos de adeus*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1991.
32. Pereira JS. *História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX* [tese na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-6X6KSN/tese\\_doutorado\\_junia.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-6X6KSN/tese_doutorado_junia.pdf?sequence=1)
33. World Health Organization. *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*. New York: United Nations; World Health Organization; Interim Commission; 1948.
34. Abreu C. *As Primaveras*. São Paulo: Livraria Editora Martins S/A; 1972.
35. Ariès P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
36. Castellanos MEP. *A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
37. 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*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. 1990 jul 16; Edição 135, Seção I:13563.

38. Coates V, Beznos GW, Françoso LA, coordenadores. Medicina do adolescente. 2ª ed. rev. São Paulo: Sarvier; 2003.
39. Grossman E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolesc Saúde*. 2010;7(3):47-51.
40. Marquetti FC. O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores. São Paulo: Editora Fap-Unifesp; 2011.
41. Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1981.
42. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

---

Recebido em 31/07/2025

Aprovado em 03/11/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados ([https://btd.ibict.br/vufind/Record/CR\\_UZ\\_8b894496b7d2c9027153c87e7850d301](https://btd.ibict.br/vufind/Record/CR_UZ_8b894496b7d2c9027153c87e7850d301))

Suporte financeiro: não houve

**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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

## Notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em um estado da Amazônia Legal

*Notifications of intentionally self-inflicted injuries in adolescents residing in a state within the Legal Amazon region*

Leonardo José Araujo Campos<sup>1,2</sup>, Francine Nesello Melanda<sup>1</sup>, Silvana Maria Silva<sup>1</sup>, Amanda Cristina de Souza Andrade<sup>1,3</sup>, Marta Ester Conciani<sup>1,4</sup>, Lígia Regina Oliveira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110365P

**RESUMO** Lesões autoprovocadas abrangem lesões com e sem intenção suicida, sendo um importante preditor de suicídio e, portanto, um relevante problema de saúde pública, pois o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens no mundo. O estudo objetivou analisar o perfil dos casos notificados de violência autoprovocada entre adolescentes residentes em Mato Grosso, no período de 2011 a 2020, e a tendência da completude dos dados das fichas de notificação. Estudo descritivo baseado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Analisaram-se 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes (10 a 19 anos) extraídas da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Observou-se maior proporção de casos no sexo feminino (75%), faixa etária 15 a 19 anos (75,4%) e cor/raça parda (56,1%), com 88,8% ocorridos em residências. O envenenamento foi o meio mais utilizado (51,6%), seguido por objetos perfurocortantes (28,4%). A totalidade dos 40 campos revelou 47,5% com preenchimento ‘excelente’, 20% ‘bom’, 20% ‘regular’ e 12,5% ‘ruim’, a maioria com tendência estacionária. É fundamental dar visibilidade às lesões autoprovocadas não fatais e aprimorar a qualidade da informação para a implementação de políticas públicas para prevenção desses eventos.

**PALAVRAS-CHAVE** Autolesão intencional. Tentativa de suicídio. Notificação. Sistema de Informações de Agravos de Notificação.

**ABSTRACT** *Self-injurious behavior includes injuries with and without suicidal intent and is an important predictor of suicide, making it a relevant public health problem, as suicide is one of the main causes of death among young people worldwide. The study aimed to analyze reported cases of self-injurious behavior among adolescents living in Mato Grosso between 2011 and 2020 and the completeness of the event notification forms. A descriptive study based on secondary data from the Notifiable Injuries Information System was conducted. A total of 1,421 reports of self-harm in adolescents (10 to 19 years old) were analyzed, extracted from the notification form for interpersonal and self-harm. A higher proportion of cases was observed among females (75%), in the 15 to 19 age group (75.4%), and among those with brown skin color/race (56.1%), with 88.8% occurring at home. Poisoning was the most common method (51.6%), followed by sharp objects (28.4%). Of the 40 fields, 47.5% were rated ‘excellent’, 20% ‘good’, 20% ‘regular’, and 12.5% ‘poor’, with most showing a steady trend. Providing visibility to non-fatal self-inflicted injuries and improving the quality of information are essential for implementing public policies to prevent these events.*

**KEYWORDS** *Self-injurious behavior. Suicide, attempted. Notification. Health Information Systems.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Grupo de Pesquisa CNPq Violências, Acidentes e Saúde Coletiva (GPVASC) - Cuiabá (MT), Brasil.  
ligia.oliveira@ufmt.br

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - São José do Povo (MT), Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup> Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT), Escola de Saúde Pública (ESP) - Cuiabá (MT), Brasil.



## Introdução

As lesões autoprovocadas são um fenômeno de relevância social e com grande impacto na saúde pública. Diversos autores relatam o aumento expressivo, nos últimos anos, de casos, notificações e hospitalizações, principalmente entre adolescentes e jovens adultos<sup>1-4</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para a dificuldade de compreender esse fenômeno, que atinge todos os países e todas as faixas etárias, apresentando-se como uma das principais causas de óbito entre os jovens do mundo todo.

Os suicídios, que têm como importantes preditores as lesões autoprovocadas intencionalmente, são responsáveis pela segunda causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos<sup>1,5,6</sup> e mostram tendência crescente em anos recentes<sup>2,7,8</sup>. Embora historicamente a contribuição dos suicídios entre adolescentes tenha sido menor do que entre jovens adultos, essa discrepância diminuiu ao longo do tempo, como aponta um estudo realizado no Brasil entre 2000 e 2022, que revelou uma variação de 185,27% entre adolescentes em comparação com 111,78% entre jovens adultos<sup>8</sup>. O estudo mostra ainda que, em 2022, a taxa de suicídio em adolescentes foi equivalente a 53,6 vezes a taxa do ano inicial da série, enquanto na população geral foi 4 vezes<sup>8</sup>.

A dificuldade no debate sobre as lesões autoprovocadas apresenta-se pela escassez de estudos sobre o tema, bem como diante da necessidade de maior convergência entre os pesquisadores do chamado comportamento suicida<sup>9-11</sup>. O comportamento suicida é apontado como um conjunto de atitudes, divididas em três momentos: a ideação suicida, em que o sujeito acredita que, colocando fim em sua vida, seu sofrimento vai ser reduzido; o planejamento, quando o sujeito idealiza meios e métodos para tirar a própria vida; e a tentativa de suicídio, quando existe uma ação deliberada do sujeito para pôr fim à sua vida, com desfecho em óbito ou não<sup>12</sup>.

Sendo assim, as lesões autoprovocadas, com ou sem intenção de pôr fim à vida, estão constantemente relacionadas ao comportamento suicida. A diferença crucial é a intenção do sujeito, se este idealizou e planejou o ato com a intenção de morrer ou se praticou a autolesão na tentativa de reduzir seu sofrimento, sem o óbito como solução<sup>5,13</sup>. Identificar se a intenção da lesão autoprovocada é o óbito ou não é uma tarefa difícil para os estudos com dados secundários, sendo a informação por vezes desconhecida, a não ser por alguns indicativos, como a letalidade e a repetição de ocorrência<sup>2,5,13</sup>. Tal fato ainda interfere decisivamente no acompanhamento dos casos e na elaboração de estratégias de prevenção<sup>11,14</sup>.

Os dados epidemiológicos sobre lesões autoprovocadas intencionalmente são bastante controversos e divergentes, dependendo do tipo de estudo, do modelo de coleta de dados e da população estudada. Entretanto, a literatura apresenta consenso ao afirmar que se trata de um fenômeno que está aumentando na contemporaneidade, principalmente entre adolescentes e jovens<sup>9,10,15-17</sup>.

A Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência<sup>18</sup>, instituída em 2001, é um marco importante para enfrentamento e prevenção das violências no Brasil. Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, considerando, entre outros fatores: o aumento na frequência do comportamento suicida; o impacto e os danos causados pelas tentativas nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; a importância epidemiológica do registro; e a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio<sup>19</sup>.

Desde então, estratégias de prevenção do suicídio têm sido adotadas no País<sup>20</sup>, em especial em 2017, com o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde<sup>21</sup>, contemplando ações relativas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde – assim como a formação de um Comitê Gestor para elaboração de um

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio em 2017, a promulgação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) em 2019<sup>22</sup> e a formação do Comitê Gestor da PNPAS em 2020<sup>23</sup>. Apesar de estratégias em nível nacional, ainda há desafios na implementação e articulação das ações, como colaboração multissetorial, capacitação e vigilância, monitoramento e avaliação<sup>24,25</sup>.

No Brasil, a principal fonte de dados de casos não fatais de lesões autoprovocadas intencionalmente é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva-Sinan), que embora tenha sido implantado entre 2006 e 2008, foi somente a partir de 2009 que esses eventos foram acrescidos à lista de notificação compulsória e incorporados ao Sinan<sup>26</sup>. Desde 2014, o suicídio e os casos suspeitos de tentativas de suicídio passaram a ser considerados agravos de notificação compulsória imediata<sup>27</sup>.

Para garantir informações atualizadas sobre agravos de notificação, as unidades de saúde registram os dados provenientes de sua rotina de atendimentos. No caso das lesões autoprovocadas, é utilizada a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que deve ser preenchida em duas vias: uma permanece na unidade notificadora e a outra deve ser encaminhada ao setor responsável por digitação, processamento e consolidação dos dados nas secretarias municipais de saúde<sup>26</sup>.

O uso da ficha de notificação pode ser avaliado por meio da qualidade da informação, calculada pela completitude do preenchimento dos campos do formulário<sup>28</sup>. A completitude, portanto, diz respeito à inclusão de todas as respostas possíveis do formulário de notificação que permitam descrever e qualificar a situação que está sendo notificada, ou seja, o quanto os registros notificados não são considerados nulos<sup>29</sup>. O preenchimento adequado da ficha de notificação tem sido apontado por diversos autores como uma das grandes dificuldades do Viva-Sinan, e a melhora na qualidade das informações é um dos grandes desafios da vigilância em saúde<sup>28,30</sup>.

Sob esse aspecto, a notificação tem função de desencadear processos e potencializar as ações da vigilância em saúde, mediante o panorama de saúde que elas possibilitam, favorecendo o acompanhamento das condições de saúde e dos fatores de risco da população<sup>31</sup>. Dessa forma, a notificação de lesões autoprovocadas, bem como a utilização dos dados provenientes do sistema de informação, favorece ações realizadas no âmbito da saúde pública, como a elaboração de estratégias em todos os níveis de atenção, garantindo as especificidades de cada local, por meio de prevenção, promoção de saúde, capacitação de profissionais de saúde, entre outros<sup>32</sup>.

Considerando o exposto, o estudo objetivou analisar o perfil dos casos notificados de violência autoprovocada entre adolescentes residentes em Mato Grosso, no período de 2011 a 2020, e a tendência da completitude dos dados das fichas de notificação.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Foram estudados os casos de lesões autoprovocadas intencionalmente notificados em Mato Grosso pelo Viva-Sinan no período de 2011 a 2020 para a faixa etária de 10 a 19 anos. O estado de Mato Grosso é o único da região Centro-Oeste que compõe a Amazônia Legal, que corresponde à área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia<sup>33</sup>. A população no Censo demográfico de 2022 era de 3.658.649 habitantes, sendo 535.655 (14,6%) de 10 a 19 anos<sup>34</sup>.

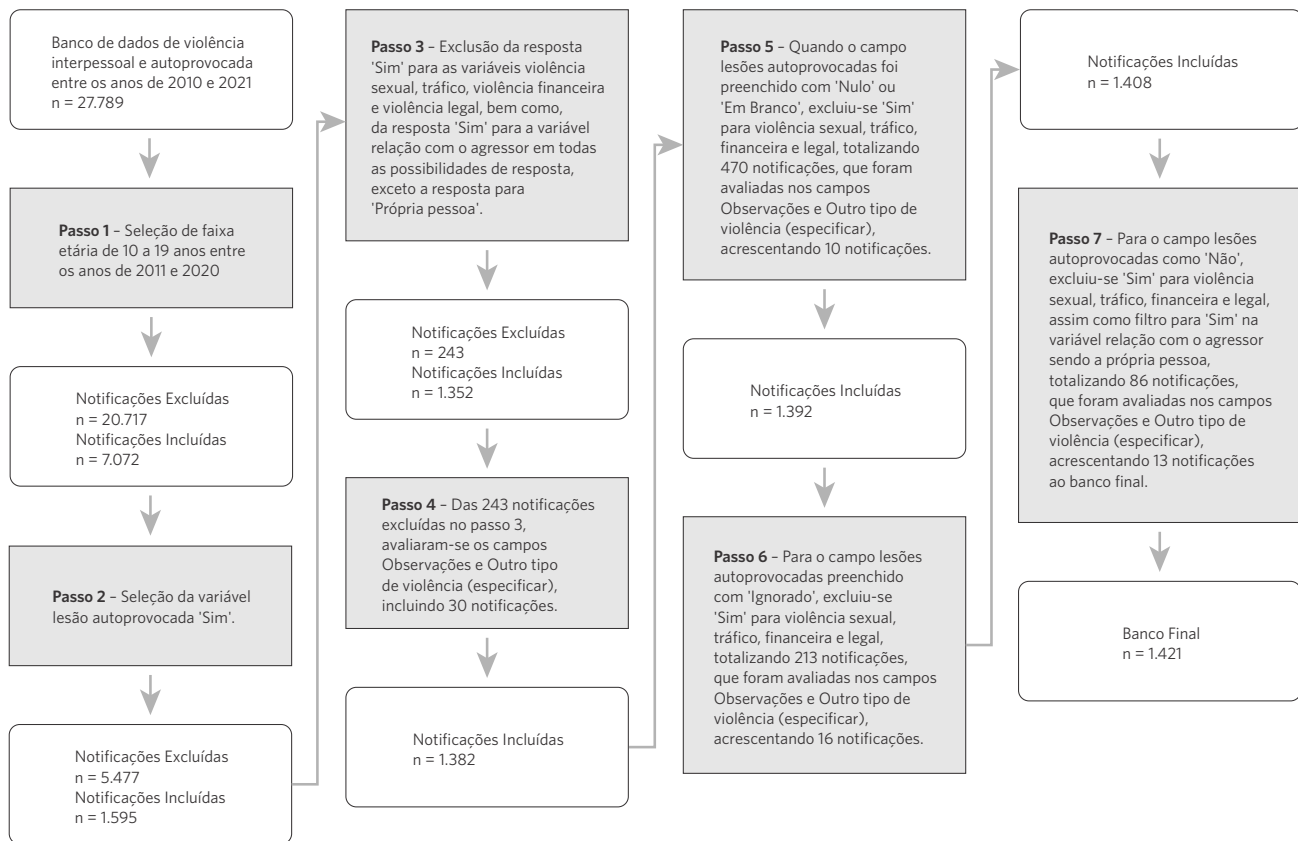
O banco de dados foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES-MT). A opção por tal período se deve ao fato de que, apesar da disponibilidade de dados desde 2009, somente a partir de 2011 houve obrigatoriedade da notificação das lesões autoprovocadas por todas as unidades de saúde no estado.

Foram incluídos todos os casos de residentes no estado de Mato Grosso registrados e

ocorridos de 2011 a 2020 e excluídos os registros de casos de violências interpessoais. Visando identificar dados incorretos nas fichas de notificação, foram analisadas as

inconsistências<sup>30</sup>, no banco de dados original, quanto ao tipo de violência, se interpessoal ou autoprovocada, e efetuadas as devidas correções, como demonstrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxo de inclusão e exclusão de notificações



Fonte: elaboração própria.

As variáveis incluídas no estudo foram selecionadas de acordo com o Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada<sup>26</sup>, sendo consideradas variáveis obrigatórias aquelas com “campo de preenchimento obrigatório – é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan”<sup>26(29)</sup> – e variáveis essenciais com “campo essencial – é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou

operacional”<sup>26(29)</sup>. Neste estudo, para fins da análise de completitude, não foram analisados os campos-chave, que “é aquele que identifica o registro no sistema”<sup>26(29)</sup>, tendo em vista que, sem esse registro, não é possível realizar a inserção da ficha de notificação na base de dados do sistema<sup>26,35</sup>.

Variáveis obrigatórias: sexo (feminino; masculino; ignorado); faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos); gestante (sim; não; ignorado); orientação sexual (bissexual; heterossexual; homossexual; ignorado); identidade de gênero

(transsexual homem; transsexual mulher; travesti; ignorado); local de ocorrência (residência; escola; via pública e outros; ignorado); encaminhamento (rede de saúde; rede de assistência social; rede de educação; rede de atendimento à mulher; conselho tutelar; ministério público; delegacia de proteção à criança e adolescente; delegacia de atendimento à mulher; outras delegacias; justiça da infância e da juventude; defensoria pública; ignorado). As variáveis 'orientação sexual' e 'identidade de gênero' são campos incluídos na ficha de notificação a partir de outubro de 2014<sup>27</sup>.

Variáveis essenciais: zona de residência (rural e periurbana; urbana; ignorado); raça/cor (branca; preta; parda; indígena; amarela; ignorado); escolaridade (fundamental; médio; completo; ignorado); situação conjugal (solteiro/separado; casado/união consensual); presença de deficiência ou transtorno (sim; não; ignorado); uso de álcool (sim; não; ignorado); meio utilizado (enforcamento; uso de objeto contundente; uso de objeto perfurocortante; uso de substância quente; envenenamento/intoxicação; uso de arma de fogo; ameaça; outro meio; ignorado); zona de ocorrência (urbana/periurbana; rural; ignorado); hora de ocorrência (dia – 6h até 17h59; noite – 18h até 23h59; madrugada – 0h até 5h59); ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado).

Para análise da estatística descritiva, foi realizado o cálculo de medidas de frequências absolutas e relativas das variáveis, relacionadas às características da vítima e da violência, estratificado por sexo. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para a comparação das proporções entre os sexos<sup>36</sup>. Foram calculadas as taxas de notificação por ano (por 10 mil habitantes), considerando como numerador o número de notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes, e como denominador, as estimativas da população de adolescente disponibilizadas pelo DataSUS para cada ano.

A completitude dos diversos campos da ficha de notificação foi definida pelo grau de preenchimento da variável a ser analisada e mensurada pela proporção de notificações por

ano com categoria diferente de informação desconhecida (ignorado) ou não preenchido (em branco)<sup>30</sup>. Foi utilizado, para classificação, o grau de completitude convencionado por Romero e Cunha<sup>37</sup> e orientado pelo Ministério da Saúde<sup>30</sup>: 'Excelente', quando a variável apresentou mais que 95% de preenchimento; 'Bom', preenchimento de 95% a 90%; 'Regular', de 90% a 80%; 'Ruim', de 80% a 50%; e 'Muito ruim', quando foi menor que 50%.

Para a análise de tendência temporal da completitude das fichas de notificação, foi utilizada a regressão linear simples e calculada a Variação Percentual Anual (VPA) das taxas de preenchimento das variáveis e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). No caso de VPA positivo, a série temporal é crescente, se for negativo, é decrescente, ou estacionária se não houver diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ )<sup>38</sup>. Os percentuais de completitude foram considerados como variáveis dependentes (Y), e os anos da série, como independentes (X).

As análises foram realizadas nos programas Microsoft Excel 2010®, Minitab versão 19.1 e Stata versão 16. Adotou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso – Saúde, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45860621.0000.8124, Parecer de aprovação nº 4.858.500. Todos os requisitos e fundamentos éticos e científicos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, foram respeitados<sup>39</sup>.

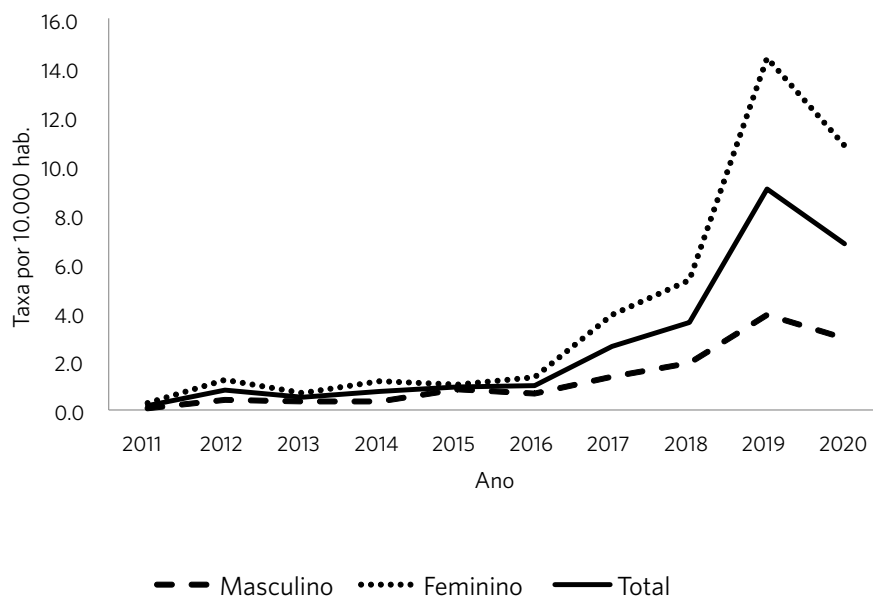
## Resultados

Entre os anos de 2011 e 2020, foram registradas 1.421 notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso. Destas, 1.066 notificações foram no sexo feminino (75%) e maior frequência na faixa etária de 15 a 19 anos (1.072; 75,4%).

A distribuição temporal das taxas de notificação decorrentes de lesões autoprovocadas em adolescentes por sexo é apresentada no gráfico 1. Observa-se aumento das taxas a partir de 2017 (3,88/10 mil feminino e 1,36/10 mil masculino), sendo o pico de notificação em

2019, com taxas de 14,38/10 mil para o sexo feminino e 3,89/10 mil para o sexo masculino. Foi observada a queda na taxa de notificações no ano de 2020 – 6,79/10 mil habitantes (10,81/10 mil feminino e 2,93/10 mil masculino).

Gráfico 1. Distribuição temporal das taxas de notificação decorrentes de lesões autoprovocadas em adolescentes, por sexo. Mato Grosso, 2011-2020



Fonte: elaboração própria.

As características da população e do evento são apresentadas na tabela 1. Adolescentes autodeclarados pardos se destacaram com mais da metade dos casos (56,1%). Diferentemente das outras categorias da variável raça/cor, que tiveram maior frequência entre o sexo feminino, em indígenas, prevaleceu o sexo

masculino (73,9%). Constatou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da variável raça/cor segundo o sexo, assim como para faixa etária e situação conjugal. Solteiro ou separado representaram 88,7% das notificações no sexo feminino e 96% no sexo masculino.

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa Etária</b>	<b>n = 1.421</b>		<b>n = 355</b>		<b>n = 1.066</b>		<b>&lt; 0,001</b>
10 a 14 anos	349	24,6	49	13,8	300	28,1	
15 a 19 anos	1.072	75,4	306	86,2	766	71,9	
<b>Raça/cor</b>	<b>n = 1.366</b>		<b>n = 355</b>		<b>n = 1.011</b>		<b>&lt; 0,001</b>
Amarela	16	1,2	5	1,5	11	1,1	
Branca	468	34,5	98	28,5	370	36,6	
Indígena	23	1,7	17	4,9	6	0,6	
Parda	760	56,1	197	57,3	563	55,7	
Preta	88	6,5	27	7,8	61	6,0	
<b>Escolaridade</b>	<b>n = 1.125</b>		<b>n = 280</b>		<b>n = 845</b>		<b>0,498</b>
Fundamental	464	41,2	109	38,9	355	42,0	
Médio	614	54,6	161	57,5	453	53,6	
Superior	47	4,2	10	3,6	37	4,4	
<b>Situação conjugal</b>	<b>n = 1.125</b>		<b>n = 280</b>		<b>n = 845</b>		<b>0,498</b>
Solteiro/separado	1.155	90,6	316	96,0	839	88,7	
Casado/união consensual	120	9,4	13	4,0	107	11,3	
<b>Orientação sexual*</b>	<b>n = 903</b>		<b>n = 225</b>		<b>n = 678</b>		<b>0,022</b>
Bissexual	14	1,5	5	2,2	9	1,3	
Heterossexual	833	92,3	198	88,0	635	93,7	
Homossexual	56	6,2	22	9,8	34	5,0	
<b>Identidade de gênero*</b>	<b>n = 23</b>		<b>n = 13</b>		<b>n = 10</b>		<b>0,002</b>
Transexual homem	8	34,8	7	53,8	1	10,0	
Transexual mulher	11	47,8	2	15,4	9	90,0	
Travesti	4	17,4	4	30,8	0,00	0,00	
<b>Deficiência e/ou transtorno</b>	<b>n = 1.231</b>		<b>n = 313</b>		<b>n = 918</b>		<b>0,468</b>
Sim	381	31,0	102	32,6	279	30,4	
<b>Uso de álcool</b>	<b>n = 1.064</b>		<b>n = 272</b>		<b>n = 792</b>		<b>&lt; 0,001</b>
Sim	130	12,2	65	23,9	65	8,2	
<b>Zona de residência</b>	<b>n = 1.398</b>		<b>n = 349</b>		<b>n = 1.049</b>		<b>&lt; 0,001</b>
Urbana/periurbana	1.292	92,3	305	87,4	985	93,9	
Rural	108	7,7	44	12,6	64	6,1	

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Meio utilizado</b>							
Enforcamento		n = 1.373		n = 348		n = 1.025	< 0,001
Sim	135	9,5	64	18,0	71	6,7	
Força corporal		n = 1.372		n = 346		n = 1.026	0,225
Sim	22	1,6	8	2,3	14	1,4	
Objeto contundente		n = 1370		n = 344		n = 1.026	0,353
Sim	31	2,2	10	2,8	21	2,0	
Objeto perfurocortante		n = 1.377		n = 346		n = 1.031	0,179
Sim	391	27,5	108	30,4	283	26,5	
Substância/objeto quente		n = 1.374		n = 346		n = 1.028	0,124
Sim	7	0,5	-	-	7	0,7	
Envenenamento/intoxicação		n = 1.388		n = 349		n = 1.039	< 0,001
Sim	717	50,5	131	36,9	586	55,0	
Arma de fogo		n = 1.370		n = 345		n = 1.025	0,001
Sim	16	1,1	10	2,8	6	0,6	
Ameaça		n = 1.370		n = 346		n = 1.024	0,215
Sim	11	0,8	1	0,3	10	1,0	
Outro meio		n = 1.347		n = 342		n = 1.005	0,138
Sim	190	14,1	40	11,7	150	14,9	
<b>Zona da ocorrência</b>		<b>n = 1.366</b>		<b>n = 343</b>		<b>n = 1.023</b>	<b>0,001</b>
Urbana/periurbana	1.245	91,1	297	86,6	948	92,7	
Rural	121	8,9	46	13,4	75	7,3	
<b>Local da ocorrência</b>		<b>n = 1.383</b>		<b>n = 342</b>		<b>n = 1.041</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Escola	39	2,8	7	2,0	32	3,1	
Residência	1.228	88,8	276	80,7	952	91,5	
Via pública	56	4,0	25	7,3	31	3,0	
Outros	60	4,3	34	9,9	26	2,5	
<b>Hora da ocorrência</b>		<b>n = 1.001</b>		<b>n = 241</b>		<b>n = 760</b>	<b>0,544</b>
Dia	486	48,5	110	45,6	376	49,5	
Noite	363	36,2	94	39,0	269	35,4	
Madrugada	152	15,3	37	15,4	115	15,1	

Tabela 1. Características dos casos notificados de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes segundo sexo. Mato Grosso, 2011-2020

Variáveis	Sexo						p-valor
	Total (n = 1.421)		Masculino (n = 355)		Feminino (n = 1.066)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Ocorreu outras vezes</b>	<b>n = 1.191</b>		<b>n = 306</b>		<b>n = 885</b>		<b>0,903</b>
Sim	638	53,6	163	53,3	475	53,7	
<b>Encaminhamento</b>							
Rede de saúde	n = 1.238		n = 310		n = 928		0,012
Sim	884	71,4	204	65,8	680	73,3	
Rede de assistência social	n = 1.217		n = 300		n = 917		0,195
Sim	234	19,2	50	16,7	184	20,1	
Rede de educação*	n = 1.182		n = 290		n = 892		0,190
Sim	12	1,0	1	0,3	11	1,2	
Rede de atendimento à mulher	n = 1.277		n = 321		n = 956		0,995
Sim	4	0,3	1	0,3	3	0,3	
Conselho Tutelar	n = 1.269		n = 319		n = 950		0,311
Sim	143	11,3	31	9,7	112	11,8	
Ministério Público	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,219
Sim	27	2,1	4	1,3	23	2,4	
Delegacia de proteção à criança e adolescente	n = 1.275		n = 319		n = 956		0,010
Sim	10	0,8	6	1,9	4	0,4	
Delegacia de atendimento à mulher	n = 1.282		n = 320		n = 962		0,414
Sim	2	0,2	-	-	2	0,2	
Outras delegacias	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,690
Sim	36	2,8	10	3,1	26	2,7	
Justiça da infância e da juventude	n = 1.279		n = 319		n = 960		0,436
Sim	5	0,4	2	0,6	3	0,3	
Defensoria Pública*	n = 1.185		n = 289		n = 896		0,570
Sim	1	0,1	-	-	1	0,1	

Fonte: elaboração própria.

\* Variável incluída na ficha de notificação a partir de 2015.

Notas: os valores das categorias indicados como 'ignorado' e 'vazio' foram excluídos da análise. A variável 'Meio utilizado' não soma o valor total, considerando que se pode assinalar mais de uma opção para cada uma delas na Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada.

Houve diferença significativa na distribuição da variável orientação sexual segundo o sexo com maior frequência entre heterossexuais (92,3%); entre o sexo masculino, 9,8% se declararam homossexuais, e 5% entre o sexo feminino. Com relação à identidade de gênero, entre o sexo feminino, 10% eram transexuais, e no sexo masculino, 15,4%.

A presença de deficiência ou transtorno foi de 31%, com frequência semelhante em ambos os sexos. A residência em zona urbana apresentou maior frequência entre os casos notificados (92,3%) com diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Referente ao meio utilizado para perpetrar a autolesão, o envenenamento ou a intoxicação foram os mais frequentes (50,5%), representando 55% das lesões do sexo feminino e 36,9% do sexo masculino. O enforcamento e o uso de arma de fogo apresentaram maior frequência entre o sexo masculino (18% e 2,8% respectivamente) em detrimento do sexo feminino (6,7% e 0,6% respectivamente), ambos com associação estatisticamente significativa.

No que se refere à zona de ocorrência, prevaleceu a urbana (91,1%), apresentando diferença significativa entre os sexos, 92,7% das notificações no feminino e 86,6% no masculino. Quanto ao local de ocorrência, a maior parte das notificações (88,8%) se deu na residência em ambos os sexos. A recorrência das lesões autoprovocadas foi de 53% dos casos notificados, e não diferiu entre os sexos. O encaminhamento para a rede de saúde foi o mais frequente (71,4%), apresentando diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com maior frequência no sexo feminino.

A análise de completitude, apresentada na *tabela 2*, contemplou 40 campos e 1.421 notificações, sendo 19 variáveis (47,5%) apresentadas com preenchimento ‘excelente’, 8 (20%) com preenchimento ‘bom’, 8 (20%) com ‘regular’ e 5 (12,5%) com o preenchimento ‘ruim’. Com relação à tendência, 45% das variáveis apresentaram tendência crescente, e 55%, estacionária.

Tabela 2. Tendência e grau de completitude dos dados da ficha de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes. Mato Grosso, 2011 a 2020

Variáveis	Completitude (%)	Grau de		IC 95%	Tendência
		Completitude	VPA (%)		
<b>Sociodemográficas</b>					
Gestantes*	88,1	Regular	-0,95	(-2,97; 1,07)	Estacionária
Raça/cor	95,3	Excelente	1,22	(-0,72; 3,16)	Estacionária
Escolaridade+	79,1	Ruim	0,86	(-2,13; 3,86)	Estacionária
Situação conjugal+	93,0	Bom	0,69	(-1,15; 2,53)	Estacionária
Orientação sexual*,#	79,3	Ruim	9,56	(-3,12; 22,25)	Estacionária
Identidade Gênero*,#	61,1	Ruim	5,98	(-0,65; 12,61)	Estacionária
Deficiência e/ou transtorno+	86,6	Regular	2,16	(-1,54; 5,85)	Estacionária
Deficiência física	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência intelectual	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência visual	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária
Deficiência auditiva	96,9	Excelente	0,32	(-0,6; 1,24)	Estacionária

Tabela 2. Tendência e grau de completude dos dados da ficha de notificação de lesões autoprovocadas intencionalmente entre adolescentes. Mato Grosso, 2011 a 2020

Variáveis	Completude (%)	Grau de		IC 95%	Tendência
		Completude	VPA (%)		
Outra deficiência	95,8	Excelente	0,47	(-0,57; 1,51)	Estacionária
Transtorno mental	97,6	Excelente	0,47	(-0,47; 1,42)	Estacionária
Transtorno de comportamento	97,6	Excelente	0,17	(-0,58; 0,92)	Estacionária
Uso de álcool+	74,9	Ruim	2,61	(-1,21; 6,44)	Estacionária
Zona de residência+	98,4	Excelente	0,01	(-0,37; 0,39)	Estacionária
<b>Meio de agressão*</b>					
Enforcamento	96,6	Excelente	0,90	(0,25; 4,1)#	Crescente
Força corporal/espantamento	96,5	Excelente	0,90	(0,34; 4,12)#	Crescente
Objeto contundente	96,4	Excelente	0,90	(0,2; 3,95)#	Crescente
Objeto perfurocortante	96,9	Excelente	0,90	(0,2; 3,91)#	Crescente
Substância/objeto quente	96,7	Excelente	0,90	(0,15; 4,09)#	Crescente
Envenenamento/intoxicação	97,7	Excelente	1,00	(-0,28; 1,11)	Estacionária
Arma de fogo	96,4	Excelente	0,90	(0,2; 4,04)#	Crescente
Ameaça	96,4	Excelente	0,90	(0,19; 4,04)#	Crescente
Outro	94,8	Bom	0,80	(0,87; 5,66)#	Crescente
<b>Ocorrência</b>					
Zona da ocorrência*	96,1	Excelente	0,74	(-0,56; 2,05)	Estacionária
Local da ocorrência+	97,3	Excelente	2,02	(0,36; 3,67)#	Crescente
Hora da ocorrência*	70,4	Ruim	0,70	(-1,31; 7,10)	Estacionária
Ocorreu outras vezes*	83,8	Regular	2,62	(-1,27; 6,52)	Estacionária
<b>Encaminhamento*</b>					
Rede de saúde	87,1	Regular	7,29	(2,94; 11,61)§	Crescente
Rede de assistência social	85,6	Regular	12,12	(5,25; 19,00)§	Crescente
Rede de educação+	91,1	Bom	3,85	(-1,22; 8,93)	Estacionária
Rede de atendimento à mulher	89,8	Regular	3,53	(1,39; 6,28)§	Crescente
Conselho Tutelar	89,3	Regular	3,22	(0,88; 5,56)§	Crescente
Ministério Público	90,0	Bom	3,53	(1,32; 5,73)§	Crescente
Delegacia de proteção à criança e adolescente	89,7	Regular	3,42	(1,22; 5,60)§	Crescente
Delegacia de atendimento à mulher	90,2	Bom	3,83	(1,63; 7,10)§	Crescente
Outras delegacias	90,0	Bom	3,68	(1,58; 5,78)§	Crescente
Justiça da Infância e da Juventude	90,0	Bom	3,45	(1,33; 5,56)§	Crescente
Defensoria Pública+	91,3	Bom	3,92	(-1,22; 9,05)	Estacionária

Fonte: elaboração própria.

\* Campo essencial; + Campo obrigatório; # Variável incluída na ficha de notificação a partir de 2015; § Regressão linear simples -p &lt; 0,05.

As variáveis ‘raça/cor’, ‘deficiência física’, ‘deficiência intelectual’, ‘deficiência visual’, ‘deficiência auditiva’, ‘outra deficiência’ e ‘transtorno comportamental e mental’ apresentaram grau de completitude ‘excelente’ com tendência estacionária. As variáveis ‘gestante’ (88,1%) e presença de ‘deficiência e/ou transtorno’ (86,6%) foram classificadas com preenchimento ‘regular’, com tendência estacionária. No que se refere a ‘identidade de gênero’ (61,1%) e ‘orientação sexual’ (79,3%), campos obrigatórios, apresentaram grau de completitude ‘ruim’, com tendência estacionária.

No que diz respeito à completitude dos campos relativos às características da lesão, as variáveis referentes ao meio de agressão apresentaram grau de completitude ‘excelente’, exceto ‘outro’ (94,8%). Com exceção da variável ‘envenenamento/intoxicação’, que apresentou tendência estacionária, para as demais, foi crescente. A variável ‘ocorreu outras vezes’ (83,8%) apresentou preenchimento ‘regular’ e tendência estacionária.

Quanto às variáveis relativas ao encaminhamento, campo obrigatório, observou-se que os campos ‘atendimento à mulher’ (89,9%), ‘delegacia de proteção à criança e adolescente’ (89,7%), ‘conselho tutelar’ (89,3%), ‘assistência social’ (85,6%) e ‘redes de saúde’ (87,1%) apresentaram grau de completitude ‘regular’, com tendência crescente.

## Discussão

O estudo mostra um panorama dos casos notificados por lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso, entre os anos de 2011 e 2020. Ainda que se apresentem dentro de um campo com reconhecida quantidade de sub-registros, tais achados não devem ser ignorados<sup>2,40,41</sup>.

As lesões autoprovocadas, principalmente por meio de objetos perfurocortantes, vêm ganhando novos significados no decorrer dos anos, como fonte de identidade

e identificação com determinados grupos. Oliveira e Araújo<sup>40</sup> afirmam que a autolesão ocorre na condição de preencher um vazio, atuando na constituição de uma identidade simbólica que permite ao sujeito suportar a dor do mundo real – em outras palavras, uma forma de o sujeito se comunicar e expressar o sofrimento que está sentindo<sup>42</sup>. Dessa forma, no decorrer dos anos, comportamentos que eram invisibilizados nos serviços de saúde começam a assumir relevância para o cuidado da população, em especial para as faixas etárias mais jovens.

Com relação à distribuição temporal encontrada, Aragão et al.<sup>43</sup> observaram resultado semelhante ao revelado neste estudo, com tendência crescente das taxas de notificação de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar no Brasil, de 2011 a 2018, para ambos os sexos, e com aumento acentuado a partir de 2016. Outro estudo, realizado por Fattah e Lima<sup>3</sup> no Rio Grande do Sul, demonstrou aumento no número de notificações de violência autoprovocada entre adolescentes de 15 a 19 anos, de 2010 a 2019.

O perfil predominante encontrado foi feminino, de 15 a 19 anos, residente na zona urbana e que utiliza métodos menos letais de autolesão, o que vai ao encontro dos achados na literatura<sup>4,16,17,44</sup>. Ainda assim, alguns autores<sup>9,45</sup> encontraram divergências quanto à significância do sexo para o perfil dos jovens que praticam a autolesão, principalmente quando relacionados com a repetição do comportamento, apontando para o sexo masculino como aquele mais engajado nas lesões autoprovocadas com recorrência<sup>45</sup>. Contudo, neste estudo, não houve significância estatística entre o sexo e a recorrência de lesões autoprovocadas.

De acordo com Skegg<sup>15</sup>, o sexo feminino apresenta maior frequência de autolesão, mas sugere que tal fenômeno pode acontecer pela maior probabilidade de as mulheres reportarem a lesão autoprovocada em relação aos homens. Muehlenkanp<sup>9</sup> defende que a população que apresenta comportamento suicida não pode ser definida como um grupo homogêneo,

para além das diferenças de sexo, idade, saúde mental, destacando a intensidade do ato como importante fator.

A variável raça/cor da pele é pouco discutida na literatura e nos modelos de comportamentos autolesivos, necessitando de estudos regionais para identificar as especificidades de cada local<sup>10,46</sup>. Entretanto, enquanto determinante social de saúde, a raça/cor da pele pode estar atrelada a diferentes vulnerabilidades em que o sujeito se encontra, seja ela individual ou social, podendo ainda estar ligada à orientação sexual e à identidade de gênero, quando estas não correspondem aos padrões dominantes da sociedade<sup>47</sup>. Neste estudo, a raça/cor indígena, diferentemente das demais categorias da variável, apresentou frequência de autolesões maior no sexo masculino quando comparado com o sexo feminino, fato que merece ser mais bem investigado.

No contexto escolar, principalmente entre adolescentes, o *bullying* e a discriminação são determinantes para a consolidação de vulnerabilidades, potencializando o surgimento de problemas de saúde mental no desenrolar do desenvolvimento<sup>47</sup>. Entretanto, é fundamental lembrar que o presente estudo identificou que 88,8% das lesões autoprovocadas aconteceram em casa, levantando a questão sobre os pais e/ou cuidadores desses, que, por vezes, apresentam tantas dificuldades quanto os adolescentes nesse período de transição<sup>48</sup>.

Sobre a análise de completitude da ficha de notificação de violência intencional/autoprovocada, este estudo revelou que a maioria das variáveis (67,5%) apresentou preenchimento 'bom' ou 'excelente', corroborando os achados de Sousa<sup>49</sup>, que pesquisou as notificações compulsórias de violência no Brasil entre 2011 e 2014.

No que concerne à tendência de preenchimento dos campos, chama a atenção os que se referem ao encaminhamento e às características da lesão, nos quais 81,1% e 69,2%, respectivamente, mostraram tendência crescente. De forma geral, as variáveis sociodemográficas apresentaram tendência estacionária,

e embora a qualidade não esteja piorando, também não está melhorando, situação semelhante à encontrada por Santos et al.<sup>50</sup> entre os anos de 2009 e 2012, que, ao investigarem casos de violência contra adolescentes em Pernambuco, encontraram 79,4% de variáveis com tendência estacionária.

Com relação aos campos de notificação autodeclaratórios, de identificação do sujeito, destaca-se o campo 'raça/cor' com um preenchimento excelente; em contrapartida, os campos 'identidade de gênero' e 'orientação sexual' apresentaram grau de completitude ruim e tendência estacionária, mesmo sendo campos obrigatórios, isto é, esperava-se 100% de preenchimento. Em estudo sobre a qualidade de informações sobre violência no Rio Grande do Sul, entre 2014 e 2018, identificou-se situação semelhante, no qual as autoras destacaram que alguns profissionais de saúde consideram a orientação sexual e a identidade de gênero questões individuais, sem se relacionarem com a saúde do sujeito, o que acaba refletindo na qualidade das notificações de violência entre pessoas LGBTQIAPN<sup>51</sup>. Corroborando o estudo supracitado, Mazzeto<sup>52</sup>, comparando a qualidade de informações das notificações por violência no Distrito Federal com Mato Grosso do Sul e Sergipe, entre 2009 e 2017, identificou que as variáveis 'identidade de gênero' e 'orientação sexual' apresentaram preenchimento ruim ou muito ruim. Alguns outros aspectos podem contribuir para esse fenômeno, em especial a violência institucional, manifestada por meio do preconceito e discriminação<sup>53,54</sup>.

No que se refere às variáveis 'escolaridade', 'uso de álcool' e 'hora da ocorrência', o estudo encontrou situação semelhante à observada em Manaus entre 2009 e 2016, em que os autores identificaram preenchimento ruim e tendência estacionária<sup>55</sup>. Destaca-se que, mesmo não sendo variáveis com preenchimento obrigatório, elas são decisivas na vigilância das lesões autoprovocadas, pois contribuem para a elaboração de planos de promoção de

saúde e prevenção de violências, identificando perfis de vulnerabilidade entre jovens e adolescentes<sup>55</sup>.

O campo 'ocorreu outras vezes', aqui denominado recorrência, apresentou completude regular e tendência estacionária. De acordo com a literatura, a recorrência da lesão auto-provocada é um dos principais preditores do óbito por suicídio e importante informação para o planejamento do cuidado do paciente<sup>2,5,13</sup>. Favazza<sup>14</sup> destaca que o limite entre o comportamento episódico e repetitivo de lesões autoprovocadas varia de cinco a dez episódios, sendo essa condição de difícil acesso por meio da ficha de notificação, que, por sua vez, utiliza as respostas 'sim' ou 'não' para identificar se a violência ocorreu outras vezes, não sendo possível, portanto, conhecer o quantitativo de episódios por indivíduo. Nock<sup>10</sup> sugere que a repetição da autolesão está atrelada a uma trama severa de reforçamento, favorecendo a repetição quando diminui ou retira pensamentos e sentimentos indesejados (reforço negativo) ou gera estímulos, sentimentos desejados e facilita o acesso a ajuda (reforço positivo).

Outra informação crucial para o acolhimento e o cuidado de pessoas que realizaram lesões autoprovocadas é a intenção do ato autolesivo, se o sujeito teve ou não a intenção de pôr fim à vida. A identificação da intencionalidade do ato é fundamental para a elaboração de estratégias em nível individual e coletivo, pois, além de ampliar a possibilidade de avaliação do risco do paciente, também favorece do ponto de vista terapêutico<sup>11,14,56</sup>. Ressalta-se que, na ficha de notificação, atualmente é possível registrar, por escrito, a tentativa de suicídio no campo 'outros' da variável 'tipo de violência'.

Os campos referentes à variável encaminhamento apontaram, em geral, bom preenchimento e tendência estacionária ou crescente, diferentemente do estudo<sup>49</sup> que avaliou todas as notificações de violência e encontrou completude regular ou ruim para esse mesmo grupo. Ressalta-se que todos os campos referentes ao encaminhamento são de preenchimento obrigatório.

O estudo revelou que campos de preenchimento obrigatório não foram preenchidos, sugerindo inadequação do sistema, que permite a entrada da ficha de notificação mesmo com campos obrigatórios em branco<sup>57</sup>. O estudo ainda constatou a presença de inconsistências dos dados registrados no Viva-Sinan, sendo necessário lançar mão de diversas estratégias de verificação de incoerências entre alguns campos para produzir informações confiáveis.

As limitações do presente estudo são descritas em diversas pesquisas com dados secundários<sup>51,55,57,58</sup>, e reconhecidas particularmente dentro do campo das violências, em especial a subnotificação dos registros e a impossibilidade de identificar múltiplas notificações de um mesmo indivíduo. Tais fatos têm prejudicado a efetivação de políticas públicas voltadas ao comportamento suicida e lesões autoprovocadas. A escassez de estudos que analisam as características das violências autoprovocadas não fatais em adolescentes bem como a qualidade dos dados das fichas de notificação impôs um limite às comparações dos resultados deste estudo, sendo necessário, por vezes, recorrer a publicações que se restringiram à análise das violências na sua totalidade (interpessoal e autoprovocada) ou referentes a outros grupos populacionais.

Embora o avanço na produção da informação sobre violência autoprovocada a partir da obrigatoriedade da notificação seja reconhecido, os resultados deste estudo sinalizam para a necessidade de melhorias no Viva-Sinan em diversos aspectos que se complementam. Sugere-se a inclusão de uma variável capaz de identificar se a lesão autoprovocada foi com ou sem intenção suicida e, ainda, a frequência da ocorrência, possibilitando a identificação de recorrências. Outrossim, é imprescindível capacitar constantemente os profissionais notificadores sobre o preenchimento adequado da ficha de notificação e sensibilizá-los para temas como o suicídio, as lesões autoprovocadas e a saúde da população adolescente.

## Considerações finais

Os dados fornecidos pela ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas são um importante instrumento para o planejamento de ações de prevenção, sendo a tendência da completude dos dados um indicador de como os serviços de saúde têm se comportado ao acolher os casos de lesões autoprovocadas, na medida em que muitas variáveis são ignoradas ou não respondidas. O crescimento, ao longo dos anos, dos casos de lesões autoprovocadas em adolescentes no estado de Mato Grosso, mostrado neste estudo, posiciona esse grupo com destaque no sentido da atenção não somente ao número crescente, mas também aos fatores envolvidos na gênese da autolesão revelados pelo estudo.

Entre os adolescentes, é importante destacar as características associadas às lesões autoprovocadas, na medida em que elas contribuem para a compreensão desse fenômeno. Evidenciouse o envenenamento como o principal meio empregado pelos adolescentes residentes em Mato Grosso, possibilitando a reflexão sobre o acesso a medicações, pesticidas e outros meios típicos de envenenamento. De forma similar, é importante identificar o perfil das notificações de lesões autoprovocadas entre adolescentes, potencializando possíveis intervenções voltadas a grupos específicos dessa população.

Pode-se afirmar que, no Brasil, há diversos dispositivos que têm se refletido em diferentes políticas e ações no âmbito da saúde e de outras áreas, particularmente as de educação, inclusão e justiça social no enfrentamento das violências<sup>17-23</sup>. Entretanto, pelos dados aportados neste estudo e em outros citados<sup>24,25</sup>, há ainda um longo caminho para efetivação das mudanças necessárias para transformar o cenário evidenciado.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de ultrapassar as barreiras e os

tabus sobre o tema, bem como de fortalecer os serviços de saúde para acolhimento, registro, vigilância e intervenção efetiva dos casos de lesões autoprovocadas. É fundamental que os serviços de atenção à saúde se responsabilizem pela execução de ações pertinentes de vigilância em saúde, assegurando a implementação e a efetivação das políticas públicas que refletem na qualidade de vida dos adolescentes. Entretanto, é imprescindível reconhecer que a violência autoprovocada em adolescentes extrapola o âmbito da saúde e que a promoção de ações relacionadas com educação, segurança e cidadania, esporte, cultura, lazer, assistência social, direitos humanos, entre outros, colaboram expressivamente para redução e prevenção desses eventos.

## Contribuições de autoria

Campos LJA (0000-0003-2739-2764)\* contribuiu para concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melanda FN (0000-0002-5692-0215)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Silva SM (0000-0002-1699-5757)\* contribuiu para concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)\* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Conciani ME (0000-0002-0675-6314)\* e Oliveira LR (0000-0002-7325-1391)\* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud Psicol*. 2006;11(1):345-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, et al. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
- Fattah N, Lima MS. Perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada de 2010 a 2019 em um estado do sul do Brasil. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(4):65-74. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166310>
- Silva TMM, Schoen TH. Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teórico-práticas. Guarujá: Científica Digital; 2020. Cap 19, Autolesão não suicida na adolescência. p. 310. DOI: <https://doi.org/10.37885/200901401>
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso em 2023 maio 16]. 92 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 mar 10];52(33):1-10. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)
- Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):389-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública. Relatório Técnico [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024 [acesso em 2024 mar 10]. 28 p. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Dossi%C3%AA%20Nilson%20final%20para%20divulga%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):324-33. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. Campinas: Ed UNESP; 2016. 144 p.
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso em 2024 maio 27]. 274 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- D'Oliveira CF, Botega NJ. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 mar 10]. 76 p. Disponível em: [https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)
- Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. 2012;11(3):21-25.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005;366(9495):1471-83. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Fonseca PHN, Silva AC, Araujo LM CB, et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq Bras Psicol*. 2018;70(3):246-258.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 mar 13];55(4):1-18. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>

centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view

18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2001 maio 18 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 96-E; Seção I:3-8. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html)
19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 ago 15 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 156; Seção I:65. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)
20. Paula JC, Botti NCL. Projetos de lei relacionados à prevenção do suicídio no Brasil. *Mental*. 2021;13(23):144-165.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde: 2017 a 2020 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2021 mar 10]. 34 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_estrategicas\\_vigilancia\\_prevencao\\_suicidio.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_estrategicas_vigilancia_prevencao_suicidio.pdf)
22. Presidência da República (BR). Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 abr 26 [acesso em 2021 mar 10]; Edição 81; Seção I:1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm)
23. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 jun 6 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 26; Seção I:21-22. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm)
24. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis*. 2019;29(3):e290303. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>
25. Cruz WGN, Jesuino TA, Moreno HF, et al. Analysis of the impact of the Brazilian Suicide Prevention Campaign “Yellow September”: an Ecological Study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2024;46:e20220564. DOI: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0564>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2021 mar 10]. 92 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpeoa\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpeoa_autoprovocada_2ed.pdf)
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2014 jun 9 [acesso em 2021 mar 10]; Edição 108; Seção I:67-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/06/2014&jornal=1&pagina=67&totalArquivos=144>
28. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(1):131-42. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>
29. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de

- informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência saúde coletiva*. 2014;19(1):4467-4478. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Roteiro para uso do SINAN Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. *Violência doméstica, sexual e/ou outras violências* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2020 nov 9]. 75 p. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO\\_ANALISE\\_SINAN\\_Marco\\_2019\\_VI.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_VI.pdf)
  31. World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS [Internet]. Geneva: WHO, 2002 [acesso em 2022 set 16]. 42 p. Disponível <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45518>
  32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 mar 13];40(38):1-8. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio\\_saber\\_agir\\_prevenir.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf)
  33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Amazônia Legal* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2022 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>
  34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2022 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
  35. Lima VMF, Stochero L, Azeredo CM, et al. Caracterização e completitude das fichas de notificação de violência contra a pessoa idosa em Niterói-RJ, 2011-2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(1):e2022451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000100024>
  36. Giolo SR. *Introdução à análise de dados categóricos com aplicações*. São Paulo: Blucher; 2017. 256 p.
  37. Romero DE, Cunha CBD. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):701-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>
  38. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015;24(3):565-76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
  39. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jun 13 [acesso em 2025 mar 13]; Edição 113; Seção I:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
  40. Tomimatsu MFAI, Andrade SMD, Soares DA, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:413-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000019>
  41. Oliveira TA. *Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?* [monografia na Internet]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016 [acesso em 2024 nov 17]. 20 p. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br/server/api/core/bitstreams/b58cb92b-24ac-4614-a005-b50c21b1cea5/content>
  42. Otto SC, Santos KA. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psic Rev*. 2016;25(2):265-88.
  43. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(1):e2021820. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>
  44. Birtwistle J, Kelley R, House A, et al. Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *J Affect Disord*.

- 2017;15(218):188-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.027>
45. Liu BP, Lunde KB, Jia CX, et al. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2020;273:597-603. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.072>
46. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2019060. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>
47. Takeiti BA, Gonçalves MV, Oliveira SPASD, et al. O estado da arte sobre as juventudes, as vulnerabilidades e as violências: o que as pesquisas informam? *Saúde Soc.* 2020;29(3):e181118. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181118>
48. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: ArtMed; 1981. 93 p.
49. Sousa CMD, Mascarenhas MDM, Lima PVC, et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência-Brasil, 2011-2014. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(1):477-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139>
50. Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, et al. Completude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(1):3907-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>
51. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. *Saúde Redes.* 2020;6(2):195-206. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p195-206>
52. Mazzetto ORB. O sofrimento conta?: análise da qualidade dos dados de violência de gênero do Distrito Federal [dissertação na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2021 [acesso em 2024 set 15]. 166 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/42022?locale=es>
53. Cordeiro GTL, Girianelli VR. Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021. *Saúde Debate.* 2024;47(Esp 1):e8951. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18951P>
54. Silva VM, Cardoso GCP, Abreu DMF. Notificação de violência da população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais da ESF/Nasf, município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2023;47(Esp 1):e9062. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19062P>
55. Oliveira NF, Moraes CL, Junger WL, et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(1):e2018438. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>
56. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EDP. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 11-24.
57. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M.* 2019;4(7):31-44. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019v4i7.31-44>
58. Girianelli VR, Cordeiro GTL. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. *Saúde Debate.* 2024;47(Esp 1). DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18948P>

Recebido em 21/03/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)



## Fatores associados ao abandono do acompanhamento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes

*Factors associated with the abandonment of outpatient nutritional follow-up in children and adolescents*

Eslen Giovana da Silva Cordeiro<sup>1</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110721P

**RESUMO** Objetivou-se identificar os fatores associados ao abandono do acompanhamento de crianças e adolescentes em um serviço público de atenção secundária à saúde. Coorte retrospectiva, analítica exploratória, com dados de prontuários de pacientes atendidos entre junho de 2019 e junho de 2022 em um ambulatório de nutrição no Paraná. Os participantes foram divididos em dois grupos conforme a finalidade do acompanhamento, considerando os dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos como preditores e o abandono (variável dicotômica) como desfecho. Realizaram-se análise descritiva e Regressão de Poisson com variância robusta por grupo. No grupo 1, predominaram crianças menores de 6 meses (68,8%), do sexo masculino (62,8%), encaminhadas por alergias alimentares (47,9%), e o número de consultas e o histórico clínico familiar reduziram o risco de abandono. No grupo 2, composto por adolescentes (54,8%), do sexo feminino (51,9%), encaminhados por sobrepeso/obesidade (83,7%), a faixa etária e o histórico clínico familiar também reduziram o risco de abandono do acompanhamento, enquanto o estado nutricional o elevou. Os resultados evidenciam o estado nutricional, o histórico clínico familiar e o número de consultas como determinantes no desfecho do acompanhamento. É essencial observar esses fatores com atenção para desenvolver estratégias que promovam a permanência dos usuários nos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Nutrição da criança. Pacientes desistentes do tratamento. Assistência ambulatorial. Atenção secundária à saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to identify factors associated with dropout of follow-up care among children and adolescents in a public secondary health care service. This was a retrospective, exploratory analytical cohort study, using data from the medical records of patients seen between June 2019 and June 2022 at a nutrition outpatient clinic in Paraná. Participants were divided into two groups based on the purpose of follow-up, with sociodemographic, clinical, and anthropometric data as predictors and dropout (a dichotomous variable) as the outcome. Descriptive analysis and Poisson Regression with robust variance by group were performed. In group 1, children under six months of age (68.8%), males (62.8%), referred due to food allergies (47.9%) predominated, and the number of consultations and family clinical history reduced the risk of dropout. In group 2, composed of adolescents (54.8%), females (51.9%), referred for overweight/obesity (83.7%), age range, and family clinical history also reduced the risk of dropout, whereas nutritional status increased it. The results highlight nutritional status, family medical history, and the number of appointments as determinants of follow-up outcomes. Careful observation of these factors is essential for developing strategies that promote patient retention in health services.*

**KEYWORDS** *Child nutrition. Patient dropouts. Ambulatory care. Secondary care.*

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.  
eslengiovana08@hotmail.com



## Introdução

A atenção secundária no Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial ao fornecer serviços especializados que complementam a atenção primária, garantindo continuidade e integralidade no cuidado. Estudos recentes têm explorado aspectos fundamentais desse nível de atenção, destacando desafios e propondo melhorias para aumentar sua eficácia. Em estudo realizado com gestores, profissionais da saúde e usuários da atenção secundária, investigando a organização das práticas de saúde nesse nível de atenção e analisando como as interações contribuem para o desenvolvimento de melhores práticas, os autores evidenciaram que a ampliação do acesso às consultas especializadas e a articulação eficiente entre os pontos da rede são essenciais para a resolutividade e integralidade do cuidado<sup>1</sup>.

Além disso, ao analisar a importância da atenção secundária, como componente intermediário entre a atenção primária e terciária, destaca-se que a efetiva integração dos serviços especializados é fundamental para a conformação de redes de atenção que atendam às necessidades de saúde da população de forma coordenada e eficiente<sup>2</sup>. Esses estudos sublinham a importância de fortalecer a atenção secundária no SUS, promovendo a integração dos serviços e assegurando recursos adequados para atender às demandas da população, o que contribui para um sistema de saúde mais eficaz e equitativo<sup>2</sup>.

O acesso ao seguimento em ambulatórios públicos de nutrição é fundamental para garantir a continuidade do cuidado nutricional e a eficácia dos tratamentos propostos na Atenção Primária à Saúde (APS) em todas as faixas etárias. Estudos recentes, como é o caso desta pesquisa, têm investigado fatores que influenciam a continuidade do acompanhamento de pacientes nesses serviços, destacando desafios e propondo estratégias para aprimorar o atendimento.

Estudo que avaliou 489 crianças e adolescentes com obesidade em acompanhamento

multidisciplinar evidenciou uma taxa elevada de abandono do seguimento ao longo do tempo. No grupo abandono precoce do acompanhamento, 47,4% dos participantes haviam interrompido o seguimento 12 meses após o início, com ampliação para 60,7% ao final de 24 meses. Adolescentes com obesidade avançada no início do acompanhamento e histórico familiar de obesidade apresentaram maior risco de desistência, indicando que fatores clínicos e nutricionais têm influência direta na permanência dos usuários no cuidado<sup>3</sup>.

Em um estudo realizado com 1.300 pacientes com diagnóstico de obesidade, com idade média de 10,46 anos, acompanhados ambulatorialmente por até cinco anos em um hospital terciário, observou-se uma taxa expressiva de abandono precoce do seguimento. Antes de completar o primeiro ano de acompanhamento, 45,54% dos participantes haviam interrompido o tratamento, sendo que apenas 8,2% da coorte inicial manteve o seguimento até o quinto ano. Esses achados evidenciam os desafios relacionados com a retenção de pacientes em programas de tratamento, especialmente de obesidade infantil, mesmo quando conduzidos em serviços especializados, reforçando a necessidade de estratégias mais eficazes para promover a continuidade do cuidado<sup>4</sup>.

Para padronizar e qualificar o atendimento nos ambulatórios de nutrição, o Ministério da Saúde disponibiliza manuais e protocolos que orientam os profissionais na condução do cuidado nutricional, fornecendo diretrizes sobre a triagem nutricional, avaliação e acompanhamento dos pacientes, e enfatiza a necessidade de monitoramento contínuo para assegurar a recuperação e a manutenção do estado nutricional adequado<sup>5</sup>.

Esse acompanhamento do estado nutricional de crianças e adolescentes faz-se necessário, uma vez que a adoção de hábitos alimentares saudáveis é considerada a base para um estado de saúde adequado, especialmente na infância e adolescência, em que o processo de crescimento e desenvolvimento

ocorre de maneira intensa<sup>6</sup>. Os hábitos alimentares formados nessa fase da vida costumam persistir até a idade adulta e podem contribuir para a exposição prolongada aos malefícios decorrentes de uma alimentação inadequada<sup>7</sup>.

O padrão de consumo alimentar de crianças e adolescentes brasileiros sofreu alterações nos últimos anos, resultando na transição de uma dieta baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados para outra baseada no alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados<sup>8</sup>. Essas mudanças alimentares têm sido acompanhadas por transformações no perfil nutricional desses indivíduos, resultando na instalação de uma dupla carga de má nutrição, marcada pela redução dos casos de desnutrição, que permanece frequente em determinadas populações do País, bem como no aumento dos casos de excesso de peso<sup>9</sup>. No ano de 2022, 7,72% das crianças menores de 5 anos apresentavam peso elevado para a idade, e 18,87%, 9,73% e 2,61% dos adolescentes demonstravam, respectivamente, sobrepeso, obesidade e obesidade grave<sup>10,11</sup>.

Essa mudança no perfil nutricional de crianças e adolescentes brasileiros configura um importante problema de saúde pública, pois tem sido associada ao risco aumentado para o desenvolvimento de complicações em curto e longo prazo, como puberdade precoce, baixo rendimento escolar, alterações psicossociais e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>12</sup>.

O perfil nutricional existente e a influência do padrão alimentar no crescimento e desenvolvimento infantil, bem como no estado de saúde em curto e longo prazo, reforçam a importância do acompanhamento do estado nutricional desses indivíduos nos serviços de saúde. No entanto, o processo de reformulação de escolhas alimentares promovido durante o acompanhamento nutricional é considerado complexo, e a não adesão ou o abandono dos pacientes à reeducação alimentar é frequente, sendo bem estabelecida na literatura a existência de dificuldade de adesão a tratamentos não farmacológicos<sup>13,14</sup>.

No que se refere ao tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes, tem-se observado que, independentemente da finalidade que motiva o acompanhamento em um serviço de saúde, há elevada frequência de abandono do seguimento, percebida em condições específicas de saúde, como em crianças acompanhadas em ambulatórios de alto risco<sup>14</sup> e, de modo mais frequente, na obesidade infantil<sup>3,15</sup>.

Este estudo tem como propósito avaliar os fatores associados ao abandono do acompanhamento nutricional, sendo, portanto, fundamental a conceituação dos termos ‘não adesão’ e ‘abandono’ no contexto dos serviços de saúde. O abandono é compreendido como a interrupção do acompanhamento, voluntária ou não, sem justificativa clínica plausível. Essa condição geralmente envolve situações em que o paciente decide cessar o tratamento de forma unilateral, sendo essa decisão percebida pela equipe profissional como precipitada ou imprudente<sup>16</sup>.

A não adesão ao tratamento pode ser compreendida como o comportamento de um indivíduo que, mesmo vinculado ao serviço de saúde, não segue as recomendações terapêuticas estabelecidas pelos profissionais responsáveis<sup>17</sup>. Nesse contexto, a não adesão pode configurar um dos fatores relacionados com o abandono do acompanhamento nutricional, mas a ausência de adesão a determinado tratamento não implica, necessariamente, que o paciente tenha abandonado ou venha a abandonar o cuidado, o que requer maior investigação para analisar essa associação. Outro conceito relevante é o de alta do acompanhamento, definido no estudo como o oposto do abandono, caracterizando a conclusão do processo terapêutico, devidamente registrado em prontuário pelo profissional responsável.

Diante disso, considerando a importância do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes na atenção secundária à saúde e a elevação das taxas de abandono do seguimento desses indivíduos em serviços de saúde, o presente estudo tem como objetivo verificar os

fatores associados à manutenção até a alta e o abandono do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público de atenção especializada à saúde.

## Material e métodos

Estudo com abordagem quantitativa, de coorte retrospectiva, analítica e exploratória, realizado em um ambulatório de nutrição de um serviço público de atendimento especializado pertencente à atenção secundária à saúde de um município no Oeste do Paraná, com crianças e adolescentes atendidos entre junho de 2019 e junho de 2022.

No ambulatório, são atendidos crianças e adolescentes encaminhados por Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde do município e que apresentam agravos relativos à nutrição, como alterações no estado nutricional, carências nutricionais, dislipidemias, DCNT e necessidades alimentares especiais, a exemplo de alergias e intolerâncias alimentares ou outros agravos.

A coleta de dados foi documental, utilizando dados secundários dos prontuários físicos do ambulatório, contendo a anamnese nutricional aplicada aos indivíduos nos atendimentos. Para identificar os fatores associados ao desfecho investigado (abandono do acompanhamento: sim ou não), foram coletados dados socio-demográficos, clínicos e antropométricos de três momentos do seguimento nutricional: o primeiro atendimento, o atendimento intermediário do período total de acompanhamento (50%) e o último atendimento.

Estabeleceram-se, dessa forma, como critérios de inclusão: indivíduos com idade entre 0 e 18 anos incompletos que tivessem iniciado o acompanhamento no ambulatório de nutrição no período do estudo e que tivessem recebido alta (não abandono do acompanhamento) ou que tivessem abandonado o acompanhamento nutricional (este último definido como o não comparecimento por um período igual ou superior a um ano).

O desfecho principal analisado no estudo foi o abandono do acompanhamento nutricional, categorizado como sim ou não. Para isso, os participantes foram categorizados em dois grupos: 1) indivíduos que haviam abandonado o acompanhamento, definidos como aqueles que, no momento da coleta de dados, estavam há um ano ou mais sem comparecer ao ambulatório (abandono: sim); e 2) indivíduos que receberam alta formal do acompanhamento, conforme registro do profissional em prontuário (abandono: não).

A inclusão dos participantes que receberam alta como grupo comparativo em relação aos indivíduos que abandonaram o seguimento se justifica pela possibilidade de identificar características que influenciam trajetórias distintas durante o acompanhamento nutricional. Enquanto a alta representa a conclusão planejada do tratamento, geralmente associada ao alcance dos objetivos terapêuticos, o abandono indica uma interrupção precoce e não programada. Comparar esses dois grupos permite compreender quais fatores estão associados à permanência até a alta ou à desistência antes da resolução da queixa inicial.

Foram definidos como critérios de exclusão: indivíduos que ainda se encontravam em acompanhamento no ambulatório de nutrição no período de coleta de dados, por impossibilitar a avaliação de seguimento; indivíduos que não compareciam aos atendimentos no ambulatório por um período inferior há um ano, por ainda não caracterizar abandono do acompanhamento; indivíduos que compareceram em até duas consultas e não retornaram ao serviço após esses atendimentos devido à escassez de dados.

Para definição da população do estudo, foram incluídos todos os participantes que atendiam aos critérios estabelecidos, totalizando 1.447. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 350 indivíduos.

Os participantes foram divididos em dois grupos para análise, conforme a finalidade do acompanhamento no ambulatório: grupo

1 – composto por indivíduos encaminhados por patologias ou outras condições específicas (alergias e/ou intolerâncias alimentares e prematuridade em maior frequência e aleitamento materno contraindicado, vulnerabilidade social, entre outros em menor frequência); grupo 2 – composto por indivíduos encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos (baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade).

Para a avaliação do estado nutricional, coletaram-se as medidas antropométricas de peso e estatura registradas no prontuário e calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC). A partir dos índices antropométricos de peso para a idade, peso para a estatura, comprimento ou altura para a idade e IMC para a idade, realizou-se a classificação por meio das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde<sup>18</sup>.

Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel® e posteriormente transferidos para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)<sup>19</sup>, versão 22.0, no qual foram submetidos à análise estatística. Foi verificado o padrão de distribuição das variáveis quantitativas (número de moradores no domicílio e número de atendimentos) por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, considerando-se o nível de significância de 5%, e calculadas as medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo interquartilico).

Para verificar as associações entre as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e antropométricas) e o desfecho (variável qualitativa dicotômica abandono do acompanhamento nutricional: sim ou não), utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta. Verificou-se, inicialmente, a ocorrência de multicolinearidade por meio do Fator de Inflação da Variância (VIF) em todas as variáveis. Posteriormente, realizou-se análise univariada (bruta) com todas as variáveis coletadas que apresentaram VIF menor que 10. Aquelas que apresentaram valor de  $p < 0,20$  na análise univariada foram testadas na análise múltipla (ajustada).

No grupo 1, as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,20$  e que foram testadas na análise múltipla incluem: sociodemográficas (sexo, faixa etária, acompanhante e ano de início do atendimento, número de consultas, protocolo de disponibilização de fórmulas infantis, número de moradores no domicílio), clínicas (finalidade do acompanhamento, patologias prévias, história clínica familiar, diagnóstico de alergias e intolerâncias alimentares, previsão de teste de provocação oral, idade gestacional de nascimento, aleitamento materno), antropométricas (IMC). No grupo 2, as variáveis incluem: sociodemográficas (acompanhante e ano de início do acompanhamento, sexo, faixa etária, número de consultas e número de moradores no domicílio), clínicas (finalidade do acompanhamento, patologias prévias, história clínica familiar) e antropométricas (IMC, evolução do peso). Na análise ajustada, adotou-se apenas o IMC como padrão para avaliação do estado nutricional nos dois grupos.

Salienta-se que, para a Regressão de Poisson com variância robusta, foi realizada a recategorização das variáveis IMC 3º atendimento nos dois grupos e do histórico clínico familiar no grupo 2, justificando a diferença de categorias dessas variáveis a partir da análise descritiva.

A entrada das variáveis no modelo final foi realizada por meio do método *stepwise backward*, e a qualidade do ajuste e da definição das variáveis que foram mantidas no modelo final foi realizada por meio do Critério de Informações de Akaike (AIC). Foi calculado o risco relativo ajustado, adotando intervalo de confiança de 95% como medida de precisão e considerando um nível de significância de 5% para definição do modelo final.

Este estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações do *checklist* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe), disponível como material suplementar para consulta<sup>20</sup>.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>21</sup> e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), com parecer favorável nº 6.286.988 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 71424523.0.0000.0107.

## Resultados

O grupo 1 foi constituído por 215 participantes, predominantemente, do sexo masculino (62,8%), com faixa etária menor de 6 meses de idade (68,8%), diagnóstico prévio de alergias e/ou intolerâncias alimentares (54,9%) e história clínica familiar de ausência de patologias (64,6%). A mediana de número de atendimentos desse grupo foi de sete, e a de número de moradores no domicílio foi de quatro. As principais finalidades para o início do acompanhamento foram alergia e/ou intolerância alimentar (47,9%) e prematuridade (29,8%), e a

condição final (desfecho) do acompanhamento mais frequentemente observada foi o abandono do seguimento (78,1%), conforme *tabela 1*.

No grupo 2, composto por 135 participantes, foi verificada frequência semelhante de indivíduos do sexo feminino (51,9%) e masculino (48,1%), maior frequência de indivíduos com faixa etária maior de 120 meses (54,8%), com ausência de patologias prévias (54,1%) e com história clínica familiar de DCNT (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus) e estado nutricional de obesidade (74,1%). A mediana de número de atendimentos foi de cinco, e a de número de moradores no domicílio foi de quatro. A principal finalidade para o início do acompanhamento nesse grupo foi sobrepeso e obesidade (83,7%), e a condição final (desfecho) do acompanhamento mais frequentemente observada foi o abandono do seguimento (94,1%).

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento

	Grupo 1 (n = 215)		Grupo 2 (n = 135)	
	n ou Mdn	% ou IIQ	n ou Mdn	% ou IIQ
<b>Sexo*</b>				
Feminino	80	37,20	70	51,90
Masculino	135	62,80	65	48,10
<b>Faixa etária*</b>				
0 a < 6 meses	148	68,8	13	9,60
≥ 6 a ≤ 60 meses	55	25,6	15	11,10
> 60 a ≤ 120 meses	8	3,70	33	24,40
> 120 meses	4	1,90	74	54,80
<b>Número de moradores no domicílio+</b>	<b>4,00</b>	<b>2,00</b>	<b>4,00</b>	<b>1,00</b>
<b>Número de atendimentos+</b>	<b>7,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>
<b>Finalidade do acompanhamento*</b>				
Outros	48	22,30	0	0,00
Prematuridade	64	29,80	0	0,00
Alergia e/ou intolerância alimentar	103	47,90	0	0,00
Desnutrição e/ou baixo ganho ponderal	0	0,00	22	16,30
Sobrepeso ou obesidade	0	0,00	113	83,70

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento

	Grupo 1 (n = 215)		Grupo 2 (n = 135)	
	n ou Mdn	% ou IIQ	n ou Mdn	% ou IIQ
<b>Patologias prévias*</b>				
Nenhum	71	33,00	73	54,10
Outros	26	12,10	49	36,30
Alergia e/ou intolerância alimentar	118	54,90	13	9,60
<b>História clínica familiar*</b>				
Nenhum	115	64,60	23	17,00
Outros	24	13,50	9	8,90
Alergia e/ou intolerância alimentar	18	10,10	0,00	0,00
DCNT e obesidade	21	11,80	100	74,10
<b>Desfecho abandono*</b>				
Sim	168	78,10	127	94,10
Não	47	21,90	8	5,90

Fonte: elaboração própria.

Mdn: Mediana. IIQ: Intervalo Interquartil. DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. \*Frequência absoluta (n) e relativa (%). + Mediana e intervalo interquartil.

Com relação aos indicadores antropométricos dispostos na *tabela 2*, observa-se, no grupo 1, que a maior parte das crianças e dos adolescentes apresentou antropometria de acordo com os parâmetros estabelecidos para a faixa etária, com altura e peso adequados para a idade (93% e 90,5% respectivamente) e peso adequado para estatura (81,9%). Além disso, 79,3% dos participantes foram classificados como eutróficos a partir da avaliação do IMC para a idade.

O grupo 2 apresentou resultado semelhante para o índice antropométrico de altura para a idade, adequado em 96,3% dos casos e peso para a estatura identificado como eutrofia para 51,9% dos participantes. De modo contrário ao grupo 1, houve maior predominância de indivíduos com peso elevado (56,7%), obesidade e obesidade grave (71,9%) nos índices antropométricos de peso e IMC para a idade, respectivamente, conforme disposto na *tabela 2*.

Tabela 2. Indicadores antropométricos de crianças e adolescentes no primeiro atendimento no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>Altura para a idade</b>				
Estatura adequada	200	93,00	130	96,3
Baixa e muito baixa estatura	15	7,00	5	3,70
<b>Peso para a idade</b>				
Peso adequado	191	90,50	19	31,70
Baixo e muito baixo peso	16	7,60	7	11,6
Peso elevado	4	1,90	34	56,70

Tabela 2. Indicadores antropométricos de crianças e adolescentes no primeiro atendimento no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>Peso para a estatura</b>				
Eutrofia	140	81,90	14	51,90
Magreza e magreza acentuada	14	8,20	4	14,80
Risco de sobrepeso e sobrepeso	15	8,70	1	3,70
Obesidade	2	1,20	8	29,60
<b>IMC para a idade</b>				
Eutrofia	146	79,30	17	12,60
Magreza e magreza acentuada	15	8,20	6	4,40
Risco de sobrepeso e sobrepeso	18	9,80	15	11,10
Obesidade e obesidade grave	5	2,70	97	71,90

Fonte: elaboração própria.

Conforme apresentado na *tabela 3*, no grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais), algumas variáveis demonstraram associação com o desfecho abandono do acompanhamento na análise univariada, porém, perderam significância no modelo ajustado. Após o ajuste, apenas o número de consultas manteve associação com o desfecho ( $p = 0,009$ ; RR: 0,97), sendo identificado como fator de proteção. O resultado indica que, para cada consulta adicional no ambulatório, houve uma redução de 3% no risco de abandono do acompanhamento nutricional.

Adicionalmente, a categoria 'outros', referente à história clínica familiar, apresentou associação significativa com o desfecho de abandono do acompanhamento ( $p = 0,037$ ; RR = 0,82) em comparação com os participantes sem histórico familiar de patologias. Essa categoria inclui condições como anemia, asma, hipotireoidismo, entre outras de menor prevalência, sugerindo que os indivíduos dessa categoria apresentam menor risco de abandonar o acompanhamento nutricional, demonstrando que antecedentes familiares podem influenciar a continuidade do cuidado nutricional.

Tabela 3. Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais)

	Abandono		p	Análise bruta		Análise ajustada		
	Sim	Não		RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)
	n (%)	n (%)						
<b>Número de consultas+</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>0,006</b>	<b>0,97</b>	<b>0,95-0,99</b>	<b>0,009</b>	<b>0,97</b>	<b>0,95-0,99</b>
<b>História clínica familiar</b>								
Nenhum	114 (99,1)	1 (0,90)		1			1	
Alergia ou intolerância alimentar	15 (83,3)	3 (16,7)	0,101	0,84	0,68-1,03	0,100	0,86	0,72-1,02
Outros	19 (79,2)	5 (20,8)	0,032	0,79	0,65-0,98	0,037	0,82	0,68-0,98

Tabela 3. Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais)

	Abandono		p	Análise bruta		Análise ajustada		
	Sim	Não		RR	IC (95%)	RR	IC (95%)	
	n (%)	n (%)						
DCNT e obesidade	19 (90,5)	2 (9,50)	0,200	0,91	0,79-1,05	0,176	0,91	0,80-1,04
<b>Patologias prévias</b>								
Nenhum	60 (84,5)	11 (15,5)		1			1	
Outros	24 (92,3)	2 (7,70)	0,025	1,08	1,01-1,16	0,402	1,04	0,94-1,14
Alergia alimentar	84 (71,2)	34 (28,8)	0,808	1,01	0,92-1,10	0,926	0,99	0,85-1,15
<b>IMC (3º atendimento)</b>								
Eutrofia	133 (76,4)	41 (23,6)		1			1	
Magreza e Magreza acentuada	5 (83,3)	1 (16,7)	0,0033	1,06	1,02-1,11	0,69	1,02	0,90-1,15
Excesso de peso e obesidade	30 (85,7)	5 (14,3)	0,981	0,99	0,90-1,10	0,90	0,99	0,89-1,10

Fonte: elaboração própria.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. IMC: Índice de Massa Corporal. + Mediana. IC: Intervalo de Confiança. RR: Risco Relativo.

A *tabela 4* apresenta os fatores relacionados com o abandono do seguimento nutricional no grupo 2 (alterações nos indicadores antropométricos: baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade). Na análise bruta, observou-se que a presença de história clínica familiar de patologias atuou como fator de proteção, enquanto o estado nutricional classificado como obesidade/obesidade grave na criança ou no adolescente foi identificado como fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional.

Na análise ajustada, verificou-se que crianças com idade entre 6 e 60 meses ( $p = 0,034$ ;  $RR = 0,73$ ), entre 60 e 120 meses ( $p = 0,046$ ;  $RR = 0,70$ ) e acima de 120 meses ( $p = 0,049$ ;  $RR = 0,72$ ) apresentaram menor risco

de abandono do acompanhamento nutricional em comparação com aquelas com menos de 6 meses de idade. Além disso, o histórico clínico familiar (DCNT/obesidade/outros) foi identificado como fator de proteção, indicando que crianças e adolescentes com tais antecedentes familiares apresentaram risco 13% menor de abandono do acompanhamento nutricional em relação àqueles sem esse tipo de histórico ( $p = 0,018$ ;  $RR = 0,87$ ).

Por outro lado, nesse grupo, o estado nutricional classificado como obesidade e obesidade grave em crianças e adolescentes foi identificado como fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional, com risco 1,45 vez superior de interrupção do seguimento em comparação aos indivíduos eutróficos ( $p = 0,036$ ;  $RR = 1,45$ ).

Tabela 4. Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 2 (alterações nos indicadores antropométricos: baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade)

	Abandono								
	Sim		Não		Análise bruta			Análise ajustada	
	n (%)	n (%)	p	RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)	
<b>Número de consultas</b>	<b>5,00</b>	<b>7,00</b>	<b>0,359</b>	<b>0,99</b>	<b>0,97-1,01</b>	<b>0,111</b>	<b>0,98</b>	<b>0,96-1,00</b>	
<b>Faixa etária</b>									
0 a < 6 meses	11 (84,6)	2 (15,4)		1			1		
≥ 6 a ≤ 60 meses	12 (80,0)	3 (20,0)	0,158	0,83	0,64-1,07	0,034	0,73	0,55-0,97	
> 60 a ≤ 120 meses	31 (93,9)	2 (6,10)	0,157	0,93	0,84-1,02	0,046	0,70	0,49-0,99	
> 120 meses	73 (98,6)	1 (1,40)	0,317	0,98	0,95-1,01	0,049	0,72	0,52-0,99	
<b>História clínica familiar</b>									
Nenhuma	23 (100)	0 (0,00)		1			1		
DCNT obesidade e outros	104 (95,4)	5 (4,60)	0,025	0,95	0,91-0,99	0,018	0,87	0,77-0,97	
<b>IMC (3º atendimento)</b>									
Eutrofia	20 (74,1)	7 (25,9)		1			1		
Sobrepeso e RSP	24 (96,0)	1 (4,0)	0,174	1,15	0,93-1,42	0,085	1,35	0,95-1,90	
Obesidade e OB grave	83 (100)	0 (0,0)	0,046	1,21	1,00-1,46	0,036	1,45	1,02-2,06	
<b>Evolução do peso</b>									
Manutenção	4 (100)	0 (0,0)		1			1		
Perda de peso	44 (95,7)	2 (4,30)	0,157	0,95	0,89-1,01	0,164	0,84	0,66-1,07	
Ganho de peso	78 (92,9)	6 (7,1)	0,083	0,95	0,91-1,00	0,139	0,83	0,66-1,07	

Fonte: elaboração própria.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. IMC: Índice de Massa Corporal. RSP: Risco de Sobrepeso. OB: Obesidade. + Mediana. IC: Intervalo de Confiança. RR: Risco Relativo.

## Discussão

A partir dos resultados obtidos neste estudo, foram identificados fatores de risco e de proteção relacionados com o abandono do acompanhamento nutricional. No grupo 1, destacam-se como fatores protetores a presença de história clínica familiar de patologias e o maior número de consultas, ambos associados à redução do risco de abandono. Já no grupo 2, a faixa etária superior a 6 meses e o histórico clínico familiar de DCNT, obesidade e outras condições menos frequentes também se mostraram fatores que contribuem para a

permanência no acompanhamento até a alta. Contudo, nesse grupo, destaca-se o estado nutricional da criança e do adolescente, mais especificamente a obesidade e a obesidade grave, como fator de risco, aumentando a probabilidade de interrupção precoce do seguimento nutricional.

O seguimento nutricional de crianças e adolescentes em serviços de saúde é essencial, uma vez que o conhecimento obtido durante o acompanhamento nutricional pode influenciar diretamente as escolhas alimentares. Ademais, os padrões e comportamentos alimentares estabelecidos nessas fases da vida apresentam implicações significativas para a saúde

em curto e longo prazo, especialmente no que se refere à prevenção de doenças na vida adulta<sup>6,22</sup>.

Apesar de estabelecida a relevância do acompanhamento desse público em serviços de saúde, as taxas de desistência nesses locais são elevadas, especialmente em situações de alterações no estado nutricional, mas também observadas em outras condições clínicas que não apenas por desvios no perfil antropométrico. Neste estudo, 78,1% dos participantes encaminhados por diagnóstico de alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais em menor frequência não mantiveram o acompanhamento nutricional até a alta.

Em dois centros de referência de alto risco vinculados ao programa Rede Mãe Paranaense, que atendem crianças encaminhadas por condições como prematuridade, malformações ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, foi registrada uma taxa de interrupção precoce do acompanhamento de 55,9% dos casos. Os autores apontam uma tendência de redução na vinculação ao seguimento infantil em ambulatórios de alto risco, evidenciada pelo número crescente de crianças que não concluem o acompanhamento de saúde, atribuindo tal condição a aspectos individuais, sociodemográficos e organizacionais, como a distância entre o domicílio e o local de atendimento, o tempo prolongado de espera, a falta de informação sobre a importância do acompanhamento, a percepção de que a criança está saudável e o receio de contaminação pelo vírus da covid-19, visto que o estudo foi realizado durante o período pandêmico<sup>14</sup>.

De modo contrário, neste estudo, no grupo composto por indivíduos com faixa etária semelhante, foram evidenciados fatores que reduziram o risco de abandono do acompanhamento. A manutenção até a alta foi associada ao número de consultas realizadas no ambulatório, aspecto identificado como fator protetor, em que, para cada consulta adicional, houve redução de 3% no risco de abandono do seguimento. Esse aspecto pode estar associado

a diversos fatores, como o fato de que um maior número de atendimentos pode refletir uma participação mais ativa e recorrente no serviço, contribuindo para que as crianças e seus responsáveis que comparecem com mais frequência demonstrem maior vínculo com o cuidado. Além disso, esse grupo é composto majoritariamente por crianças menores de 6 meses de idade encaminhadas predominantemente por alergias alimentares, condição que exige um seguimento ambulatorial prolongado. Nesse contexto, o acompanhamento regular e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde contribuem para o empoderamento dos cuidadores, principais responsáveis pela decisão de continuidade do acompanhamento, oferecendo maior segurança no manejo da doença e, possivelmente, fortalecendo o vínculo com o serviço de saúde<sup>23</sup>.

Nota-se, a partir da literatura, que, à medida que ocorre o aumento do tempo do acompanhamento em um serviço de saúde, há a elevação das taxas de abandono do seguimento, sendo verificado que 45,54% das crianças e adolescentes atendidos em consultas especializadas em nível ambulatorial interromperam o seguimento antes de completar 1 ano e apenas 8,2% mantiveram o seguimento após 5 anos de acompanhamento<sup>4</sup>. Neste estudo, não se analisou a duração do acompanhamento, mas sim a quantidade de atendimentos realizados, fator identificado como protetor ao abandono do acompanhamento no grupo 1. Enquanto o tempo pode indicar uma exposição prolongada ao serviço sem necessariamente refletir a frequência, o número de atendimentos pode representar uma participação mais ativa e recorrente, reforçando a suposição de que crianças, adolescentes e seus responsáveis que comparecem com maior regularidade tendem a estabelecer vínculos mais sólidos com o cuidado e com o próprio serviço, o que pode contribuir para a diminuição do risco de abandono do acompanhamento.

Destaca-se, ainda, o papel protetor da história clínica familiar na redução do risco de abandono do acompanhamento nutricional

em ambos os grupos avaliados, podendo-se mencionar a história de DCNT, obesidade e outras condições clínicas, presentes em menor frequência. Resultado semelhante foi observado em estudo de coorte retrospectivo, realizado com crianças e adolescentes obesos em acompanhamento especializado em nível ambulatorial, encaminhados por outros níveis de atenção à saúde para atendimento em um hospital terciário. Neste, a presença de histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2 atuou como fator protetor contra o abandono precoce do acompanhamento, sugerindo que os distúrbios metabólicos presentes nos pais podem contribuir para ampliar o conhecimento dos filhos sobre a doença e promover maior conscientização da família quanto aos prejuízos em longo prazo, favorecendo, assim, maior vinculação ao acompanhamento e às orientações recebidas durante o seguimento<sup>4</sup>.

A faixa etária também foi identificada como fator protetor contra o risco de abandono do acompanhamento no grupo de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos (grupo 2). Nesse caso, indivíduos com idade acima de 6 meses apresentaram menor risco de abandonar o acompanhamento quando comparados aos menores de 6 meses. Esse achado pode ser atribuído ao fato de que, em crianças e adolescentes com idade mais avançada, os sinais de comprometimento nutricional tendem a ser mais evidentes, não somente para os responsáveis, mas também para a criança e o adolescente, o que pode favorecer o engajamento com o serviço. Por outro lado, em crianças menores, em que a decisão sobre a continuidade do acompanhamento depende exclusivamente dos responsáveis, pode haver a interpretação errônea de que a criança está aparentemente saudável, podendo contribuir para a interrupção precoce do acompanhamento, conforme apontado em um estudo realizado analisando a adesão, a não adesão e o abandono de crianças encaminhadas para atendimento em centros de referência de alto risco da Rede Mãe Paranaense<sup>14</sup>.

O estado nutricional da criança e do adolescente também foi identificado como fator associado ao abandono do acompanhamento ambulatorial. Especificamente, indivíduos do grupo 2, com obesidade e obesidade grave, apresentaram risco 1,45 vez maior de interromper o acompanhamento nutricional em comparação aos eutróficos. A relação entre o perfil antropométrico e a desistência do seguimento em serviços de saúde é corroborada por outros estudos, que destacam maior probabilidade de abandono entre crianças com sobrepeso e obesidade<sup>24</sup>. Neste, a frequência de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos que não mantiveram acompanhamento nutricional até a alta foi de 94,1%.

Em estudo realizado por um período de 12 semanas em um programa multidisciplinar para crianças com sobrepeso e obesidade, residentes em áreas socialmente desfavorecidas, os autores identificaram a interrupção do acompanhamento por 33,9% dos participantes<sup>15</sup>. Altas taxas de desistência do tratamento nutricional também são identificadas quando o acompanhamento é realizado por um período superior, sendo observado que crianças e adolescentes acompanhados em um programa pediátrico de controle do peso apresentaram 47,4% de taxa de abandono após 12 meses e aumento para 60,7% ao final de 24 meses de acompanhamento<sup>3</sup>.

Um dos fatores possivelmente associados à influência da obesidade na interrupção do acompanhamento em serviços de saúde é a baixa percepção, por parte de crianças, adolescentes e familiares, sobre a obesidade infantil como etiologia de doenças crônicas na idade adulta, além de o tratamento para essa condição normalmente ser longo, complexo e multifatorial, o que pode dificultar a motivação e a vinculação ao longo tratamento<sup>25,26</sup>. Estudo sugere que pacientes com obesidade grave, que apresentam redução do IMC durante o acompanhamento nutricional apresentam seguimento mais extenso e persistente<sup>3</sup>, destacando-se que a obtenção de resultados

satisfatórios durante o acompanhamento nutricional, especialmente no início, poderia contribuir para a continuidade do seguimento.

A alta frequência de indivíduos com excesso de peso que interrompem o acompanhamento nutricional em serviços especializados é alarmante, uma vez que a APS atua como coordenadora do cuidado. Um estudo realizado em 2020, que avaliou a estrutura disponível e a adequação dos processos de trabalho voltados ao manejo da obesidade na atenção básica, revelou que 61% das equipes de APS não realizam o registro dos usuários obesos encaminhados para outros níveis da atenção, apesar de o encaminhamento ocorrer em 77,9% dos casos<sup>27</sup>. Esse cenário indica uma alta probabilidade de que os pacientes que abandonam precocemente o acompanhamento em serviços especializados permaneçam desassistidos na Rede de Atenção à Saúde, reforçando a urgência de um monitoramento mais atento dos casos de evasão nos serviços especializados.

A atenção especializada no SUS contribui para o bom desempenho e o avanço da qualidade do sistema de saúde. No entanto, as altas taxas de ausência em consultas nesse nível de atenção podem comprometer a saúde do indivíduo e piorar o quadro que motivou o seu atendimento. Ademais, podem impactar negativamente a organização dos serviços ao reduzir efetivamente o acesso à atenção especializada, gerar perda de oportunidades de cuidado, ampliar as filas de espera e provocar desperdícios financeiros para a gestão pública<sup>28</sup>.

O presente estudo apresenta limitações referentes à metodologia proposta para a coleta de dados. Foram coletados dados secundários, obtidos por meio de registros nos prontuários físicos efetuados por diferentes profissionais nutricionistas atuantes no ambulatório participante. Esse aspecto pode influenciar a qualidade dos dados coletados, haja vista que dependem exclusivamente do registro do profissional e, por serem retrospectivos, não permitem adequações no instrumento pelo pesquisador, podendo ser

incompletos ou inconsistentes e impactar os resultados observados.

Além disso, a exclusão de indivíduos que compareceram a até duas consultas e não retornaram ao serviço após esses atendimentos pode ser entendida como uma limitação metodológica do estudo, visto que a ausência de retorno às consultas após poucos atendimentos poderia refletir dificuldades iniciais de adesão, como barreiras de acesso ou falta de vínculo com o serviço, fatores que podem estar associados ao abandono do acompanhamento. A inclusão ou caracterização desses indivíduos no estudo poderia contribuir para melhor compreensão dos fatores associados ao abandono do acompanhamento e colaborar para o estabelecimento de estratégias iniciais mais eficazes para permanência dos usuários nos serviços de saúde.

Apesar das limitações observadas, os resultados encontrados são significativos e podem subsidiar discussões sobre os fatores associados à alta frequência de abandono do acompanhamento nos serviços de saúde, especialmente no seguimento de crianças e adolescentes com agravos relacionados à alimentação e nutrição, o que pode contribuir para a adequação dos fatores associados e a melhoria na vinculação ao acompanhamento.

## Considerações finais

O estudo identificou aspectos relevantes que influenciam a manutenção até a alta e o abandono do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público especializado. No grupo de participantes encaminhados por patologias e outras condições específicas de saúde, destacam-se, como fatores protetores, a presença de história clínica familiar de patologias e o maior número de consultas, ambos associados à redução do risco de abandono. Já no grupo de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos, a faixa etária superior a 6 meses e o histórico clínico familiar

de DCNT e obesidade também se mostraram fatores que contribuem para a permanência no acompanhamento até a alta. Contudo, o estado nutricional da criança ou do adolescente, mais especificamente a obesidade e a obesidade grave, foi identificado como fator de risco, aumentando a probabilidade de interrupção precoce do seguimento nutricional.

A elevada frequência de abandono do acompanhamento nutricional entre crianças e adolescentes, independentemente da finalidade do seguimento, evidencia a importância de um cuidado integral. Os resultados mostram que a presença de obesidade e obesidade grave está associada a maior interrupção do acompanhamento, refletindo a complexidade do tratamento, que exige mudanças significativas no estilo de vida da criança ou do adolescente e de seus familiares. Em contrapartida, o histórico clínico familiar de DCNT e outras condições menos prevalentes atuaram como fator de proteção, sugerindo, nesses casos, maior conscientização dos riscos que promovem maior vínculo com o serviço de saúde. Além disso, a maior frequência de atendimentos demonstrou reduzir o risco de abandono, reforçando a relevância da vinculação ao serviço de saúde ao longo do acompanhamento.

Diante desses achados, torna-se evidente a necessidade de estabelecer estratégias que fortaleçam o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde, especialmente no contexto do acompanhamento nutricional na infância e adolescência. A compreensão dos fatores que favorecem a permanência, como o histórico clínico familiar e a maior frequência de atendimentos, pode orientar ações intersetoriais e adaptação de processos de trabalho, voltados ao acolhimento contínuo desses indivíduos. Tais medidas são fundamentais para enfrentar os desafios impostos pelo tratamento da obesidade infantil, identificada como fator de risco para o abandono, e para garantir que crianças e adolescentes recebam suporte adequado durante o acompanhamento em serviços de saúde especializados, como é o caso do ambulatório de nutrição.

## Contribuições de autoria

Cordeiro EGS (0000-0002-2507-3420)\* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)\* contribuiu para a concepção do trabalho, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(Esp):131-139. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde de coletiva*. 2010;15(5):2297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
3. Luppino G, Wasniewska M, Casto C, et al. Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs. *Children*. 2024;11(2):205. DOI: <https://doi.org/10.3390/children11020205>
4. Auñón AZ, Alonso BG, Esteban EMA, et al. Predictores de adherencia al seguimiento y éxito terapéutico em obesidade infantil. *An Pediatr*. 2024;100(6):428-37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.005>
  5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
  6. Neri LCL, Guglielmetti M, Fiorini S, et al. Nutritional counseling in childhood and adolescence: a systematic review. *Front Nutr*. 2024;11:1270048. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1270048>
  7. Beserra, JB, Soares NIS, Marreiros CS, et al. Crianças e adolescentes que consomem alimentos ultraprocessados possuem pior perfil lipídico? Uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(12):4979-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.29542018>
  8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
  9. Martins KPS, Santos VG, Leandro BBS, et al. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. *Ask Inf Saúde*. 2022;1(2):113-32. DOI: <https://doi.org/10.21728/asklepion.2021v1n2.p113-132>
  10. Pelegrini A, Bim MA, Souza U, et al. Prevalence of overweight and obesity in Brazilian children and adolescents: a systematic review. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2021;23(s.n):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2021v23e80352>
  11. Castro IRR, Anjos LA, Lacerda EMA, et al. Nutrition transition in Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(Supl 2):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN216622>
  12. Lamounier JV, Rego MAS, Weffort VRS. Nutrição materna e saúde fetal: prevenção das doenças crônicas do adulto. In: Weffort VRS, Lamounier JA. Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência. Barueri: Manole; 2019. p. 3-16.
  13. Nascimento MO, Belo RMO, Araujo TLLS, et al. Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. *Rev Bras de Enferm*. 2021;74(6):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0173>
  14. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, et al. Monitoring of high-risk children in health services: a geospatial mixed-methods study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3777. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3777>
  15. Hassan H, Henkemans SS, Teeffelen JV, et al. Determinants of dropout and compliance of children participating in a multidisciplinary intervention programme for overweight and obesity in socially deprived areas. *Family Practice*. 2023;40(2):345-51. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmact100>
  16. Gastaud MB, Nunes MLT. Abandono do tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):247-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012>
  17. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso 2025 jul 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
  18. World Health Organization. Organization releases new Child Growth Standards [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [acesso 2025 jul 14]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>
  19. IBM Corp: IBM SPSS Statistics for Windows. Versão 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.

20. Vandenberg JP, Von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology*. 2007;18(6):805-35. DOI: <https://doi.org/10.1097/ede.0b013e3181577511>
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
22. Scaglioni S, Cosmi V, Ciappolino V, et al. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018;10(6):706. DOI: <https://doi.org/10.3390/nut10060706>
23. Pinto FL, Frutuoso MFP, Speridião PGL. Tratamento dietético da alergia às proteínas do leite de vaca: um estudo da percepção de mães. *Rev Ped SOPERJ*. 2021;21(4):176-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v21i4p176-182>
24. Langeheine M, Pohlabein H, Lauria F, et al. Attrition in the European Child Cohort IDEFICS/I.Family: Exploring Associations Between Attrition and Body Mass Index. *Front Pediatr*. 2018;6:212. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00212>
25. Ribeiro PAS, Souza AS, Godinho JSL, et al. As dificuldades no cotidiano da família e da enfermagem para o combate da obesidade infantil. *Rev Pró-UniverSUS*. 2022;13(1):103-7. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v13i1.3121>
26. Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, et al. Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. *Texto Contexto – Enferm*. 2021;30:e20190331. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0331>
27. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde Debate*. 2020;44(126):678-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>
28. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafios para a sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1015-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>

---

Recebido em 01/06/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Raphael Mendonça Guimarães, 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/8356846640489575>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>, e-mail: [raphael.guimaraes@fiocruz.br](mailto:raphael.guimaraes@fiocruz.br)

## Compreensão e manejo do sofrimento psíquico em Unidades de Acolhimento Institucional para adolescentes

*Understanding and management of psychological suffering in institutional care units for adolescents*

Raphaela Carvalho<sup>1</sup>, Sabrina Stefanello<sup>1</sup>, Acácia Mayra Pereira de Lima<sup>1</sup>, Deivisson Vianna Dantas dos Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110384P

**RESUMO** O acolhimento institucional destina-se a adolescentes com direitos ameaçados ou violados, mas pode acentuar vulnerabilidades, incluindo manifestações de sofrimento psíquico, aqui compreendido em sentido amplo, não restrito a diagnósticos. Esta pesquisa, de cunho qualitativo e hermenêutico, baseou-se em entrevistas com 14 trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e visou investigar o manejo das crises e do sofrimento psíquico de adolescentes em acolhimento institucional. Os trabalhadores expressaram o desejo de separar adolescentes em sofrimento psíquico – compreensão atrelada ao diagnóstico – e os usuários de substâncias para outros serviços que não fossem as unidades de acolhimento do Suas. Os resultados indicaram dificuldades no manejo das crises, compreensão medicalizada do cuidado, dependência de serviços especializados e tensionamento entre as regras e as necessidades dos jovens como geradores de sofrimento. Os achados contrastam com as diretrizes do acolhimento, que preveem cuidado integral e atenção à saúde mental nas próprias unidades do Suas.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescente. Saúde mental. Acolhimento.

**ABSTRACT** *Brazilian youth centers are intended for adolescents whose rights are threatened or violated, but it can exacerbate vulnerabilities, including manifestations of psychological distress. This qualitative and hermeneutical research, based on interviews with 14 workers from Brazilian Unified Social Assistance System (SUAS) and aimed to investigate the management of crises and psychological distress of adolescents in institutional care. The workers expressed a desire to separate adolescents with mental health problems – an understanding linked to diagnosis – and substance users to services other than the care units of SUAS. The results indicated difficulties in crisis management, medicalization of care, dependence on specialized services, and tension between rules and the needs of young people as generators of suffering. The findings contrast with the SUAS guidelines for institutional care, which provide comprehensive care and integral attention to mental health within the SUAS units themselves.*

**KEYWORDS** *Adolescent. Mental health. Institutional care.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.  
deivianna@gmail.com



## Introdução

Existem diversas definições do período que abrange a adolescência. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) delimita entre 10 e 19 anos<sup>1</sup>, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece de 12 a 18 anos<sup>2</sup>. No entanto, essa fase deve ser abordada além da definição da idade, pois se trata de um fenômeno complexo que envolve a transição da infância para a vida adulta<sup>3</sup>, marcado por transformações biológicas, psicológicas e sociais. Isso exige uma abordagem que considere fatores como raça, condição econômica, experiências, território, educação e gênero<sup>4,5</sup>.

Do ponto de vista jurídico, a Constituição Federal de 1988<sup>6</sup> e o ECA<sup>2</sup> transformaram a concepção da adolescência ao reconhecer os adolescentes como sujeitos de direito, com proteção e desenvolvimento integral assegurados. Entretanto, apesar das garantias legais, ainda ocorrem violações desses direitos por parte da sociedade, do Estado ou da própria família. Nessas situações, o ECA prevê medidas de proteção, incluindo o acolhimento institucional, para garantir cuidado e proteção àqueles impossibilitados de permanecer com suas famílias<sup>2</sup>.

O acolhimento institucional, parte do Sistema Único de Assistência Social (Suas), articula serviços e recursos para atender os jovens em situação de vulnerabilidade e de grave violação de direitos. Baseado na brevidade e excepcionalidade, é adotado apenas quando se esgotam as alternativas de permanência familiar e comunitária, priorizando a reintegração e o fortalecimento de vínculos existentes<sup>2,6,7</sup>. O afastamento só ocorre em casos de risco grave à saúde física ou psíquica, pois a retirada do seio familiar pode repercutir negativamente no seu desenvolvimento biopsicossocial<sup>8</sup>.

Nesse contexto, torna-se essencial dialogar com a Política de Assistência Social e com as normativas que estruturam o Suas, responsáveis por orientar a organização e as atribuições das unidades de acolhimento. Essas diretrizes

definem o acolhimento como serviço de proteção social especial, voltado à garantia de direitos, ao fortalecimento de vínculos e ao atendimento qualificado por equipes multiprofissionais<sup>8,9</sup>. Nesses espaços, o educador social desempenha papel fundamental ao mediar o cotidiano, promover direitos e apoiar processos de desenvolvimento e reintegração social, articulando-se às equipes e às normativas do Suas para um cuidado que contempla as dimensões psicossociais e individuais dos jovens<sup>8,9</sup>.

Estima-se que aproximadamente 30 mil crianças e adolescentes estejam em acolhimento<sup>10</sup>, sendo a negligência, os conflitos familiares, o abandono e o abuso de substâncias fatores que contribuem para essa realidade<sup>11</sup>. A vulnerabilidade social e econômica não deve ser motivo para acolhimento, conforme expresso em lei, que estabelece que a falta de recursos não justifica a retirada dos jovens de suas famílias, sendo necessário, nesses casos, políticas redistributivas e de proteção estatal<sup>2,12</sup>. Contudo, a linha entre desigualdade e negligência é tênue, sendo que a negligência está diretamente relacionada à violação dos direitos fundamentais<sup>12</sup>. Muitas situações são classificadas como negligência sem avaliação adequada das condições das famílias, que frequentemente enfrentam extrema pobreza, uso de substâncias, subempregos, violência e enfraquecimento dos laços comunitários. Nesse contexto, é essencial refletir sobre a miséria e as ações do Estado para garantir proteção integral<sup>11,13</sup>.

No Brasil, há escassez de estudos sobre os impactos do acolhimento no sofrimento psíquico dos adolescentes e seus fatores de risco, cenário semelhante ao de países como Alemanha, Espanha e Reino Unido. Por mais que exista uma diversidade de termos relacionados com o sofrimento mental desse público, o termo sofrimento psíquico possui uma amplitude maior do que os tradicionais diagnósticos psiquiátricos e é menos medicalizador, uma vez que reconhece o sofrimento humano em sua complexidade, sem reduzi-lo a um mero

diagnóstico<sup>14</sup>. Neste sentido, algumas pesquisas evidenciam alto índice de sofrimento psíquico nos jovens acolhidos, além da necessidade de aprimorar a rede de saúde mental, em articulação com a assistência social<sup>15-19</sup>. Eventos traumáticos aumentam o risco de sofrimento psíquico no público infantojuvenil<sup>12,20,21</sup>, com prevalência significativa de ideação suicida entre adolescentes institucionalizados<sup>22</sup>.

É evidente, portanto, a necessidade de novas pesquisas para compreender como elementos organizacionais e práticas de cuidado se estabelecem dentro das unidades de acolhimento, visando fornecer subsídios para as políticas públicas na direção de reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos e com necessidades específicas. O objetivo deste estudo foi investigar como se organiza o cuidado em saúde mental de adolescentes em acolhimento institucional por parte dos trabalhadores e das trabalhadoras dessas unidades.

## Material e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, oriunda de uma dissertação de mestrado em saúde coletiva, realizada em quatro Unidades de Acolhimento Institucional estatais de Curitiba, vinculadas à Fundação de Ação Social (FAS) – autarquia gestora do Suas do município – e integrantes da rede de assistência social, oferecendo uma visão representativa das práticas locais. Optou-se por tentar o recrutamento de todas as unidades de acolhimento estatais por serem de gestão própria do município e que, por possuírem equipes de servidores públicos, teriam práticas e processos de trabalho mais estáveis. Das cinco instituições inicialmente elegíveis, uma não respondeu às tratativas de contato e foi excluída, resultando na composição final do campo.

Participaram do estudo os trabalhadores dessas unidades, incluindo gestores, educadores sociais e equipe técnica (assistente social e psicólogo), todos com mais de 18 anos e pelo menos seis meses de atuação. Os resultados

baseiam-se em 14 entrevistas em profundidade com trabalhadores, realizadas com questões disparadoras sobre dados de identificação, rotina profissional, identificação dos problemas em saúde mental, manejo de crises, uso de medicação e encaminhamentos para a rede de saúde.

A pesquisa adota a hermenêutica gadameriana para analisar as narrativas sobre o manejo em saúde mental nas unidades de acolhimento. A interpretação busca compreender como essas experiências revelam formas de viver e contribuem para a construção coletiva da subjetividade<sup>23</sup>. As entrevistas foram analisadas por leituras sucessivas, com codificação temática sistemática em planilha Excel®, possibilitando a construção das categorias analíticas. A triangulação dos dados ocorreu por validação com outro pesquisador do grupo, envolvendo desde a interpretação conjunta até a construção da compreensão compartilhada das informações<sup>24</sup>. O sentido das falas foi mantido como originalmente transcrito da voz dos participantes, tomando-se o cuidado de não incorrer em excessos interpretativos, seguindo, assim, o preceito hermenêutico de buscar o significado mediante os fenômenos emanados dos discursos.

Para Gadamer, a compreensão é um processo histórico e não linear, marcado pelo círculo hermenêutico e interação entre intérprete e texto, em que a experiência do pesquisador contribui para a ampliação dos sentidos. A fusão de horizontes deu-se a partir do reconhecimento das pré-compreensões dos pesquisadores com as narrativas dos trabalhadores, permitindo a construção de sentidos emergentes do confronto entre expectativas iniciais e os discursos, sem pretensão de neutralidade<sup>24</sup>. Por fim, o processo interpretativo subsequente foi realizado pelo coletivo de pesquisadores, relacionando como os dados articulam-se com os princípios e conceitos próprios da atenção psicossocial compreendendo-a como um processo que apresenta diferentes modalidades de cuidado, centrado na pessoa, e não essencialmente no diagnóstico<sup>25</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 53139821.7.0000.0102 e Parecer nº 5.920.474). O estudo cumpriu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>26</sup>.

## Resultados

Os 14 trabalhadores e trabalhadoras entrevistados(as) eram todos(as) servidores(as) do Suas da cidade estavam, em média, havia mais de 4 anos em seus locais de trabalho atuais (*quadro 1*).

Quadro 1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados nas unidades de acolhimento do município de Curitiba, Paraná (n = 14)

Trabalhador(a)	Cor	Ocupação	Gênero
Entrevistado 1	Branca	Psicóloga	F
Entrevistado 2	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 3	Branca	Coordenação	F
Entrevistado 4	Branca	Psicóloga	F
Entrevistado 5	Negra	Coordenação	F
Entrevistado 6	Branca	Educadora Social	F
Entrevistado 7	Negra	Educador Social	M
Entrevistado 8	Branco	Coordenação	M
Entrevistado 9	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 10	Branca	Educadora Social	M
Entrevistado 11	Branca	Coordenação	F
Entrevistado 12	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 13	Pardo	Educador Social	M
Entrevistado 14	Branco	Educador Social	M

Fonte: elaboração própria, 2025.

F - feminino; M - masculino.

Dessas entrevistas, emergiram duas grandes categorias agrupadas por similaridade:

1. Concepções e o lugar da saúde mental nas unidades de acolhimento;
2. A identificação e o manejo do sofrimento psíquico.

### Concepções e o lugar da saúde mental nas unidades de acolhimento

Essa categoria aborda as concepções dos participantes sobre o trabalho, o acolhimento e como se compreende a saúde mental dos adolescentes nas unidades de acolhimento. Os trabalhadores relatam que as unidades de acolhimento não seriam o lugar ideal para os adolescentes com problemas em saúde mental,

destacando a necessidade de que seja desenvolvido um novo equipamento do Suas, voltado especificamente para atender adolescentes que fazem uso de álcool ou substâncias e daqueles com transtornos mentais. Segundo os participantes, as Unidades não são adequadas para esse perfil de adolescentes, já que esse público requereria uma abordagem especializada e um ambiente com profissionais da saúde, como enfermeiros e psicólogos.

*Olha, eu acredito que tinha que separar os serviços (E1).*

*Eu acho que se houvesse pelo menos um lugarzinho pra eles [adolescentes com alguma questão de saúde mental], eu acho que para nós aliviava bastante sabe (E2).*

*A questão da política antimanicomial, é legal, eu concordo e acho maravilhoso, mas tem pessoas que precisariam de algum espaço mais adequado, que não é aqui (E8).*

Outro ponto destacado é a compreensão de que o manejo de ‘casos de saúde mental’ não é atribuição da assistência social nem está previsto nos descritivos dos cargos e das funções a serem desenvolvidos nela. Por isso, muitos acreditam que esse tipo de demanda não deveria ser atendido nas unidades. Os relatos enfatizaram que, ao iniciar o trabalho na unidade e durante o período em que lá trabalham, não há nenhum suporte institucional, capacitação ou treinamento relacionado com temas de saúde mental. Isso inclui, por exemplo, a ausência de orientações para lidar com as situações de crises. Dessa forma, cada profissional desenvolve sua própria abordagem de manejo individual por meio do aprendizado e da prática adquiridos durante seu trabalho nas unidades.

*Na verdade, isso não é nem nossa função, por edital de concurso mesmo. Assim, a gente não tem treinamento, não é nossa função lidar com saúde mental. Não é a nossa função fazer o manejo,*

*nem de medicação dos adolescentes. Então eu acho que faz falta ter um profissional da área de saúde dentro das unidades de acolhimento para acolherem esse perfil (E3).*

*E aí a gente tem que atender demanda de coisas que não são nossas. Já teve um caso de uma menina que estava internada em um hospital por causa de um surto e a equipe de lá nos ligou. Queriam que resolvêssemos! Eu falei: - Meu Deus, se ela está internada, é para isso! E vocês estão ligando para nós? É sério isso? (E10).*

Também foi relatado que, em algumas situações, os adolescentes utilizam seus diagnósticos como uma forma de manipulação e barganha com as equipes. Por exemplo, em um caso, uma jovem estava em crise, mas os sintomas cessaram logo depois de ameaçarem retirarem o seu celular. Os trabalhadores têm a mesma compreensão quanto à manifestação de automutilação por parte dos adolescentes, que é entendida como uma tentativa de chamar a atenção.

Reconhecem, todavia, que o próprio processo de acolhimento é gerador de sofrimento e apontado como inerentemente traumático. Contam que todos os casos que aportam às unidades são relacionados com alguma violação dos direitos básicos de crianças e adolescentes e que o seguimento de psicólogos, psiquiatras e demais profissionais da saúde mental não é suficiente em muitas situações. Relatam, entretanto, que o trauma não se restringe apenas aos elementos externos que levaram o adolescente a ser institucionalizado, mas também ao processo de adaptação às regras das unidades. Os entrevistados relatam que existe dificuldade por parte dos adolescentes aderirem às normas e às atividades, como a frequência escolar e a necessidade de autorização para sair das unidades. Alguns trabalhadores julgam que a dificuldade em ‘seguir regras’ é um dos problemas principais desses adolescentes, vendo-os como incapazes de seguir as regras familiares e esta como uma das razões que geraram o acolhimento institucional.

*A grande maioria acaba parando aqui porque não sabia lidar com regra, com o limite na casa. Aí quando você vem para as unidades de acolhimento tem mais regra e limite ainda. Aqui é muito diferente de uma casa onde convive-se com os pais. Aqui a gente tem que lidar com um conjunto de jovens, então tem muito mais regra e muito mais limite do que numa casa (E4).*

A questão gera frequentes embates entre adolescentes e trabalhadores, pois as diversas fugas que ocorrem nas unidades são creditadas à incapacidade desse público em seguir as regras estabelecidas. Relatam que, em algumas unidades, tal conjunto de regras são elaboradas exclusivamente pelas equipes e repassadas para os jovens, mas, em outras unidades, há momentos, geralmente anuais, em que os adolescentes são chamados para participar de sua elaboração.

### **A identificação e o manejo do sofrimento psíquico**

Os trabalhadores relataram que, ao chegarem nas unidades de acolhimento, a maioria dos adolescentes já possuíam diagnóstico de transtorno mental e faziam uso de medicamentos. Para os casos em que o diagnóstico era incerto, a identificação de um possível transtorno ocorria por meio do histórico prévio dos adolescentes. Quando não havia um diagnóstico formalizado por um serviço de saúde, a equipe observava comportamentos como automutilação, uso abusivo de substâncias, agressividade e ideação suicida, que podem indicar a presença de um transtorno mental durante o período de acolhimento institucional.

*A maior parte tem um transtorno, mas nem todos têm um diagnóstico fechado. Porque na adolescência ainda está muito aberta, o CID às vezes não está fechado né? Alguns não têm CID [Classificação Internacional de Doenças]. Mas é muito difícil ter aqueles que não usam medicação. São poucos os que não usam medicamentos (E1).*

Um elemento que, segundo eles, auxiliava nessa identificação era o estabelecimento de um vínculo com os adolescentes. Por meio do estabelecimento de uma relação de vínculo e diálogo com os jovens, os profissionais relataram que conseguem desenvolver maior contato e proximidade com os adolescentes. Nas situações de crise, tentativas de fuga ou surtos, os trabalhadores estabelecem diálogo com os adolescentes em busca de acalmá-los e mantê-los na unidade. Geralmente, o diálogo é conduzido pelo educador social ou por outro profissional com maior vínculo, sendo aqui destacada a figura do educador devido à sua maior convivência com os adolescentes. Contudo, em casos mais acentuados, por exemplo, quando o adolescente está em risco pessoal – como automutilação ou que representa risco para outros –, é acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

*A gente tenta junto com os educadores sociais, que têm maior vínculo, tentar acalmar a situação e caso não seja possível, a gente pede o apoio do Samu (E8).*

O uso de substâncias psicoativas é frequentemente mencionado como um dos principais problemas que eles têm que manejar. Segundo os entrevistados, a maioria dos adolescentes acolhidos faz ou já fez uso de alguma substância; e exatamente por isso essa questão torna-se um dos maiores desafios encontrados nas unidades. Ademais, atribuem às substâncias psicoativas a dificuldade em estabelecer vínculos com o seu público, pois falam que a substância ganha centralidade na dinâmica dos adolescentes que a acham muito difícil de substituir. Relacionam o fenômeno da ‘dependência química’ às dificuldades no processo de acolhimento, na adesão ao tratamento e ao elevado número de evasões.

*São os meninos mais complicados [aqueles com uso de substância psicoativa]. Eles têm muita dificuldade na adesão ao acolhimento, embora toda a equipe trabalhe na orientação, no*

*encaminhamento, mostrando o que seria mais adequado. Estes são meninos muito arredios, têm dificuldade de permanecer na unidade, mesmo sendo orientados. Então eles saem sem autorização, permanecem às vezes diversos dias em local incerto e não informado. Então são casos bem complicados que a gente tem muita dificuldade para que eles tenham aderência ao acolhimento institucional (E8).*

Contam que são muito rigorosos nesse quesito, pois o uso de substâncias não é permitido dentro das unidades, e frequentemente acionam a Guarda Municipal para lidar com essas situações. A Guarda Municipal é acionada com frequência em momentos críticos, como desacatos, ameaças, agressividade ou violência. Além disso, outra situação em que a guarda é chamada é nas evasões das unidades, quando frequentemente pulam o muro.

*Deixamos claro que nós temos o apoio da Guarda Municipal. É o que diz a Constituição: criança não fuma, adolescente não bebe! Nenhum tipo de droga. Esses casos encaminhamos para delegacia do adolescente e o autuamos, se assim a gente entender que é o caso. Não com o intuito de punir, mas com o intuito de preservar a vida (E14).*

Nas situações em que os adolescentes são diagnosticados com algum transtorno mental, as equipes oferecem atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), e uma medida universal para todos esses adolescentes é a prescrição de medicamentos. Entretanto, relatam que esses jovens são os que mais tendem a se afastar do dispositivo. Informam que as equipes das unidades de acolhimento tentam conversar e explicar a importância do acompanhamento nos serviços de saúde. Relatam também que, mesmo diante da menor suspeita de algum transtorno mental, encaminham o adolescente ao Caps até para se respaldarem legalmente.

*A gente recebe a menina e, assim, independente, a gente tem mandado todas elas para acolhimento*

*no Caps. Porque eu prefiro ter uma alta do Caps, ou Caps me dizer que a menina não precisa de atendimento psicológico, do que depois a Vara vir me pressionar do porquê que a menina não foi encaminhada (E3).*

Alguns relatos expressaram discordância em relação aos procedimentos adotados pelo Caps, observando que o serviço, com frequência, minimiza as questões levadas pelas unidades, uma vez que não estão dentro delas. A discordância ocorre em situações em que os trabalhadores consideram que seriam casos de internação e o Caps, por sua vez, não encaminha o adolescente para tal serviço. Em todas as entrevistas, o Caps, o Hospital e o Samu aparecem como equipamentos principais a serem articulados para esses adolescentes, sendo que as equipes da atenção primária quase nunca são mencionadas ou acionadas.

## Discussão

### O lugar do jovem em sofrimento psíquico no acolhimento institucional

O cuidado de adolescentes em situação de vulnerabilidade, especialmente os que perderam vínculos ao serem acolhidos, apresenta desafios semelhantes aos enfrentados por aqueles em sofrimento psíquico. As Políticas de Acolhimento Institucional e de Saúde Mental convergem na busca por superar o modelo institucionalizante, promovendo ações articuladas com o território, com enfoque na autonomia, cidadania e proteção integral<sup>7,27,28</sup>.

A evolução dos direitos das crianças e dos adolescentes impulsionou mudanças nos abrigos, priorizando novas formas de acolhimento alinhadas à proteção integral. As unidades de acolhimento devem acolher poucos adolescentes para considerar suas singularidades, fortalecer vínculos afetivos e reduzir impactos negativos. Devem se assemelhar a uma residência no território, tanto na estrutura

física quanto no funcionamento, mantendo laços com a comunidade e minimizando a institucionalização. O acolhimento deve ser um último recurso, e a equipe deve preparar o retorno à família sempre que possível<sup>2,8,29</sup>.

Os resultados mostram, entretanto, que a intenção expressa nas narrativas dos participantes, de criar um novo dispositivo que separasse os adolescentes pela perspectiva do diagnóstico, remete a uma lógica próxima da manicomial, por segregar os adolescentes com base na psicopatologia e sintomatologia. A proposta de separação dos adolescentes com base em diagnósticos afasta-se de uma lógica inclusiva e aproxima-se de práticas segregadoras, em contraste com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que desloca o cuidado do modelo biomédico hospitalar para a atenção psicossocial de base territorial<sup>28</sup>. Em consonância com essa expectativa de criação de um novo dispositivo, os trabalhadores relataram que a saúde mental não seria responsabilidade da assistência social. Contudo, pensando a partir das perspectivas da atenção psicossocial e do acolhimento, o cuidado em saúde mental não se limita a espaços ou dispositivos específicos, sendo transversal, capilarizado nos territórios, equipamentos e relações, e não confinado a muros institucionais<sup>30</sup>. O cuidado integral e territorial é alinhado às políticas do acolhimento, que priorizam atenção integral aos adolescentes. Assim, em casos de sofrimento mental ou uso de substâncias, o cuidado deve ser garantido dentro das unidades de acolhimento, articulando-se à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e promovendo capacitação contínua dos trabalhadores<sup>8</sup>.

O Suas e o ECA compartilham de preceitos da Reforma, buscando romper com a institucionalização, historicamente representada por orfanatos e abrigos, que eram caracterizados por controle rigoroso, isolamento e enfraquecimento de vínculos comunitários<sup>7</sup>. O avanço se deu a partir das sucessivas conquistas de que o cuidado pode ser realizado em liberdade, incorporando conceitos que transcendam a cura e a supressão de sintomas, fortalecendo a autonomia dos

jovens por meio de oportunidades no território e da intersectorialidade<sup>30</sup>. Dessa forma, as políticas de acolhimento e a atenção psicossocial compartilham estratégias e potencialidades territoriais para um cuidado integrado<sup>27</sup>.

Os trabalhadores destacaram a falta de um diagnóstico como um desafio, entretanto, conforme Amarante e Torre<sup>31</sup>, a busca por uma classificação em um diagnóstico reflete uma tentativa de explicar os fenômenos. Amarante<sup>27</sup> ressalta que a saúde mental envolve múltiplos significados, que extrapolam a categorização diagnóstica. Logo, quando os trabalhadores têm expectativa em uma categorização e um encaixe em diagnósticos, eles reduzem as possibilidades de existência e subjetividade que esses jovens podem apresentar<sup>27,30,32</sup>. Na atenção psicossocial, a abordagem prima em considerar perspectivas além do diagnóstico, levando em conta condições de vida, privações de direitos e trajetórias que os levaram ao acolhimento – além de compreender o impacto da institucionalização e as causas de sofrimento psíquico associadas a esses processos<sup>27,30,32</sup>.

A centralidade no diagnóstico acompanha o crescimento dos diagnósticos psiquiátricos para o público infantojuvenil. Dificuldades de aprendizagem, vivências escolares distintas e comportamentos considerados indesejáveis passaram a resultar em diagnósticos<sup>33</sup>. Além disso, as práticas clínicas predominantes atribuem rótulos que não consideram outras explicações para o sofrimento<sup>34</sup>. Essa reflexão também é reforçada pelo movimento dos trabalhadores de sempre encaminhar os adolescentes para o Caps, muitas vezes, independentemente de alguma sintomatologia expressa, a fim de se resguardarem legalmente. A excessiva atribuição de diagnósticos pode comprometer os avanços da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente ao patologizar experiências típicas da adolescência<sup>34</sup>. Esse viés tende a responsabilizar os jovens por problemas estruturais decorrentes de privações, além de contribuir para o aumento das internações psiquiátricas, muitas vezes tratadas como

a principal estratégia de cuidado em saúde mental<sup>35</sup>.

Um ponto importante é a lacuna existente no debate sobre os princípios da atenção psicossocial dentro da assistência social, especialmente nas unidades de acolhimento. A reforma psiquiátrica ainda é vista por esse público como um movimento que retirou serviços, ao invés de ampliar estratégias de direitos. Essa compreensão distorcida é reforçada pela noção de que é necessário ‘separar para tratar’, de que a internação é um recurso que deve ser usado com frequência e de que são os sujeitos que precisam ser corrigidos, e não a sociedade a sua volta. A separação arbitrária das políticas – Suas e Sistema Único de Saúde (SUS) – dificulta a compreensão de que os adolescentes e os territórios não estão submissos a essa demarcação e que, na realidade, o cidadão é um sujeito integral de direitos<sup>31</sup>.

### **E o sofrimento, o que fazemos com ele no acolhimento institucional?**

Durante as entrevistas, os trabalhadores indicaram que, com frequência, fiavam-se nas regras institucionais rígidas para o manejo das crises e das inadequações nas unidades. Em paralelo, aparecem o apoio das equipes de saúde (Samu e Caps), a administração medicamentosa e a construção de vínculo e diálogo com estratégias bem-sucedidas para esse manejo. Os participantes também apontaram dificuldades na construção do vínculo, associadas à falta de preparo e à insuficiência estrutural das equipes. Estudos em Unidades de Acolhimento Institucional destacam a importância do vínculo no desenvolvimento durante o acolhimento<sup>36</sup> e apontam o educador social como o profissional que mais constrói vínculos e é mais procurado pelos jovens, especialmente em situações de conflito e crise<sup>37</sup>. Essas pesquisas corroboram a manifestação dos entrevistados de que são exatamente os educadores sociais quem mantêm maior contato e, portanto, vínculo com os adolescentes.

O uso do expediente de regras institucionais como mecanismo de controle travestido de um viés terapêutico não é recente. Goffman<sup>38</sup> nos trouxe o conceito de Instituição Total, em que a padronização, por meio das regras e da disciplina, é essencial para manter o controle e o funcionamento institucional. As unidades de acolhimento assumem, assim, um papel multifacetado, funcionando como moradia, espaço educativo e instância de controle, abrigando adolescentes sob tutela do Estado e afastados do convívio familiar e territorial. São diversas modalidades de convívio concentradas em uma só. Os relatos indicam dificuldades dos jovens em seguir orientações institucionais, resultando em situações recorrentes de confronto. Embora os trabalhadores enfatizem o diálogo, as regras são estabelecidas de forma padronizada, dificultando a adaptação às necessidades individuais<sup>38</sup>. Fazendo um paralelo com Goffman, nas unidades, o jovem se afasta da sua residência e do seu território, rompendo rotinas, laços e conexões prévias.

Nesta pesquisa, verificou-se que os trabalhadores formulam as regras sem a participação dos adolescentes e que sua aplicação é geral, sem considerar critérios de individualidade. Esse achado se aproxima de outro estudo realizado em unidades de acolhimento, no qual as normas, definidas exclusivamente pelas equipes, geravam conflitos e dificuldades de adesão, justamente pela ausência dos adolescentes em sua construção<sup>39</sup>. Em contraponto, a Normativa Técnica para o Acolhimento Institucional enfatiza a elaboração coletiva das regras como estratégia para promover um ambiente mais acolhedor<sup>8</sup>. Uma revisão da literatura aponta que, embora essas unidades ainda apresentem traços de Instituições Totais, elas também possuem potencial como rede de suporte, destacando a importância da capacitação dos profissionais e no fortalecimento da autonomia e do conhecimento de direitos por parte dos acolhidos, mostrando o acúmulo histórico relativo de ganho de direitos, já que essas unidades também são identificadas como elemento de proteção para esses jovens<sup>40</sup>.

A dificuldade de territorialização do cuidado também se expressa no entendimento de que a atenção em saúde mental deve ser realizada em equipamentos especializados, com Caps e hospitais. Contudo, a Raps propõe ampliar os pontos de cuidado para além dos serviços especializados, fortalecendo a atenção primária, o território e a articulação intersetorial<sup>41,42</sup>. Nessa perspectiva, o cuidado ultrapassa os dispositivos especializados e se constrói nos espaços comunitários. Taño e Matsukura<sup>42</sup> defendem práticas que superem o modelo psiquiátrico e patologizante, destacando o apoio territorial e as ações intersetoriais como essenciais para atender às necessidades complexas dos adolescentes, promovendo saúde, direitos e cidadania. Apesar dessas premissas, as Unidades Básicas de Saúde não são compreendidas como espaços possíveis de atenção à saúde mental por parte desses trabalhadores.

Outro ponto destacado pelos trabalhadores foi que a maioria dos adolescentes dessas unidades fazia uso de medicação psicotrópica. A literatura corrobora esse resultado ao apontar um processo crescente de medicalização, no qual as subjetividades são reduzidas a diagnósticos dentro de uma lógica biomédica, resultando no reducionismo do sofrimento psíquico<sup>32</sup>. Esse modelo prioriza a medicação, desconsiderando as nuances do adoecimento e a influência dos contextos de vida. Ademais, exclui a dimensão histórica do sujeito, ignorando fatores sociais, culturais e psicológicos. Com a expansão dos diagnósticos, há uma tendência à medicalização do sofrimento humano, transformando experiências em sintomas de transtornos<sup>32,43</sup>.

A medicação é vista como o principal recurso de tratamento dos transtornos mentais e ajuda na validação do diagnóstico, de modo que os dois estão interligados. A adolescência é patologizada quando seus comportamentos são dissociados dos seus contextos de vida, resultando na medicalização e no enquadramento de desvios como transtornos mentais. Essa abordagem ignora fatores contextuais, a complexidade da experiência juvenil,

desconsiderando fatores que extrapolam o campo da saúde, a dimensão subjetiva do sofrimento, dos processos vulnerabilizadores e da adolescência<sup>32,34</sup>.

## Considerações finais

A análise das práticas e manejos desta pesquisa resalta a complexidade do cuidado em saúde mental aos adolescentes em acolhimento, marcados por múltiplas vulnerabilidades. Ao refletir sobre qual é o lugar do sofrimento psíquico no acolhimento, o desejo de separação dos adolescentes pela perspectiva do diagnóstico pelas equipes das unidades de acolhimento se sobrepõe ao desejo da aceitação e inclusão. Dessa forma, apesar dos avanços inscritos no Estatuto da Criança e Adolescente, na política atual de acolhimento institucional e da atenção psicossocial, precisa-se avançar para que a letra das normativas se reflita nas práticas reais de cuidado.

Compreender o sofrimento desses jovens exige considerar aspectos além do diagnóstico, como suas condições de vida, vínculos sociais e as violações de direitos que atravessam suas histórias. O manejo nas unidades de acolhimento reflete as contradições atuais da nossa própria sociedade, em que identificamos avanços de unidades territoriais que pautam cuidado no vínculo e em unidades menores que convivem com anseios pela separação, pela correção rápida de comportamento e baixo limiar ao rompimento de regras. Tais movimentos podem reduzir o sofrimento a diagnósticos, sem considerar os contextos amplos que afetam os adolescentes.

A ausência de estratégias de formação e discussão contínua dessas temáticas se reflete em certo descompasso entre os princípios vigentes e o tipo de cuidado praticado. Recorre-se a regras comportamentais e medicamentos como instrumento frequente de manejo das crises na ausência de outras possibilidades e carência estrutural. Assim, traços de uma instituição total, medicalizadora e que recorre

às forças de segurança aparecem no mesmo cenário de equipamentos que tentam a reabilitação e a articulação do cuidado com outros equipamentos. Tais elementos alertam todos e todas os formuladores de políticas públicas, que os conceitos de cuidado integral, em liberdade, centrado na pessoa e da atenção psicossocial ainda estão em disputa. Estratégias que visem à democratização e à reatualização dessas discussões são necessárias, respeitando suas realidades sociais e pessoais no processo de trabalho dessas unidades.

Por fim, a atenção psicossocial, ao reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos e atores sociais, valoriza seus saberes e experiências. As práticas de acolhimento e atenção

psicossocial compartilham objetivos comuns, voltados à garantia de direitos, autonomia e cidadania dos adolescentes. Contudo, as expectativas de acolhimento ainda refletem o desejo de internação e uma visão medicalizada do cuidado e nos serviços especializados.

## Contribuições de autoria

Carvalho R (0009-0000-4692-0687)\*, Stefanello S (0000-0002-9299-0405)\*, Lima AMP (0000-0003-4015-3768)\* e Santos DVD (0000-0002-1198-1890)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil [Internet]. São Paulo: Unicef; 2019 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>
2. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 jul 16; Edição 135; Seção I:13563.
3. Coutinho LGA. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. Pulsional Rev Psicanálise [Internet]. 2005 [acesso em 2025 dez 17];17(181):13-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-477071>
4. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, et al. Caminhos da integralidade na atenção primária à saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva; 2012 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: [https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb\\_152\\_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf](https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf)
5. São Paulo (Estado). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: LCA&J; 2021 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <http://www.saudeadolescentesjovens.net.br/>
6. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Assis SGSS, Farias LOP, organizadores. Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. São Paulo: Hucitec; 2013. 368 p.
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR); Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução Conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 jul 2; Edição 124; Seção I:93.
9. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, DF: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2005. 178 p.
10. Conselho Nacional de Justiça (BR) [Internet]. [local desconhecido]: CNJ; 2026. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – Painel de acompanhamento; 2025 [atualizado em 2026 fev 13; acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4fld9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=currsel&select=clearall>.
11. Conselho Nacional de Justiça (BR). Destituição do poder familiar e adoção de crianças [internet]. Brasília, DF: CNJ; 2022 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/eixo3-primeira-infancia-sumario-executivo-final.pdf>
12. Calcing J, Benetti SPCC. Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Psico*. 2014;45(4):559. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.13629>
13. Berberian TP. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. *Serv Soc Soc*. 2015;121:48-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.013>
14. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ Pesqui*. 2007;33(1):151-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-9702200700010001>
15. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, et al. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry*. 2007;190(4):319-25. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>
16. Fernandes ADSA, Matsukura TS. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. *Temas Psicol*. 2016;24(3):977-90. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-11>
17. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00150816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150816>
18. Silva JF, Matsukura TS, Ferigato SH, et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e18063. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>
19. González-García C, Vassiliadis E, Moreno-Manso JM, et al. Changes in mental health of children and young people in residential care: outcomes and associated factors. *Psychosoc Interv*. 2023;32(1):11-9. DOI: <https://doi.org/10.5093/pi2022a16>
20. Parreira SMC, Justo JS. A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação. *Rev Psicologia Estudo*. 2005;10:175-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200003>
21. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia [Internet]*. 2007 [acesso em 2025 dez 17];25:20-34. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942007000100003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100003&lng=pt)
22. Ferreira AP, Santos DS, Wermelinger ED. Perspectivas e desafios do cuidado em saúde mental de adolescentes em regime socioeducativo: um estudo de caso. *Saúde Debate*. 2024;48(143):e8949. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438949P>

23. Vieira AM, Rivera DPB. A Hermenêutica no campo organizacional: duas possibilidades interpretativistas de pesquisa. *Rev Bras Gest Neg.* 2012;14(44):261-73. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v14i44.906>
24. Gadamer H-G. Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
25. Oliveira E, Szapiro A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saude Debate.* 2020;44(Esp 3):15-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>
26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112, Seção I:59-62.
27. Conceição MJ, Nunes MMCA. Transtornos mentais e o acolhimento institucional de adolescentes: desafios e reflexões sobre esta prática. In: Almeida F, organizador. Políticas públicas, educação e diversidade: uma compreensão científica do real. Guarujá, SP: Científica Digital; 2020. p. 1060-1071.
28. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
29. Siqueira AC, Dell'Aglio DD. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicol Soc.* 2006;18(1):71-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010>
30. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis Psique.* 2018;8(1):173-90. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
31. Amarante P, Torre EHG. "Back to the city, Mr. citizen!" — psychiatric reform and social participation: from institutional isolation to the anti-asylum movement. *Rev Adm Pública.* 2018;52(6):1217-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
32. Sanchez VNL, Amarante PDC. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde Debate.* 2014;38(102):506-14. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>
33. Chaves FAM, Caliman LV. Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma da medicação. *Rev Polis Psique.* 2017;7(3):136-60. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.75328>
34. Pavani FM, Wetzel C, Olschowsky A. Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil. *Saúde Debate.* 2021;45(128):118-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112809>
35. Martins RWA, Silveira L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. *Rev Epistem Transversalis [Internet].* 2019 [acesso em 2025 dez 17];10(1):213-27. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/1306>
36. Ito SI, Azevêdo AVS. Educadores Sociais em Abrigos Destinados a Crianças e Adolescentes: revisão sistemática. *Contextos Clínic [Internet].* 2021 [acesso em 2025 dez 17];14(1):276-303. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822021000100014](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100014)
37. Penna LHG, Guedes CR, Ribeiro R, et al. O profissional educador social no cotidiano de adolescentes de unidade de acolhimento institucional: uma revisão integrativa. *Res Soc Develop.* 2021;10(17):e239101724690. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24690>
38. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1987.
39. Lemos A, Moraes MCMB, Alves DG, et al. Evasão nas unidades de acolhimento: discutindo seus significados. *Psicol Soc.* 2014;26(3):594-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300008>
40. Epifânio TP, Gonçalves MV. Crianças como sujeitos de direitos: uma revisão de literatura sobre crianças em situação de acolhimento institucional. *Cad*

Bras Ter Ocup. 2017;25(2):373-86. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0736>

41. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 60 p.

42. Tãno BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*. 2019;29(1):e290108. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>

43. Surjus LTLS, Moysés MAA, organizadores. Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme; 2019.

---

Recebido em 23/03/2025

Aprovado em 27/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

## A complementaridade dos ciclos de vida no desenvolvimento humano

*The complementarity of life cycles in human development*

Mário Volpi<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110951P

**RESUMO** A adolescência, segunda década da vida, é analisada à luz do conceito de complementaridade dos ciclos de vida. O desenvolvimento humano constitui-se em um processo contínuo no qual cada fase influencia a seguinte. Mediante revisão teórica de autores clássicos e contemporâneos, análise de dados demográficos recentes e exemplos de indicadores educacionais, descrevem-se as rupturas e transições que marcam a infância, a adolescência e a juventude. Demonstra-se que a adolescência é estruturada em três eixos centrais – interação, autonomia e identidade –, cuja maturação depende das experiências acumuladas na infância e condiciona oportunidades futuras na juventude. Evidencia-se que contextos de proteção, estímulo e apoio familiar promovem trajetórias virtuosas, enquanto privações e violências tendem a perpetuar ciclos de vulnerabilidade e desigualdade. Discutem-se as contribuições de autores clássicos e achados da neurociência que elucidam mudanças cognitivas, afetivas e sociais próprias dessa etapa, destacando a sensibilidade ampliada ao risco social e à influência dos pares. A complementaridade demanda políticas públicas planejadas e integradas, estabelecendo metas específicas para cada década da vida. Conclui-se que reconhecer a adolescência como fase estratégica, inserida em um continuum de desenvolvimento, é condição para formular intervenções educacionais, de saúde e de proteção que promovam pleno desenvolvimento humano e redução das desigualdades.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescência. Complementaridade dos ciclos de vida. Políticas Públicas.

**ABSTRACT** *Adolescence, the second decade of life, is analyzed through the lens of life-cycle complementarity. Human development is a continuous process in which each stage shapes the next. Drawing on a theoretical review of classical and contemporary authors, analysis of recent demographic data and illustrative educational indicators, this essay describes the ruptures and transitions that mark childhood, adolescence and youth. The study shows that adolescence is structured around three core axes – interaction, autonomy and identity – whose maturation depends on experiences accumulated in childhood and determines future opportunities in youth. Contexts of protection, stimulation and family support foster virtuous trajectories, whereas deprivation and violence tend to perpetuate cycles of vulnerability, illiteracy and inequality. The article also discusses contributions from classical authors and neuroscience findings that elucidate the cognitive, affective and social changes distinctively of this stage, highlighting heightened sensitivity to social risk and peer influence. Using the concept of complementarity, it argues that public policies must be designed in an integrated manner, with specific targets for each decade of life. The article concludes that acknowledging adolescence as a strategic phase embedded in a continuum of development is a prerequisite for formulating educational, health and protection interventions that promote full human development and reduce inequalities.*

**KEYWORDS** *Adolescence. Life-cycle complementarity. Public policies.*

<sup>1</sup>Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) – Brasília (DF), Brasil.  
mvolpi@unicef.org



## Introdução

A análise da situação da infância e da adolescência, separadamente, sem tratar da relação entre os diferentes ciclos do desenvolvimento humano, constitui-se em um grave problema na elaboração de políticas públicas para esses grupos, gerando programas pontuais, políticas fragmentadas e resultados poucos expressivos no enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais existentes.

A partir de uma abordagem histórica e da apresentação das principais teorias sobre as fases, etapas ou ciclos do desenvolvimento humano, este ensaio tem o objetivo de demonstrar como o conceito de complementariedade dos ciclos de vida é crucial para compreender cada etapa em si e suas relações entre si e a necessidade de políticas públicas específicas e articuladas para assegurar seus direitos.

A estrutura deste ensaio parte dos dados demográficos mais recentes, sistematiza diferentes teorias, agregando conceitos da psicologia, da pedagogia, da sociologia e da neurociência.

Este estudo tratará da segunda década da vida, a adolescência, como uma fase do desenvolvimento humano; mas, para entendê-la no contexto em que ela ocorre, é preciso explorar o conceito de ‘complementaridade’.

O desenvolvimento humano resulta de um conjunto complexo de processos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e até econômicos que têm impactos diferenciados nas diferentes fases da vida, às vezes como continuidade e, outras, como ruptura. Os seres humanos se desenvolvem por meio de rupturas radicais, como a que ocorre no nascimento, com o rompimento literal do cordão umbilical, ou no rápido crescimento físico, também chamado de ‘estirão’, no início da adolescência para as meninas e no meio dessa fase para os meninos, bem como por meio de transições suaves, como ocorre ao longo dos anos quando se muda de idade de um ano para o outro.

Embora muitos autores clássicos do século passado – como Jean Piaget (1896-1980),

Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), Erik Erickson (1902-1994) e Sigmund Freud (1856-1939) – tenham proposto fases diferenciadas de desenvolvimento, estabelecendo recortes etários em que processos específicos ocorrem, todos concordam que há continuidade no desenvolvimento e que uma fase influencia a outra, seja pela realização dos processos previstos, seja pela ausência da ocorrência deles. Nos estudos mais recentes sobre essa fase da vida, as evidências também indicam essa progressividade<sup>1</sup>.

Uma criança estimulada, protegida da violência, alimentada adequadamente, que vivencia relações de apoio e compreensão usufruirá, de forma positiva, das aprendizagens, dos conhecimentos e das interações, desenvolvendo o máximo do seu potencial para amadurecer e avançar para a adolescência com uma base emocional. Essa base atenuará os impactos da transição e permitirá vivenciar a adolescência com seus desafios e oportunidades, experimentando novas relações, aprendizados e descobertas que transformarão a nova fase da vida em uma conquista que alimentará a autoestima e a autoconfiança para assumir decisões e responsabilidades que pavimentarão o seu desenvolvimento pessoal e profissional, para, na juventude, realizar a transição para a vida adulta como um ser humano pleno.

Quando o começo de vida é marcado por privações, desigualdades e violências, cada etapa do desenvolvimento subsequente representa um desafio a ser superado, pois a pessoa precisa responder às demandas da nova fase do desenvolvimento sem ter as bases necessárias para construir competências, habilidades, conhecimentos e relações sociais, o que leva a usufruir da nova fase e a se fortalecer como sujeito para avançar em vivências como um jovem. É nesse contexto que se dão os processos de reprodução da pobreza, da baixa escolaridade, do analfabetismo e das vulnerabilidades que afetam crianças, adolescentes e jovens.

Em razão disso, o conceito de complementariedade dos ciclos de vida torna-se fundamental

para o desenvolvimento, a implementação e avaliação das políticas públicas específicas para cada recorte etário.

## A transição demográfica e os indicadores sociais

Do ponto de vista demográfico, pode-se pensar em três grandes ciclos iniciais do desenvolvimento humano: a primeira década da vida, a infância; a segunda, a adolescência; e a terceira, a juventude. A publicação Panorama do Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>2</sup> apontou que a população infantil, de 0 a 9 anos de idade, é de 26.454.300, o que equivale a 13% do total da população brasileira vivendo sua primeira década de desenvolvimento: a infância. A adolescência, a segunda década da vida, que vai dos 10 aos 19 anos de idade, com 28.050.903, representa 13,8% da população. Já a juventude, terceira década da vida, com idade entre 20 e 29 anos de idade, é de 30.936.186 e corresponde a 15% da população. Portanto, 42% da população brasileira, ou 85.441.389 pessoas, estão vivendo as três primeiras décadas da vida.

Essas estatísticas evidenciam o envelhecimento da população brasileira e permitem vislumbrar o que o País precisa fazer nas diferentes décadas da vida para garantir o desenvolvimento pleno de suas crianças, adolescentes e jovens.

O estudo 'Pobreza Multidimensional na Infância e Adolescência no Brasil'<sup>3</sup>, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) Anual, dos anos 2016 a 2022, revelou que o analfabetismo na infância sofreu um grave aumento como consequência da pandemia da covid-19, associada à baixa qualidade da educação. Segundo o estudo, houve um aumento do analfabetismo entre crianças de 7, 8 e 9 anos de idade. Em 2019, eram 20% aos 7 anos de idade; 8,5% aos 8 anos de idade; e 4,4% aos 9 anos de idade. Em 2022, esses

percentuais subiram para, respectivamente, 40%, 20,8% e 9,5%<sup>3</sup>.

Em 2022, a taxa de analfabetismo entre jovens de 10 a 19 anos no Brasil foi de 1,5%, de acordo com a publicação Panorama do Censo 2022 do IBGE<sup>2</sup>, ou seja, mais de 420 mil adolescentes são analfabetos. Na terceira década da vida, a taxa de analfabetismo entre jovens de 20 a 29 anos foi de 3,2%, o que corresponde a aproximadamente 1,1 milhão de indivíduos.

Esse exemplo do analfabetismo aplicado aos três diferentes ciclos da vida evidencia que será preciso fortalecer as políticas educacionais com ações específicas em cada década da vida, não só para 'não deixar ninguém para trás', mas também para assegurar que aqueles que sofreram os impactos da falta ou ineficácia das políticas públicas possam receber uma oportunidade e reconstruir suas trajetórias para usufruir, de forma integral, das etapas subsequentes.

Só existem jovens analfabetos porque, em sua infância e adolescência, foram privados do direito à educação. Avaliar as políticas públicas a partir do conceito de complementaridade dos ciclos de vida permite identificar os momentos-chave nos quais devem ocorrer processos de desenvolvimento que levem à evolução de uma fase a outra com ganhos significativos, possibilitando o acesso às oportunidades da fase seguinte e a continuidade do desenvolvimento humano.

No caso da educação, uma criança que está alfabetizada aos 8 anos de idade, como adolescente, conclui o ensino fundamental aos 15 anos e o ensino médio aos 18; como jovem, vive uma transição positiva para a universidade e realiza um ciclo virtuoso de desenvolvimento que projeta o País para um futuro com menos desigualdades e violações de direitos.

No caso das políticas de saúde, poderíamos examinar a situação nutricional da infância para observar os altos índices de desnutrição e obesidade, que resultam em agravamento na adolescência e, posteriormente, na juventude.

No Brasil, as violências também atravessam os ciclos de vida, com o agravante de iniciar na

infância com maus-tratos, abuso e exploração sexual, e continuar na adolescência e juventude com os mais altos índices de homicídios de adolescentes e jovens, principalmente de jovens negros das periferias dos grandes centros urbanos.

Entender os ciclos de vida como complementares permite compreender o desenvolvimento real da criança, do adolescente e do jovem como sujeitos que se constituem progressivamente em um processo de transições e rupturas que os prepara e potencializa suas capacidades para usufruir e ampliar seus direitos ou que os exclui, estigmatiza e frustra o seu desenvolvimento.

## A construção histórica da adolescência

Sempre que se fala em adolescência, é necessário chamar atenção para a necessidade de evitar o senso comum, o preconceito e a 'estigmatização' existentes na sociedade sobre essa fase da vida. Muito do que se sabe sobre a adolescência provém de exageros na interpretação de atitudes dos adolescentes, de formas caricaturadas de como a mídia, em geral, os/as representa; e de visões do passado que já foram superadas pelos estudos de novas áreas do conhecimento que vieram colaborar com os conhecimentos construídos ao longo da história. É preciso destacar que a adolescência passou a existir como área de estudo, de identificação do sujeito e socialmente reconhecida na sociedade ocidental após a Revolução Industrial, no século XIX.

A referência a essa fase da vida aparece desde os filósofos antigos, que se dedicavam a pensar sobre as teorias, os valores éticos e as atitudes que se desejava que os jovens tivessem diante dos mistérios da vida. Atribuem-se a Sócrates e Aristóteles frases nas quais teriam reclamado da instabilidade e da falta de vontade dos adolescentes. Mesmo assim, ambos se empenharam em identificar processos positivos que ocorrem em cada fase da vida

para ajudá-los a se desenvolverem a partir de seus modelos ideais.

Com o surgimento da psicologia, Sigmund Freud (1856-1939) deu uma contribuição importante para o estudo da dimensão subjetiva da adolescência.

Com a contribuição de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) no livro 'Emílio', avançou-se na perspectiva de uma pedagogia que veja o adolescente como um ser em formação.

Resgatamos aqui alguns parágrafos de um texto de minha autoria, publicado em 2012, intitulado 'O princípio da 'pessoa em desenvolvimento' como definidor de oportunidades para a ação do Estado na vida dos adolescentes autores de atos infracionais' para trazer aspectos da adolescência construídos ao longo da história.

Emile Durkheim (1858-1917), sociólogo que estudou profundamente o chamado 'fato social', demonstrou que a sociedade é um conjunto de normas, ações, ideias, valores que não estão somente na consciência do indivíduo, mas que são construídas na vida em sociedade. Quando alguém passa a viver em sociedade, já a encontra pronta e vai se construindo a partir do que vivencia. O sociólogo acreditava que, se pudesse demonstrar o quanto um ato individual é o resultado do meio social que o cerca, teria uma prova da utilidade da sociologia. Ao estudar a questão do suicídio, ele revelou como os jovens se sentiam pressionados pelo excesso de rigor e controle ou pelo total abandono e indiferença. Dos estudos de Durkheim originou-se uma discussão que vê a adolescência mais como uma produção social ou até como uma 'conquista social'.

A palavra 'adolescente' também foi estudada em sua origem para tentar estabelecer-lhe um significado. Originária do latim, seu significado já foi explicado como *ad-olescer* (para crescer), *adolescere* (adoecer) ou *adolescens* (homem jovem). Na verdade, o estudo da palavra não ajuda muito a entender o conceito, pois, por mais que se busquem as origens da palavra, o contexto do seu surgimento é que poderia ajudar a entender-lhe o sentido<sup>4(53)</sup>.

Jean Piaget (1896-1980), por meio dos seus estudos, revelou os processos de desenvolvimento e como o ser humano aprende. Ele descreveu o desenvolvimento na infância e adolescência em quatro fases: i) fase sensório-motor (0 a 2 anos de idade), caracterizada basicamente pela obtenção de informações visuais e motoras, durante a qual a criança desenvolve o conhecimento sobre o meio que o cerca, os objetos e o espaço, vendo os resultados de suas próprias ações localizadas no espaço e no tempo; ii) fase pré-operatória (2 a 7 anos de idade), em que o animismo e o egocentrismo são próprios dessa fase – a criança dá vida a objetos e às coisas da natureza, tudo gira em torno de sua própria existência, o aparecimento da linguagem contribui para sua socialização; iii) fase operatória concreta (7 a 12 anos de idade), caracterizada pelo domínio de operações concretas que se combinam entre si, das quais a criança tem consciência dos mecanismos e de como se coordenam – é chamada também de pensamento operacional e lógico, pois, nessa fase, a criança usa a lógica para resolver problemas, mas se limita a resolver problema concretos; iv) fase operatória formal (a partir dos 12 anos de idade), quando o adolescente passa a dominar a capacidade de abstração e entender-se parte de um contexto.

Adolescentes desenvolvem a capacidade de fazer hipóteses, examinar afirmações e questioná-las. Com o domínio de um amplo conjunto de habilidades, passam a ter mais facilidade de aprender desde que seu interesse seja instigado. Como já dominam a abstração e a possibilidade de pensar sobre as ideias (metapensamento), aumentam sua capacidade de socialização.

Para ele [Piaget], a adolescência corresponde ao momento mais marcante do desenvolvimento da inteligência, pois é nessa fase que o pensamento atinge sua capacidade de abstração na forma hipotético-dedutiva ou lógico-matemática. É o momento de passar das questões concretas para discutir ideias, formular hipóteses e chegar a conclusões,

desenvolvendo a capacidade do pensamento dialético. Essa capacidade projeta-se em sua socialização, ajudando o adolescente a ser mais cooperativo no grupo e estabelecer relações de reciprocidade<sup>4(54)</sup>.

Em seu livro 'Juízo Moral da Criança'<sup>5</sup>, Piaget demonstrou que o desenvolvimento moral da criança vai se desenvolvendo a partir de suas interações com os outros. Ao analisar, por meio da observação de jogos, ele percebeu que o respeito às regras pelas crianças e pelos adolescentes tem sentidos diferentes. Enquanto as crianças respeitam as regras e têm dificuldades de alterá-las, os adolescentes aceitam novas combinações e fazem observações sobre elas. De qualquer forma, a cooperação que o jogo exige é o elemento importante para que o adolescente vá assumindo valores e atitudes.

Pela importância dos estudos precusores de Piaget e pela singularidade de sua contribuição em diferentes campos, registramos aqui os elementos-chave do desenvolvimento do juízo moral de Piaget, usando como base o quadro-síntese de sua contribuição sistematizado pela psicóloga e pedagoga Denise D'Aurea-Tardeli na 'Revista Mente e Cérebro'<sup>6(25)</sup>:

Período 'sensório-motor', de 0 a 2 anos de idade, com o desenvolvimento cognitivo baseado na inteligência de ordem prática e o juízo moral marcado pela anomia, não havendo um sentido de moralidade.

Período 'pré-operatório', de 2 a 7 anos de idade, com o desenvolvimento cognitivo baseado no aparecimento da função simbólica e desenvolvimento da linguagem e o juízo moral marcado pela heteronomia; moral baseada no medo de represália; obediência à autoridade.

Período 'operatório-concreto', de 7 a 12 anos de idade, com o desenvolvimento cognitivo do pensamento racional e lógico e o juízo moral marcado pela heteronomia; moral baseada no respeito unilateral e na reciprocidade; crianças seguem as regras e esperam que todos façam o mesmo.

Período ‘operatório formal’, a partir dos 12 anos de idade, com o desenvolvimento cognitivo da capacidade de abstração, simultaneidade e metapensamento e o juízo moral marcado pela autonomia, moral baseada em princípios superiores das leis e no respeito mútuo; equidade e cooperação; reconhecimento de que as regras podem ser mudadas.

Embora Piaget concentre sua atenção no desenvolvimento do indivíduo e analise sua interação, no caso de sua obra sobre o juízo moral, por meio da observação de experiências de jogos, ele refere-se a esse aspecto como ‘a irritante questão do indivíduo e do social’<sup>5</sup>. É provável que ele não tivesse muita paciência para o debate um tanto infrutífero que indagava se o indivíduo é resultado do meio social ou se ele é só resultado de suas próprias características. Obviamente, ambos os aspectos são importantes, mas, até hoje, observa-se que setores tanto da academia como das práticas sociais têm dificuldades para articular as duas dimensões no estudo do desenvolvimento humano.

Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), nascido no mesmo ano que Piaget, concentrou seus estudos na interação das dimensões individual e coletiva do desenvolvimento humano; como o sujeito se constitui a partir de seus aspectos subjetivos e como os aspectos sociais e coletivos influenciam na formação do indivíduo. Denominado sociointeracionismo, esse campo de estudo do desenvolvimento foi muito importante para preservar a singularidade dos sujeitos e, ao mesmo tempo, demonstrar como o entorno social atua em sua formação.

Isto significa, simplesmente, que certas categorias de funções mentais superiores (atenção voluntária, memória lógica, pensamento verbal e conceptual, emoções complexas etc.) não poderiam emergir e se constituir no processo de desenvolvimento sem o aporte construtivo das interações sociais<sup>7(17)</sup>.

Embora a ideia de interações sociais esteja presente em outras teorias, é Vygotsky quem

as explicita em um conjunto teórico articulado que examina o desenvolvimento humano a partir de dimensões mais profundas da formação das ideias, do conhecimento, da repetição, da resposta social e de processos continuados e interrelacionados.

Estamos diante de uma tese de Vygotsky que não foi ainda suficientemente assimilada e explorada na pesquisa, mesmo no campo da psicologia contemporânea: o essencial no desenvolvimento não está no progresso de cada função tomada isoladamente, mas na mudança de relações entre diferentes funções, tais como a memória lógica, o pensamento verbal, etc.; dito de outra maneira, o desenvolvimento consiste em formar funções compostas, sistemas de funções, funções sistêmicas, sistemas funcionais<sup>7(18)</sup>.

A complexidade do pensamento de Vygotsky está exatamente na busca do conhecimento sobre múltiplos processos interligados que decorrem das experiências práticas, simbólicas, sociais e culturais. A esses processos, também se conectam heranças genéticas, características individuais e aspectos ligados ao contexto familiar.

O que é importante reter para nosso interesse é que, na teoria sociointeracionista, a capacidade física e a inteligência humana não realizam seu potencial sem os instrumentos adequados, isto é, sem a transferência dos elementos da cultura e da tecnologia dominados em cada período da história. O que leva os adolescentes à prática de um ato infracional não se resume ao resultado da atuação do indivíduo no meio social. Aspectos da cultura, dos valores e das possibilidades da presença do sujeito no mundo são determinantes sociais a serem estudados e conhecidos para que se reconheça o sujeito como organismo vivo no contexto histórico e cultural, e para que o próprio adolescente se reconheça a si mesmo enquanto pessoa com sua própria história, cultura e contexto.

Sigmund Freud (1856-1939) foi o médico neurologista austríaco que desenvolveu a psicanálise, uma teoria e prática que ampliou a

compreensão do ser humano como sujeito, aprofundando o conhecimento sobre a mente humana e demonstrando a importância do inconsciente para a solução dos problemas psíquicos. Para ele, o desenvolvimento psicosssexual é a questão principal da teoria psicanalítica dos instintos, a qual explica que, ao nascer, todos possuem uma energia sexual, a libido, que se desenvolve em cinco fases: de 0 a 1 ano, a fase oral; dos 2 aos 4 anos, a fase anal; dos 4 aos 6 anos, a fase fálica; dos 6 aos 11, a fase de latência; e, a partir dos 12 anos, com o início da adolescência, a fase genital, na qual há uma retomada dos impulsos sexuais e o adolescente passa a buscar, em pessoas fora de seu grupo familiar, um objeto de amor.

A adolescência é um período de mudanças no qual o jovem tem que elaborar a perda da identidade infantil para, aos poucos, construir uma identidade adulta. Ele procura se diferenciar do outro, ao mesmo tempo em que procura se inserir num grupo com estilos e gostos próprios<sup>8(24)</sup>.

Nesse apanhado histórico de contribuições para o estudo da adolescência como fase do desenvolvimento humano, a questão da 'crise de identidade' vivida por adolescentes foi abordada na obra de Erik Erickson (1902-1994)<sup>9</sup>. Nas oito fases de desenvolvimento pelas quais, segundo Erickson, o indivíduo passa ao longo da vida, a quinta é a da puberdade-adolescência, vivida entre os 11 e 19 anos de idade. A característica destacada por ele é a busca por saber reconhecer-se a partir do que a pessoa é e do que ela quer ser.

## Aspectos centrais sobre o desenvolvimento do cérebro na adolescência

Os estudos de neurociência<sup>10</sup> trouxeram uma contribuição importante para conciliar os aprendizados históricos, enfrentar alguns

mitos e introduzir um estudo mais sistemático e profundo sobre o cérebro do adolescente.

No campo da neurociência, há um interesse em estudar o que caracteriza a adolescência. Existem estudos voltados para a maturação cerebral que identificam, na adolescência, um momento de turbulência causado pelo que seria o desenvolvimento do cérebro a partir da fase anterior do encéfalo deixando por último as conexões do córtex frontal. Como é no córtex frontal que os aspectos da adaptação social e a elaboração dos juízos se formam, poderíamos, então, justificar alguns comportamentos dos adolescentes por essa situação da formação do cérebro. Outros cientistas vão atestar que a formação cerebral se encontra em estado tão avançado na adolescência que acelera a velocidade da aprendizagem, facilita a abstração, promove a autonomia e facilita a memória seletiva para os contatos sociais. António Damásio, em sua obra *O erro de Descartes*, mostra que os processos cerebrais ocorrem de forma correlacionada, superando a dicotomia corpo-espírito e revelando que a emoção não é um luxo. Emoção, razão e cérebro humano formam um conjunto indissociável. Embora menos evidentes, as mudanças internas são igualmente profundas. Pesquisas neurocientíficas realizadas recentemente indicam que, na fase inicial da adolescência, o cérebro passa por uma aceleração espetacular do desenvolvimento elétrico e fisiológico. O número de células cerebrais pode quase duplicar no espaço de um ano, enquanto as redes neurais são radicalmente reorganizadas, causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental<sup>4(56-57)</sup>.

Os estudos mais recentes de neurociência estão fazendo descobertas cada vez mais assertivas em relação à adolescência. Um exemplo da especificidade desses estudos é a recente publicação da professora Sarah-Jayne Blakemore, do Instituto de Neurociência Cognitiva da University College London (UCL), na Inglaterra. Ela mostra, a partir de testes que combinam técnicas de resposta a

questões pré-estruturadas e imagens cerebrais por meio de ressonância magnética, novos aspectos do comportamento dos adolescentes. No artigo intitulado 'Preocupação amplificada sobre risco social na adolescência: desenvolvimento e validação de uma nova medida'<sup>11</sup>, assinado por ela e por pesquisadores da área de psicologia e psiquiatria, propõe-se o desenvolvimento de uma medida para a possibilidade de adolescentes assumirem riscos relacionados à saúde e riscos sociais. O artigo revela que os adolescentes não têm uma natureza antissocial e que não há evidências de que, nessa fase da vida, eles gostem de correr riscos e de desafiar a sociedade.

Isso apoia o corpo de evidências de que a adolescência é um período de intensa sensibilidade ao meio social. Além disso, tanto a preocupação com a saúde quanto o risco social diminuíram com a idade, mas a taxa de diminuição foi mais acentuada para risco social versus risco à saúde, sugerindo que a adolescência é um período de preocupação ampliada com o risco social. No sentido prático, essas descobertas têm implicações potenciais para as políticas públicas. Dentro do contexto da educação, uma compreensão do risco social pode oferecer uma visão sobre porque os adolescentes estão mais ou menos motivados para se envolver com o trabalho escolar. [...] Dentro de um contexto legal, as preocupações em torno do risco social podem ser um fator nas decisões dos adolescentes de se envolverem em comportamento criminoso, particularmente em contextos de pares no qual ao optar por não participar de um comportamento do grupo pode correr o risco de ser excluído do grupo. Juntas, essas descobertas destacam a importância do risco social no comportamento do adolescente e sugere que intervenções para reduzir o comportamento de assumir riscos nessa faixa etária devem considerar o papel do risco social<sup>11(17)</sup>.

Essa ideia de desenvolvimento contínuo, de complementaridade dos ciclos de vida e de rupturas e continuidades ajuda a entender melhor diversos fenômenos sociais, por

exemplo, a prática de atos infracionais por adolescentes. Para entender o sujeito, é preciso compreender sua trajetória, expressão utilizada por esse autor no estudo sobre a prática de atos infracionais registrada no livro 'Sem Liberdade, Sem Direitos'<sup>12</sup>.

Esse apanhado de diferentes abordagens no estudo da adolescência mostra que a percepção sobre essa fase da vida vem evoluindo a partir dos diferentes estudos e reforça a importância de manter um processo contínuo de observação, estudo e atualização.

## Adolescência: interação, autonomia e identidade

Como se pode observar na breve menção às diferentes teorias sobre a adolescência, os três elementos centrais dessa fase da vida são a interação, a autonomia e a identidade.

A interação é o processo resultante do amadurecimento do adolescente e da busca de relações para além do contexto familiar e escolar. Enquanto as crianças interagem com seus pares a partir do que seus adultos responsáveis permitem, o adolescente estabelece relações baseadas em seus próprios interesses. Esse processo faz parte de sua autoafirmação e é decisivo para sua autoestima, uma vez que é no grupo de pares que encontra sua maior afinidade de interesses.

Quando os pais ou responsáveis reprimem as relações que o adolescente desenvolve por conta própria, a tendência é ele esconder essas relações e mantê-las em certa clandestinidade. Essa atitude de não enfrentar o embate com os pais e preferir aparentar obediência é o princípio de uma ruptura com a autoridade dominante e a criação de um subterfúgio que gera uma acomodação aparente. A frase mais escutada pelos profissionais que atuam na socioeducação, dita pelos pais (essencialmente pelas mães, pois elas são a maioria a manter um vínculo com o adolescente sentenciado) é: *“meu filho andava em má companhia e não queria me escutar”*.

A ampliação das interações sociais é um processo essencial para o desenvolvimento humano. O ser humano é, essencialmente, um ser social, quer dizer, é um ser que desenvolve a maior parte de suas competências e habilidades pela sua interação com os outros. É preciso que essas interações sejam estimuladas, apoiadas e orientadas para que adolescentes tirem o melhor proveito delas e não se deixem dominar pelos mais experientes. A exploração sexual de crianças e adolescentes, o trabalho infantil, a exploração do trabalho do adolescente, o recrutamento de adolescentes pelo tráfico de drogas, de armas e de pessoas e o aliciamento para a prática de delitos ocorrem exatamente nesse campo das interações sociais, quando o adolescente não tem o suporte do seu grupo familiar para ajudá-lo a fazer uma leitura crítica sobre os interesses dos grupos que se aproximam.

Nesse processo, o diálogo é o caminho mais importante para ajudar o adolescente a entender que as relações humanas são mediadas pelos mais variados interesses: afetivos, econômicos, religiosos, políticos, sexuais, sociais e diversos outros. Há também interesses mútuos, colaborativos, solidários, de compartilhamento de visões e ideais. A principal questão é que todos esses interesses se misturam no cotidiano das vivências familiares, comunitárias, institucionais e sociais, e que é preciso muita atenção, diálogo, autoconfiança e autoconhecimento para separar uns dos outros.

No contexto de um diálogo familiar positivo, construído desde a infância ao longo dos ciclos de vida, será possível ajudar o adolescente a fazer suas escolhas. Já em um contexto de conflitos, repressão, distanciamento e imposição de padrões de relacionamento, é muito previsível que adolescentes busquem distanciamento da orientação do núcleo familiar e construam seu círculo de referência exatamente no campo oposto ao orientado, como um processo de autoafirmação e contestação.

A segunda dimensão importante do desenvolvimento que ocorre na adolescência é a autonomia, termo que tem origem na ideia de

‘fazer as próprias regras’. Trata-se de um tema muito estudado pela maioria dos psicólogos que investigam o desenvolvimento humano, pois essa dimensão é essencial para a construção dos juízos e valores e, como diria Piaget, para a busca do equilíbrio entre o que se quer e o que se faz. Na adolescência, o sujeito está equipado de conhecimentos, habilidades e competências que lhe garantem uma visão mínima do que é certo e errado. O que gera conflito e disputa é a relação dos adultos com esses conceitos. Nesse contexto, há consenso de que todos devem respeitar a lei, porém é evidente que nem todos o fazem.

O grande conflito observado por adolescentes é a incoerência entre o que se faz e o que se diz. À medida que o adolescente se dá conta dessa incoerência, pais, professores, líderes e pessoas de referência vão perdendo a legitimidade e passam a ser questionados. A reação a esses questionamentos, com a mera repressão ou com a desqualificação do adolescente, gera afastamento e perda de referência. Esse conflito interno vai se tornando uma atitude relapsa em relação à importância da lei e das normas, e adolescentes preferem ficar por conta própria.

A terceira dimensão importante do desenvolvimento humano na adolescência é a formação da identidade. Conforme mencionado, os processos de construção da identidade são contínuos, mas têm na adolescência sua maior exuberância. Ademais, é importante que seja assim, pois a superação da fase determinada pelas aprendizagens da infância ocorre justamente com a construção do sujeito adolescente que se diferencia dos demais por sua singularidade e subjetividade. É o ser humano assumindo sua presença única no mundo a partir de suas escolhas e projeções.

Enquanto na infância a ‘imitação’ é um recurso importante de aprendizagem, na adolescência, a ‘diferenciação’, o fazer ‘do meu jeito’ e a marca própria têm mais importância, pois é a partir dessa atitude que adolescentes revelam como querem ser vistos pelo mundo e com quais referências

estéticas, comportamentais e atitudes querem se identificar.

Nessa fase do desenvolvimento, a afirmação sobre suas habilidades pessoais e o reconhecimento do grupo de pares a respeito delas também têm grande importância. Ser bom estudante, ter habilidades esportivas, habilidades artísticas, ser a pessoa engraçada do grupo e diversas outras características que reforçam a diferenciação do indivíduo no coletivo, desde que positivas, são uma fonte de imenso prazer e realização. É nessa fase de vida que as identidades de gênero, étnico-racial, de local de moradia e de grupos de pertencimento ganham grande relevância para o adolescente. Quando essas características são valorizadas socialmente, viram fonte de prazer e realização, e quando são rejeitadas, discriminadas ou menosprezadas, geram profunda dor psíquica, sofrimento e frustração.

No desenvolvimento do adolescente, para construir sua identidade, ampliar sua interação e produzir sua autonomia, embora possa parecer contraditório, reação dos seus pares tem grande importância. Adolescentes sofrem forte influência do que dizem, fazem e propõem outros adolescentes.

Os estudos mais recentes no campo da neurociência destacam a importância da opinião dos/as outros/as adolescentes no comportamento de cada indivíduo. Adolescentes são muito suscetíveis à opinião e reação dos seus pares.

Eles atribuem muita importância à opinião e à atitude dos seus pares, mas isso não significa essas opiniões estão corretas. Ajudar a desenvolver um senso crítico sobre elas é um grande desafio, mas jamais se poderá ignorá-las como se não fossem importantes para cada adolescente.

A adolescência é um período da vida muitas vezes caracterizado por comportamentos que, *prima facie*, são irracionais, como correr riscos aparentemente excessivos e impulsividade. No entanto, esses comportamentos podem ser interpretados como adaptativos e racionais se

considerarmos que um dos principais objetivos de desenvolvimento deste período da vida é amadurecer em um adulto independente no contexto de um mundo social instável e mutável. Propõe-se que, para os adolescentes, o risco social de ser rejeitado pelos pares supera outros resultados potencialmente negativos das decisões, como ameaças à saúde ou a perspectiva de ser pego. Além disso, a influência dos pares na adolescência pode levar a comportamentos pró-sociais e anti-sociais. Os mecanismos neurocognitivos de influência dos pares incluem a recompensa social de ser aceito pelo grupo de pares, a excitação e a mentalização aumentada, que está associada ao desenvolvimento da rede social cerebral<sup>(116)</sup>.

A forma como a evolução das interações sociais, a construção da identidade e a produção da autonomia ocorrem na adolescência constitui o elemento fundante para pensar em políticas públicas para essa fase da vida. Trata-se de observar, problematizar, refletir e contribuir para que o próprio adolescente se dê conta de como esses três processos ocorreram ao longo de sua vida e de como eles podem ser reorganizados para que adolescentes alcancem seus objetivos pessoais a partir de práticas sociais fundamentadas em uma ética de respeito aos outros, à sua humanidade, portanto, à sua dignidade e à sua vida.

Todos esses processos de desenvolvimento na adolescência ocorrem em um contexto social, econômico, regional, étnico-racial e cultural. Por isso, ao falar dessa fase da vida, é preciso tomar o cuidado de mencioná-la no plural. De fato, são muitas adolescências significadas de diferentes maneiras em diversos contextos.

Ao contrário da maioria das suposições feitas pelas neurociências até vinte anos atrás, pesquisas mais recentes provaram que o cérebro não para de mudar na infância. Descobertas robustas de estudos sobre o desenvolvimento estrutural do cérebro mostram que o cérebro humano se desenvolve

ao longo da adolescência e início da idade adulta. Em particular, após a idade de oito/nove anos, não ocorre mais crescimento no tamanho do cérebro, mas as mudanças em sua composição interna continuam a ocorrer. A massa cinzenta diminui em média 15% durante a adolescência, enquanto a massa branca aumenta linearmente cerca de 1% ao ano durante o mesmo período. Todos os estudos realizados até agora levam em conta o adolescente médio, mas reconhecem a importância das diferenças individuais criadas por fatores genéticos e ambientais nos volumes de matéria branca e cinzenta. Atualmente, uma grande área de pesquisa está se concentrando na hipótese de que trajetórias específicas do desenvolvimento do cérebro podem determinar o desenvolvimento de certos problemas de saúde mental<sup>13(7)</sup>.

Além da neurociência, outras áreas do conhecimento estão realizando estudos e pesquisas que contribuem para atualizar o conhecimento sobre a adolescência e os/as adolescentes.

Durante uma oficina sobre gravidez na adolescência, uma adolescente afirmou: “Vocês querem entender a gravidez na adolescência? Então é preciso olhar para além da nossa barriga, ouvir também nossa cabeça e nosso coração”<sup>14(11)</sup>.

No contexto da complementaridade dos ciclos de vida, adolescentes se apresentam como sujeitos específicos que demandam políticas públicas especializadas para efetivar seus direitos e promover seu desenvolvimento integral. Considerando os aspectos destacados neste ensaio – notadamente, a interação, a autonomia e a identidade –, é preciso enfatizar que a proposição, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para essa fase da vida só terão efetividade com o engajamento e a participação ativa e consciente dos próprios adolescentes.

## Contribuições de autoria

Volpi M (0009-0002-6942-0911)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. UNICEF Office of Research – Innocenti. The adolescent brain: a second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti; 2017.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022. Panorama do Censo 2022; 2022 [acesso em 2026 fev 27]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Pobreza Multidimensional na Infância e Adolescência no Brasil – 2017 a 2023. Brasília, DF: UNICEF; 2025.
4. Volpi M. O princípio da “pessoa em desenvolvimento” como definidor de oportunidades para a ação do Estado na vida dos adolescentes autores de atos infracionais [Internet]. In: Minas Gerais, Governo do Estado, Secretaria de Estado de Defesa Social, Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeduca-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tivas. Medidas Socioeducativas: contribuições para a prática. Organizado por: Carolina Proietti Imura e Elaine Rocha Maciel. Belo Horizonte: Editora FAPI; 2012 [acesso em 2026 fev 27]. 234 p. Disponível em: [https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos\\_res-tritos/files/migrados/File/publi/mse/mse\\_contribui-coes\\_para\\_a\\_pratica\\_seds\\_mg\\_2012.pdf](https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_res-tritos/files/migrados/File/publi/mse/mse_contribui-coes_para_a_pratica_seds_mg_2012.pdf)
5. Piaget J. O Juízo Moral na Criança. 1ª ed. São Paulo: Summus; 1994.
  6. Revista *Mente e Cérebro*. O olhar adolescente – Espelhos da sociedade. São Paulo: Duetto Editorial; [2014];(4):25.
  7. Coelho EP, organizador. Lev Semionovich Vygotsky. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana; 2010.
  8. Ozella S. Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez Editora; 2008.
  9. Mayer H. Tres teorías sobre desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1989. p. 19-82.
  10. Damásio A. O erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
  11. Blakemore SJ. Avoiding Social Risk in Adolescence. *Curr Dir Psychol Sci*. 2018;27(2):116-22. DOI : <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
  12. Volpi M. Sem liberdade, sem direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente. São Paulo: Cortez; 2002.
  13. Blakemore SJ. *Inventing ourselves: the secret life of the teenage brain*. New York: PublicAffairs; 2018.
  14. Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente; Fundo das Nações Unidas para a Infância; Fundo de População das Nações Unidas. *Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas* [Internet]. Brasília, DF: Indica; 2017 [acesso em 2026 fev 27]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/gravidez-na-adolescencia-no-brasil-vozes-de-meninas-e-de-especialistas>

---

Recebido em 06/08/2025

Aprovado em 09/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

## A adolescência em um mundo em transição acelerada: políticas do provisório quanto ao uso prejudicial de substâncias

*Adolescence in a fast-transitioning world: Tentative policies as regards the harmful use of substances*

Francisco Inácio Bastos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E111336P

**RESUMO** O artigo sumariza dados e informações acerca das transformações na adolescência/juventude no contexto contemporâneo e sua associação com o uso e abuso de substâncias psicoativas. Diante da profunda reformulação de mercados e hábitos referentes a substâncias lícitas e ilícitas, frequentemente combinadas, cabe repensar os marcos de regulação, prevenção e tratamento. Embora mercados e hábitos tradicionais, lícitos (como álcool e tabaco) ou ilícitos (com o predomínio da coca/cocaína e derivados da cannabis) prevaleçam no contexto brasileiro, cabe prospectar novos mercados e modalidades de uso. Transformações rápidas e profundas não devem conduzir ao medo, indiferença ou inércia. A ciência e a sociedade contemporâneas contam com ferramentas para lidar com esses desafios. Deixando de lado a relativização absoluta de conceitos e políticas, assim como a assertividade sem base conceitual ou empírica, cabe formular ‘políticas do provisório’. O fato de serem necessariamente provisórias não significa ausência de critérios ou marcos, mas sim sua renovação. Cabe adotar: uma racionalidade balizada por limites (bounded rationality); conceitos e métodos da ‘Tomada de decisões em contextos de incerteza’ e da ciência cidadã. Com isso, é possível lidar com os desafios de forma renovada e bem-sucedida nesse e em diversos campos da ciência e da vida em sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE** Abuso de substâncias. Adolescente. Rede social. Ciência cidadã. Tomada de decisão.

**ABSTRACT** *This article summarizes data and information about the transformations in adolescence/youth in the contemporary context and their association with the use and abuse of psychoactive substances. Given the profound reformulation of markets and habits related to legal and illegal substances, often combined, it is necessary to rethink the frameworks for regulation, prevention, and treatment. Although traditional markets and habits, both legal (e.g., alcohol, and tobacco) and illegal (with the predominance of cocaine and cannabis derivatives), prevail in the Brazilian context, it is necessary to probe new markets and patterns of use. Rapid and profound transformations should not lead to fear, indifference, or inertia. Contemporary science and society have the tools to deal with these challenges. Setting aside the absolute relativization of concepts and policies, as well as assertiveness without a conceptual or empirical basis, it is necessary to advance ‘tentative policies’. Provisional does not mean an absence of criteria or frameworks, but rather their renewal. It is necessary to combine: bounded rationality; concepts and methods of ‘Decision-making in contexts of uncertainty’, and citizen science. Under this guidance, it is possible to deal with challenges in a renewed and successful way in this and other fields of science and social life.*

**KEYWORDS** *Substance abuse. Adolescent. Social networking. Citizen science. Decision making.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
francisco.inacio.bastos@hotmail.com



## Introdução

Poucas vezes na história, assistimos a uma transição tão profunda e rápida de valores, marcos e parâmetros, sejam eles geopolíticos, econômicos, societários, culturais ou comportamentais.

Embora um olhar retrospectivo documente inúmeras transições marcantes, como o advento da Revolução Industrial ou o progressivo declínio do Feudalismo, a transição em curso parece não ter precedentes. Ela combina, de forma inédita, transformações atinentes a indivíduos, seus grupos sociais e das sociedades em um sentido mais amplo (em certa medida, global), com transformações na esfera da informação e da conectividade por meio de redes de uma abrangência até então inimaginável e, mais recentemente, transformações ditadas pela evolução acelerada da inteligência artificial. Não cabe aqui uma análise abrangente desses fenômenos, que têm sido abordados em obras seminais como ‘The Square and the Tower’<sup>1</sup> e, mais recentemente, ‘Nexus’<sup>2</sup>.

O presente artigo analisa, de forma sucinta, a transformação de duas dimensões da vida, por si só, dinâmicas; hoje nichos especialmente fluidos de uma sociedade em transição acelerada de forma geral. Trata-se aqui da adolescência e juventude e do uso de substâncias psicoativas. As duas questões estão interligadas de forma muito intensa, embora de forma alguma exclusiva, como demonstram os trabalhos clássicos sobre o uso de substâncias em uma perspectiva diacrônica que se estende por décadas<sup>3,4</sup>.

Os jovens são habitualmente curiosos e frequentemente experimentadores de novas sensações e vivências em campos variados, como o da sexualidade e o da modulação da consciência e da percepção. Esses últimos estão associados a fenômenos diversos, com inter-relações complexas – por exemplo, em experiências de uso de psicoativos e transformações, reais ou hipotéticas, de estruturas sociais e valores, como nas comunidades de

usuários do Santo Daime<sup>5</sup> –, assim como à busca de novas vivências, pelos meios mais diversos. Estes vão das experiências religiosas, do engajamento em causas sociais e movimentos políticos ao uso de substâncias que modulam a percepção e o pensamento, como classicamente explorado por autores como Charles Baudelaire<sup>6</sup>, que cunhou a expressão poética, ainda que parcial, de ‘Paraisos Artificiais’. A concepção de Baudelaire se contrapõe à de outro autor, de origem alemã, mas expressão francesa, Claude Olievenstein, em obra hoje clássica<sup>7</sup>, que equipara os paraísos artificiais à breve ‘lua de mel’ entre o usuário compulsivo e as substâncias psicoativas.

Outrossim, o conceito de ‘Portas da Percepção’, do romancista e ensaísta inglês Aldous Huxley<sup>8</sup>, também guarda pouca relação com as vivências em curso de uso de psicoativos.

Ainda que o uso de psicoativos dialogue com os conceitos de Baudelaire e Huxley, o panorama atual está bem menos associado a uma possível expansão das vivências e a paraísos artificiais do que a um cenário distópico, que conjuga, de forma complexa, prazer e sofrimento, busca da paz, por vezes de natureza espiritual e mesmo beatífica, e risco de morte.

De forma um tanto surpreendente, um dos primeiros autores a estabelecer claramente a distinção entre usos centrípetos e centrífugos, sincrônicos e diacrônicos, dos modos de usar psicoativos foi o poeta e ensaísta brasileiro Paulo Leminski, em breve ensaio hoje pouco lembrado, mas nem por isso menos preciso, e, sob certa perspectiva, profético<sup>9</sup>.

O presente artigo divide-se em três seções, além desta Introdução, que dizem respeito: i) a alguns aspectos da adolescência e juventude; ii) à transição observada na cena de circulação e uso de substâncias psicoativas; e iii) à formulação e implementação de políticas que, para serem minimamente realistas, uma vez que lidam com o fugaz, são aqui denominadas ‘políticas do provisório’.

Parece claro, para observadores e analisadas do mundo contemporâneo, que qualquer

tentativa de prever, com razoável margem de certeza, os desdobramentos da transição em curso está fadada a um possível falseamento, o que não quer dizer que não seja possível elaborar cenários relativamente robustos e distinguir previsões mais ou menos bem fundamentadas, e mais ou menos consistentes (ver debate sobre o tema em Tetlock e Gardner)<sup>10</sup>.

## Adolescência e juventude: breves observações sobre vivências na era digital

Em março de 2025, foi lançada na Plataforma Netflix® a minissérie inglesa ‘Adolescência’ (‘Adolescence’, criada por Jack Thorne e Stephen Graham e dirigida por Philip Barantini). Não proceder-se-á aqui a mais uma análise da referida série, pois tais análises têm-se repetido à exaustão, sob os mais diversos ângulos, no Brasil, onde estão disponíveis *online* dezenas de análises e comentários, assim como em 70 outros países, nos *sites* sobre séries televisivas em *streamings*<sup>11</sup>.

O que chama atenção, para além do conteúdo e das questões suscitadas pela referida série, é que elas vêm sendo abordadas pela literatura acadêmica recente, mas chegaram ao público como uma ‘nova’ realidade, que, aparentemente, surpreendeu milhões de telespectadores (em especial pais e educadores, segundo os diversos comentários, no Brasil e nos mais diferentes países).

A influência maciça da internet está longe de ser um fenômeno novo, mas vem sendo majoritariamente discutido no âmbito da sua influência sobre a erosão das democracias e das políticas de justiça social<sup>2,12,13</sup>. Talvez por ser este um dos fenômenos mais desafiadores e angustiantes do mundo contemporâneo, em que se assiste à progressiva erosão das democracias<sup>14</sup>, tenha sido dada menos ênfase ao impacto da internet sobre segmentos da sociedade ou do tecido social *lato sensu*. As plataformas *online* e os aplicativos de trocas

instantâneas de mensagens constituem hoje, talvez, as instâncias mais poderosas na formação ou deformação dos jovens, muito além da tríade clássica do papel dos pais e da família, das escolas e das interações pessoais entre pares. Não por acaso, o debate suscitado pela série enfatiza o fracasso das estratégias de educação familiar, o sucateamento das escolas – no caso, inglesas, mas certamente ainda mais pronunciado no contexto brasileiro<sup>15</sup> – e a disseminação de uma avalanche de *fake news* e *slogans* banais, que fomentam o ódio, a misoginia, o racismo etc.

Zuin<sup>16</sup> analisa a ressurgência do fascismo no seu berço, a Itália, à época de Mussolini e nos dias de hoje, sob a liderança de diversos grupos, que ganham força crescente, como Lega e CasaPound, com base em um conjunto de estratégias e conceitos aqui expostos de forma resumida:

- i. Uso abusivo do pronome pessoal na primeira pessoa do singular – base da emergência e entronização de lideranças populistas e carismáticas;
- ii. O uso do plural ‘nós’ contraposto a eles, sejam estes ‘eles’ minorias étnicas, de gênero etc. Tema explorado pela referida minissérie com relação a uma ideologia de gênero chauvinista e violenta;
- iii. Frases curtas e imperativas, ou seja, uma combinação de *slogans* novos ou repaginados, memes e a substituição do diálogo por assertivas impositivas e convocações para integrar e replicar, de forma acrítica, grupos, movimentos e manifestações (estratégias subjacentes à expressão de que algum conteúdo ‘viraliza’);
- iv. O apelo a cidadãos (no caso da macropolítica) ou a subgrupos (como os membros de um ‘clique’, no sentido técnico de subárea de uma determinada rede social<sup>17</sup>), para que se posicionem em oposição a valores democráticos e ao respeito aos direitos humanos.

A influência sobre a (de)formação dos cidadãos é especialmente pregnante, segundo diversos levantamentos (ver as sucessivas pesquisas de opinião regularmente analisadas por Andrew Gelman, em seu *blog* de natureza técnica, mas que merece a leitura do não especialista<sup>18</sup>), especialmente entre pessoas mais jovens, do sexo masculino, com baixos níveis de educação e dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

As proporções muito elevadas de eleitores que apostam nessas plataformas políticas, todavia, ultrapassam em muito esses recortes tradicionais, chamando a atenção para um duplo fenômeno: essa dinâmica tem, sem dúvida, uma dimensão micro e mesossocial, atingindo particularmente determinados segmentos, mas também uma dimensão macrosocial, na medida em que tais formulações podem se tornar majoritárias e eleger/perpetuar no poder partidos e lideranças de inclinação fascista, em diversos países (o que já vem acontecendo).

Obviamente, entre adolescentes e jovens, nos quais o sistema nervoso central está em processo de maturação<sup>19</sup> e está em curso um intenso e extenso processo de transformação corporal, mudanças psíquicas e formação de um quadro de valores, atitudes e, eventualmente, hábitos (dentre eles o consumo de substâncias psicoativas, para além da experimentação), essa influência é mais pronunciada, difusa e tem maior e mais ágil disseminação.

Uma característica nova das redes sociais, com base na internet, é a sua dupla capacidade de promover comportamentos de risco, assim como de se tornarem, elas próprias, base, meios e instrumentos de comportamentos compulsivos de uso contínuo e até mesmo dependente<sup>20</sup>. De forma até então inédita, um conjunto de plataformas *online* é, ao mesmo tempo, passível de criar hábitos de uso compulsivo *per se* (cujas síndromes de abstinência são hoje habitualmente conhecidas como ‘nomofobia’<sup>21</sup>), uma ferramenta de *marketing* de produtos diversos, entre eles, as substâncias psicoativas<sup>22</sup>, e uma plataforma disseminadora

de comportamentos que, embora não lidem de forma direta com o uso de substâncias, promovem, de forma mediatizada, seu uso, como elementos definidores de uma masculinidade agressiva, de uma diferenciação deliberada e proativa dos subgrupos diante do *mainstream* da sociedade (que repudiam e da qual querem se afastar), e da estigmatização de minorias que se abstêm de fazer uso de algumas dessas substâncias (como as comunidades muçulmanas tradicionais vivendo em contextos ocidentais, em que o álcool é uma substância socialmente aceita).

## O novo e ainda pouco conhecido mercado de substâncias lícitas e ilícitas

Cabe olhar a questão sob um óptica complementar: os adolescentes e jovens adultos interagem com um mercado de substâncias psicoativas que difere profundamente daquele que balizou décadas de abordagens preventivas, de tratamento e de redução de danos.

De forma didática, é possível dividir esse mercado em três eixos, embora, em grande medida estes se combinem, de forma complexa e ainda pouco conhecida.

Segundo o *site* do United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), a cada ano, entrariam no mercado mais de 400 novas substâncias – em uma combinação difícil de precisar do que poderia ser denominado ‘Novas substâncias’ e alterações, maiores ou menores, de substâncias até então em uso. O termo guarda-chuva ‘Novas Substâncias Psicoativas’ (NSP) se aplica a todas elas<sup>23</sup>.

Grosso modo, pode-se subdividir esse conjunto bastante heterogêneo em três grandes categorias:

1. Substâncias originalmente obtidas a partir de plantas *in natura*, que, devido a pressões sobre a oferta, uma nova geopolítica ou a transformações no âmbito das leis e normas,

desconectam-se das suas matrizes e dão lugar a novos produtos, parcial ou integralmente sintéticos.

Este é o caso, entre muitos outros, dos canabinoides sintéticos, que, com a legalização da *cannabis in natura*, entraram em mercados dos países, especialmente de renda mais elevada, como um produto bastante mais potente, e não regulado pelas leis e normas vigentes<sup>24</sup>.

Sem pretensão à exaustividade, o que é impossível em um contexto especialmente dinâmico, cabe mencionar aqui as catinonas, que, embora guardem relação com o uso milenar do Khat, especialmente em certas regiões da África e Oriente Médio, difere deste em termos de potência e de seu perfil até então inusitado de síntese, não mais com base na planta, mas sim nos sais de banho<sup>25</sup>.

2. Substâncias que pertencem ao arsenal terapêutico (em alguns casos, há décadas suprimidos deste, como no caso dos Nitazenos<sup>26</sup>), ou de uso corrente em determinados campos da medicina (como anesthesiologia ou cuidados paliativos), mas até então ausentes do mercado não terapêutico, como o fentanil<sup>27</sup>.

Ainda que com diferenças quanto à natureza das indústrias, como as de álcool e tabaco, ou seja, de produtos sem uso terapêutico, há que registrar, em certa medida, a reconfiguração dos respectivos mercados.

No caso do álcool, com as restrições, em diversos países, à propaganda e à comercialização não regulada das bebidas tradicionais (por exemplo, destilados, como a cachaça, e fermentados, como a cerveja), emergem novas combinações, cujo *marketing* é explicitamente dirigido a jovens e/ou mulheres, de acordo com as estratégias de *marketing* das próprias empresas, como os assim denominados '*alcohol pops*' ou '*alcopops*' (não existe, por ora, um consenso sobre como denominar esta classe de bebidas em língua portuguesa), que combinam bebidas açucaradas tradicionais, como as sodas gasosas, e destilados potentes, como a vodka<sup>28</sup>.

De forma similar, diante do declínio observado em diversos países, inclusive no Brasil,

dos cigarros de tabaco tradicionais, observa-se a consolidação do fumo por meio da vaporização ou '*vaping*' e a renovação constante do que passou a se conhecer por Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF)<sup>29</sup>.

3. Em terceiro lugar, cabe mencionar novas combinações de substâncias, que misturam de forma imprecisa, já que sua combinação é feita de forma *ad hoc* e com o explícito propósito de evadir a detecção por parte da química forense e das autoridades a cargo de pressionarem a oferta. Essa manipulação deliberada torna extremamente difícil atuar sobre a oferta, pois há dúvidas quanto ao que controlar/interditar.

Um exemplo típico dessa terceira classe é a Tusi ou cocaína rosa, que, para surpresa de muitos, não tem relação necessária (por vezes, nenhuma) com a cocaína como a conhecemos há décadas (ou seja, um derivado da planta *Erythroxylum coca*). A cocaína rosa/Tusi é uma combinação não definível de produtos diversos, como o anestésico Quetamina, o MDMA, o fentanil (ou outro opioide potente, a xilazina) e, eventualmente, a cocaína dita clássica<sup>30</sup>.

## Para além da perplexidade: as políticas do provisório

Não resta dúvida de que transformações muito rápidas e intensas geram um clima de perplexidade, frequentemente combinado ao pânico e à inação. Os inúmeros desconcertos, polêmicas e impasses que marcaram as iniciativas referentes às duas últimas pandemias, a do HIV/aids e a da covid-19, são amplamente conhecidos, e não cabe aqui repetir centenas de análises publicadas tanto na literatura acadêmica como na imprensa e em outros meios tradicionais de comunicação, como as TVs, e, de forma talvez mais intensa, nas redes sociais de modo geral.

Cabe, entretanto, tentar esboçar o que poderíamos denominar políticas do provisório, com base no campo cada vez mais robusto e diversificado, inicialmente formulado por

Amos Tversky e Daniel Kahneman, do que passou a ser conhecido como “Tomada de Decisões em Contextos de Incerteza”<sup>31</sup>. Esse campo de conhecimento se desdobra hoje em centenas de artigos e livros, com uma vertente que pode ser definida como fortemente matematizada e uma versão complementar, de matriz mais qualitativa e ancorada na *policy analysis* clássica<sup>10</sup>.

Não há como finalizar o presente artigo com conclusões e recomendações taxativas. Elas seriam um despropósito em um contexto dinâmico, mutante e, em larga medida, imprevisível.

No entanto, décadas de estudos acerca de formulação de políticas e tomada de decisões em contextos de incerteza permitem adotar uma racionalidade restrita (*bounded rationality*), em substituição a um relativismo absoluto e habitualmente estéril. Vejamos algumas ideias provisórias, que, de qualquer modo, são mais úteis e éticas do que a estigmatização ou a indiferença:

- Cabe monitorar continuamente tendências, sejam elas referente aos pontos de vista, atitudes e comportamentos de indivíduos e/ou de grupos sociais e sociedades nacionais e blocos supranacionais (por exemplo, a União Europeia). A posição do pesquisador e formulador de políticas deve ser o mais livre possível de preconceitos, ideias preconcebidas e afirmações cabais;
- Convém compreender que ciências hoje clássicas, como os diversos ramos da saúde coletiva e das ciências sociais na sua vertente consolidada, devem ser complementadas com o que Mathew Salganik, sociólogo de uma nova geração, denominou em livro que hoje constitui uma referência mundial, de ‘Pesquisa social na era digital’<sup>32</sup>;
- Esse esforço implica compatibilizar não apenas métodos, técnicas, mas também fontes. Para além da assim denominada ‘Galáxia de Gutenberg’, ou seja, a cultura letrada clássica, vigente desde o século XVI,

as redes sociais com base na internet vieram para ficar, gostemos delas ou não, estejamos sintonizados com elas ou não. Fato é que um número crescente de pessoas, especialmente jovens, extraem dessas redes suas informações primárias;

- Cumpra tentar regular essas novas mídias (tarefa nada simples e que constitui um desafio global), visando impossibilitar (ou, ao menos, reduzir) a disseminação de discursos de ódio, a discriminação de pessoas com quaisquer déficits e outras minorias, entre tantos outros desafios. Criar *sites* certificados por instituições e profissionais com real conhecimento do que falam. A Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde do Brasil têm investido nessa direção. Tarefa nada simples diante de uma verdadeira avalanche de *fake news*, mas algo a ser sempre tentado;

- Um monitoramento permanente, em outro nível hierárquico de agregação, aquém da complexidade de indivíduos e agrupamentos sociais, qual seja, o das substâncias em si, na sua dimensão química, inicialmente via química analítica e, eventualmente, química forense.

Obviamente, não é possível formular quaisquer políticas referentes a algo que se desconhece por completo. Embora essa dimensão não exclua as dimensões do psiquismo humano e das configurações sociais, ela é indispensável, e tem sido conduzida com sucesso no Brasil<sup>33</sup>, embora em uma escala insuficiente perante a complexidade dos mercados, em um país extremamente diverso, heterogêneo e muito extenso.

- Integrar essas questões à formação de novos profissionais, não como tema exótico ou fortuito, mas tópico central, já que perpassa a vida deles, como profissionais e como indivíduos, jovens que são.

As iniciativas nesse sentido têm sido tímidas, quando não ausentes, frequentemente paralisadas pelo feroz debate ideológico, pela desinformação ou mesmo desinteresse.

Existe aí também um desafio geracional: motivar os mestres, pertencentes a outras gerações, a interagir com alunos mais jovens, com formações e motivações diversas.

Muito pouco vai ser obtido caso essa formação/capacitação se limite a um contingente restrito de especialistas, uma vez que a imensa maioria das pessoas virá a interagir, caso precisem de orientação, tratamento ou apoio com sistemas necessariamente universais e generalistas, como o Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social e o conjunto de universidades e escolas técnicas. Obviamente, pensar em sistemas públicos universais não é compatível com uma ampla especialização senso estrito, embora tais sistemas devam sempre contar com uma fração de especialistas, que, mesmo nos sistemas universais de assistência, formação e suporte social dos países mais ricos, é sempre diminuta ante um amplo conjunto de generalistas, que atuam nos níveis básico ou primário de assistência, formação e suporte social.

– Desenvolver programas de redução de danos e de prevenção, a serem desenhados em novos moldes, pois mesmo as análises mais atualizadas das ações de Redução de Danos, como no livro de Szalavitz<sup>34</sup>, constituem balanços históricos daquilo que teve lugar ao longo de décadas, mas não obras voltadas à prospecção;

– Da mesma forma, iniciativas comprovadamente efetivas em prevenção, como aquelas sistematizadas no *site* do UNODC<sup>35</sup>, são bastante úteis ao lidar com modos de agir não direcionados à substância A ou B, mas antes voltados para uma comunicação intergeracional difícil, mas necessária, e para o desenvolvimento de interações sociais com base no altruísmo e no respeito aos direitos humanos.

De qualquer modo, tais iniciativas foram avaliadas em contextos, hoje, em transformação acelerada, e devem estar sujeitas a constantes reavaliações e reformulações.

– Finalmente, cabe aplicar a este campo de estudo e ação conceitos oriundos da ciência cidadã, hoje consagrada em vários campos, como a química, em que foi agraciada com o Prêmio Nobel em 2024.

Não existe ainda um conceito universal de ciência cidadã, mas ela se mostra distinta do que se convencionou denominar pesquisa-ação. A pesquisa-ação, ao menos clássica, tem uma dimensão territorial de exploração acoplada à intervenção, pactuada com as respectivas comunidades. A ciência cidadã contemporânea pode assumir essa vertente local e contextual, como em trabalho recente, em que especialistas e donos de cães contrastam e comparam suas experiências com a manipulação por parte dos cães de recursos de letramento audiovisual<sup>36</sup>.

No entanto, há que considerar também a vertente coroada pelo Prêmio Nobel de Química de 2024, em que um número imenso de *experts* e cidadãos sem nenhum treinamento ou formação de química atuou, de forma distribuída e independente, na elucidação cooperativa de um desafio histórico da química das proteínas, que diz respeito aos modos como estas se dobram e conformam no espaço (ver formulação inicial em Salganik<sup>32</sup> e breve síntese dos achados no *site* do Prêmio Nobel).

Claramente, o campo das atitudes, comportamentos e representações de adolescentes sobre temas diversos, e, em especial, temas sensíveis, como o uso e abuso de substâncias, é bastante mais complexo e desafiador do que observar cães ou dobrar proteínas. Todavia, basta lembrar que, em livros-texto clássicos de química, de não muito tempo atrás, a elucidação abrangente da conformação espacial das proteínas era definida como uma tarefa impossível.

## Contribuições de autoria

Bastos FI (0000-0001-5970-8896)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Ferguson N. *The square and the tower*. Nova York: Penguin Press; 2018.
2. Harari YN. *Nexus*. Nova York: Random House; 2024.
3. Stimson GV, Oppenheimer E. *Heroin addiction*. Londres: Tavistock Publications; 1982.
4. Courtwright DT, Des Jarlais D, Herman J. *Addicts who survived*. Knoxville, Tennessee: University of Tennessee Press; 2012.
5. MacRae E. *Guiado pela lua*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
6. Baudelaire C. *Les paradis artificiels*. Paris: Edico; 2021 [1860].
7. Olievenstein C. *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris: Le livre de poche; 1991.
8. Huxley A. *The doors of perception*. Londres: Harper Perennial Modern Classics; 2009.
9. Leminsky P. *Ensaio e anseios crípticos*. Campinas: Editora UNICAMP; 2012. O sonho acabou, vamos bater mais uma; p. 36-40.
10. Tetlock PE, Gardner D. *Superforecasting*. Nova York: Broadway Books; 2015.
11. Kaur H. Teenage boys are in crisis. The creators of Netflix's 'Adolescence' want adults to pay attention. CNN [Internet]. 2025 mar 24 [acesso em 2025 abril 1]; Entertainment. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2025/03/22/entertainment/adolescence-netflix-teen-boys-wellness-cec/index.html>
12. O'Neill C. *Weapons of math destruction*. Nova York: Crown; 2016.
13. Foer F. *World without mind*. Nova York: Penguin books; 2018.
14. Levistky S, Ziblatt D. *How democracies die*. Nova York: Broadway; 2019.
15. Diniz-Pereira J. O ovo ou a galinha: a crise da profissão docente e a aparente falta de perspectiva para a educação brasileira. *R Bras Est Pedag*. 2011;92(230):34-51.
16. Zuin LCS. Analogias entre o pesadelo de Primo Levi e o populismo contemporâneo na Itália. In: Macieira AC, Massi L, organizadores. *Caleidoscópio Primo Levi*. Campinas: Editora UNICAMP; 2021. p. 107-146.
17. Newman M. *Networks*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
18. Gelman A. Statistical modeling, causal inference, and social sciences [Internet]. [local desconhecido]; 2025 [acesso em 2025 jun 16]. Disponível em: <https://stat-modeling.stat.columbia.edu/>;
19. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW, et al. Adolescent health in the 21st century. *Lancet*. 2012;379(9826):1567-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60407-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60407-3)
20. Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):55-62. DOI: <https://doi.org/10.1157/13086027>
21. Notara V, Vagka E, Gnardellis C, et al. The emerging phenomenon of nomophobia in young adults: A systematic review study. *Addict Health*. 2021;13(2):120-36. DOI: <https://doi.org/10.22122/ahj.v13i2.309>
22. Rutherford BN, Lim CCW, Johnson B, et al. #Turnt-Trending: a systematic review of substance use portrayals on social media platforms. *Addiction*. 2023;118(2):206-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.16020>
23. United Nations Office on Drugs and Crime [Internet]. [local desconhecido]: UNODC; ©2026. Repositório de dados do UNODC; 2025 [acesso em 2025 jun 16]. Disponível em: <https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>

24. Alzu'bi A, Almahasneh F, Khasawneh R, et al. The synthetic cannabinoids menace: a review of health risks and toxicity. *Eur J Med Res.* 2024;29(1):49. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01443-6>
25. National Institute on Drug Abuse [Internet]. [local desconhecido]: NIDA; ©2026. Repositório de dados e informações do NIDA/NIH; 2025 [acesso em 2025 jun 16]. Disponível em: <https://nida.nih.gov/research-topics/synthetic-cathinones-bath-salts>
26. Bade R, Nadarajan D, Hall W, et al. Early identification of the use of potent benzylbenzimidazoles (nitazenes) through wastewater analysis: Two years of data from 22 countries. *Addiction.* 2025;120(9):1739-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.70027>
27. Carvalho RM, Magalhães-Barbosa MC, Bianchi LM, et al. Shift in hospital opioid use during the COVID-19 pandemic in Brazil: a time-series analysis of one million prescriptions. *Sci Rep.* 2023;13(1):17197. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-44533-5>
28. Grenard JL, Dent CW, Stacy AW. Exposure to alcohol advertisements and teenage alcohol-related problems. *Pediatrics.* 2013;131(2):e369-79. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1480>
29. Bertoni N, Szklo A, Boni R, et al. Electronic cigarettes and narghile users in Brazil: Do they differ from cigarettes smokers? *Addict Behav.* 2019;98:106007. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.031>
30. Barbaro L, Bouchard JL. What is pink cocaine? The dark reality behind a colorful name. *J Med Chem.* 2024;67(23):20733-6. DOI: <https://doi.org/10.1021/acs.jmedchem.4c02821>
31. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press; 1982.
32. Salganik M. Bit by Bit: Social research in the digital age. Princeton: Princeton University Press; 2017.
33. Antonio ADS, Wurzler GT, Bhering CA, et al. Qualitative transformations of street-seized ecstasy over a decade: A case study in Rio de Janeiro (Brazil). *J Forensic Sci.* 2024;69(4):1198-1211. DOI: <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15536>
34. Slazavitz M. Undoing drugs: The untold story of harm reduction and the future of addiction. Nova York: Hachette Books; 2022.
35. United Nations Office on Drugs and Crime [Internet]. [local desconhecido]: UNODC; ©2026. Repositório de dados do UNODC; 2026 [acesso em 2025 jun 17]. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/>
36. Bastos APM, Evenson A, Wood PM, et al. How do soundboard-trained dogs respond to human button presses? An investigation into word comprehension. *PLoS One* 2024;19(8):e0307189. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307189>

---

Recebido em 17/11/2025

Aprovado em 14/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)



## A importância da Atenção Primária à Saúde na garantia do direito à saúde dos adolescentes no Brasil

*The importance of Primary Health Care in guaranteeing adolescents' right to health in Brazil*

Regicely Aline Brandão Ferreira<sup>1</sup>, Luciana Phebo<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110913P

**RESUMO** Este ensaio analisa a garantia do direito à saúde dos adolescentes no Brasil, destacando documentos orientativos nacionais e internacionais, dados epidemiológicos, políticas públicas e programas desenvolvidos para garantir a saúde integral e integrada aos adolescentes. O referencial teórico discutido evidencia lacunas importantes na política de saúde dos adolescentes no Brasil e no mundo, que vão desde aspectos de recursos humanos no Sistema Único de Saúde até a integração e a disponibilização de dados de saúde contidos em diferentes sistemas de informação. Esses aspectos impactam no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e na qualidade da assistência, que, por sua vez, incidem em indicadores de morbimortalidade, como todos os tipos de violência, o uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas, o agravamento da saúde mental, os direitos sexuais e reprodutivos, a cobertura vacinal, o crescimento dos diagnósticos de sobrepeso e obesidade, entre outros. O ensaio posiciona a APS como ordenadora do cuidado, da intersectorialidade e da participação dos adolescentes como estratégias centrais para a promoção da saúde integral. Conclui-se que investir em saúde na adolescência é um imperativo ético e estratégico para romper ciclos de desigualdade e promover o bem-estar das futuras gerações.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do adolescente. Serviços de saúde do adolescente. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** This essay analyzes the guarantee of adolescents' right to health in Brazil, highlighting national and international guidelines documents, epidemiological data, public policies, and programs developed to ensure comprehensive and integrated health care for adolescents. The theoretical framework discussed reveals significant gaps in adolescent health policy in Brazil and worldwide, ranging from human resource issues within the Unified Health System (SUS) to the integration and availability of health data across different information systems. These aspects affect access to Primary Health Care (PHC) services and the quality of care, which in turn influence morbidity and mortality indicators such as all forms of violence, tobacco addiction, alcohol and other drugs, worsening mental health, sexual and reproductive rights, vaccination coverage, and the rising prevalence of overweight and obesity diagnoses, among others. This essay positions PHC as the coordinator of care, intersectoral action, and adolescent participation as central strategies for promoting comprehensive health. It concludes that investing in adolescent health is an ethical and strategic imperative to break cycles of inequality and promote the well-being of future generations.

**KEYWORDS** Adolescent health. Adolescent health services. Primary Health Care.

<sup>1</sup>Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) - Brasília (DF), Brasil.  
rbrandao@unicef.org



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que, em seu conceito primordial, apresenta a saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado a responsabilidade de garantir as condições necessárias ao seu pleno cumprimento<sup>1</sup>. O SUS está salvaguardado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, mas, embora esteja implantado há 37 anos, ainda não está consolidado. Como desafios à sua consolidação, diversos estudos apontam o subfinanciamento e o modelo de assistência voltado ao tratamento de doenças em detrimento da prevenção<sup>2</sup>.

Somado a esse cenário desafiador, o período pós-covid-19 tem sido caracterizado por um quadro multifacetado de temas de saúde pública insurgentes e igualmente prioritários, como é o caso da promoção da saúde em populações vulneráveis e da construção de um sistema de saúde equitativo e resiliente<sup>3,4</sup>. Nesse rol de agendas prioritárias, está inserida a saúde integral e integrada de adolescentes. A adolescência é uma fase do ciclo de vida compreendida por indivíduos com idade entre 10 e 19 anos, caracterizada por um franco desenvolvimento cognitivo, intelectual, emocional e físico, além do aumento significativo das interações sociais. A segunda década de vida é uma excelente janela de oportunidades para a garantia da saúde, cujo impacto das ações voltadas à promoção da saúde alcança três dimensões temporais: o momento presente da adolescência, as próximas fases da vida e as gerações futuras<sup>5</sup>.

As estatísticas de saúde evidenciam inequidades estruturais e regionais de acesso às políticas públicas de saúde. Adolescentes vivendo em territórios vulneráveis estão mais expostos a múltiplas cargas de doenças, incluindo doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, violências, uso abusivo de substâncias psicoativas, insegurança alimentar e má nutrição<sup>6</sup>. Meninas adolescentes, adolescentes negros, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+, neurodivergentes e com deficiência vivenciam, com

ainda mais impacto, as desigualdades de acesso à saúde. Por isso, promover políticas públicas de saúde integral e integrada para adolescentes é um cuidado crucial para construir o capital humano das gerações futuras e romper o ciclo geracional de pobreza e desigualdades.

Este ensaio faz uma análise teórica sobre o tema da saúde dos adolescentes e está estruturado em quatro seções: na primeira, as autoras apresentam o panorama dos indicadores de morbimortalidade de adolescentes; a segunda seção aborda como o tema da saúde de adolescentes tem sido discutido no Brasil e no cenário internacional; a terceira apresenta as principais políticas, programas e iniciativas que o Brasil dispõe sobre a saúde do adolescente; a última seção discute o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado da saúde integral e integrada dos adolescentes.

Os documentos técnicos, as políticas públicas e os relatórios analisados neste ensaio foram selecionados pelas autoras, tendo como parâmetro a relevância em relação ao referencial teórico do estudo. Foram elegíveis documentos produzidos por organismos internacionais e pelo Ministério da Saúde (MS), além de artigos acadêmicos que dialogam com o tema da saúde dos adolescentes. O objetivo deste ensaio é discutir a centralidade da agenda de saúde dos adolescentes na perspectiva da garantia de direitos, no âmbito dos serviços de atenção primária, para que o acesso seja ampliado e a saúde integral e integrada para os adolescentes no Brasil seja, de fato, promovida.

## Panorama dos indicadores de morbimortalidade na segunda década de vida

A transição demográfica vivenciada nos últimos anos promoveu uma alteração estrutural na pirâmide etária: pela primeira vez na história da humanidade, o número de adolescentes (10 a 19 anos) é maior do que o número

de crianças com até 10 anos de idade. As estimativas globais mostram que os adolescentes representam aproximadamente um quarto da população mundial<sup>7,8</sup>.

No Brasil, as estimativas populacionais do Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que há aproximadamente 29 milhões de adolescentes, o que corresponde a cerca de 10% da população brasileira<sup>9</sup>. Ao nascer, a proporção de indivíduos do sexo masculino é maior do que a do sexo feminino, sendo 103,5 indivíduos do sexo masculino para cada 100 do sexo feminino. Contudo, esse cenário muda na população a partir dos 25 anos de idade, quando a população feminina se torna maior do que a masculina<sup>9</sup>. Esse achado está intrinsecamente relacionado com as estatísticas de mortalidade na adolescência.

A principal causa de morte de adolescentes no mundo acontece por causas evitáveis. Na região das Américas, as três principais causas de morte de adolescentes entre 15 e 19 anos são: violência interpessoal (66 mortes por 100 mil), acidentes de trânsito (24 mortes por 100 mil) e suicídio (9 mortes por 100 mil)<sup>10</sup>. Os dados sobre a morte de adolescentes no Brasil derivam do Atlas da Violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que, em 2023, registrou 9.132 óbitos por causas externas em adolescentes entre 15 e 19 anos, dos quais 83% foram homicídios decorrentes de conflitos com arma de fogo<sup>11</sup>. Os adolescentes do sexo masculino são as principais vítimas de homicídio, totalizando 94% de todas as mortes em 2023. As regiões Norte e Nordeste apresentam estatísticas preocupantes, sendo os estados do Amapá e da Bahia os que estão no topo dessa lista, com, respectivamente, 134,5 e 113,7 homicídios por 100 mil jovens<sup>11</sup>.

É possível relacionar o cenário de mortalidade com aspectos da saúde mental e da violência. As estimativas globais sobre transtornos mentais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) indicam que cerca de 13% dos adolescentes de 10 a 19 anos no mundo

apresentam algum transtorno mental. Isso representa 166 milhões de adolescentes em sofrimento<sup>12</sup>. No Brasil, a estimativa é ainda maior: um adolescente para cada seis apresenta algum transtorno mental, como depressão, violência autoprovocada e suicídio<sup>13</sup>.

A última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito brasileiro com abordagem na segunda década de vida, realizado em 2019, demonstrou que 50% dos adolescentes entrevistados relataram apresentar mal-estar em saúde mental, sendo mais frequente entre adolescentes do sexo masculino (59,5%) do que entre adolescentes do sexo feminino (42%)<sup>14</sup>. Isso sugere que padrões de gênero precisam ser investigados no tema de saúde mental.

Na literatura científica, a segunda década de vida é apontada como um período crítico no que se refere à experiência do sofrimento psíquico, como depressão, sintomas ansiosos, uso abusivo de álcool e drogas, transtornos alimentares e automutilação. Tais aspectos devem ser considerados a partir de uma perspectiva abrangente e multifacetada, incluindo as relações familiares, escolares e, mais recentemente, as interações por meios digitais. Os achados da PeNSE corroboram a literatura científica, apontando a saúde mental, principalmente no contexto pós-pandêmico, como um dos problemas de saúde pública mais agravantes entre adolescentes.

Um dos determinantes relacionados com o contexto de saúde mental é o uso de substâncias psicoativas. A PeNSE investigou o uso de cigarro, álcool e outras drogas e descreveu um aumento expressivo do uso entre 2012 e 2019. Em 2012, 52,8% dos adolescentes entrevistados referiram ter usado álcool; esse número subiu para 63,2% em 2019. O mesmo fenômeno de aumento foi observado para outras drogas (de 9,6% em 2012 para 12,1% em 2019), enquanto o cigarro apresentou um sutil decréscimo (de 22,9% em 2012 para 21% em 2019). É importante destacar que o aumento do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes é um fenômeno que tem múltiplos

determinantes, como condições sociais, psicológicas e comportamentais<sup>15,16</sup>.

O uso abusivo e prolongado de álcool e outras drogas ocasiona prejuízos ao desenvolvimento pleno dos adolescentes<sup>15</sup>. A identificação e o aconselhamento adequado na APS para adolescentes são fundamentais para que medidas de redução de danos sejam aplicadas, visando dirimir os prejuízos do uso abusivo, desde uma perspectiva emancipatória do adolescente e implicada na garantia dos direitos humanos<sup>15</sup>.

No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, a PeNSE identificou que 51,7% dos adolescentes tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos (61,3% de meninos e 37,2% de meninas). Nesse panorama, os dados apontam que meninos têm iniciado a vida sexual com menos idade do que as meninas. O exercício da sexualidade durante a adolescência é uma condição que envolve múltiplos aspectos da interseccionalidade.

A interseccionalidade e a atividade sexual dos adolescentes no Brasil, à luz da perspectiva de direitos, revelam a complexidade das experiências vividas, marcadas por desigualdades. A interação de fatores como gênero, raça, classe e orientação sexual influencia diretamente o acesso a informações, serviços de saúde e educação sexual, impactando a forma como esses adolescentes vivenciam sua sexualidade. Garantir os direitos sexuais e reprodutivos é um passo crucial para assegurar que todos os adolescentes possam desfrutar de suas experiências sexuais de maneira saudável e segura, respeitando suas singularidades e promovendo a equidade. Contudo, cabe destacar, no bojo do reconhecimento de direitos e da proteção da infância e da adolescência, que a legislação penal brasileira adotou, desde 2009, a tipificação do crime de estupro de vulnerável na relação sexual ou exposição a atos libidinosos com crianças e adolescentes menores de 14 anos<sup>17</sup>.

A PeNSE mostrou, ainda, que entre os adolescentes que referiram ter vida sexual ativa, 40,8% não utilizaram preservativo na

última relação sexual; contudo, 69% afirmaram ter recebido informações sobre onde adquirir preservativos gratuitamente pelo SUS. A prática da relação sexual antes dos 14 anos é um indicador que tem ampla correlação com riscos à saúde sexual e reprodutiva e representa uma falha no sistema de saúde no que diz respeito à prevenção da violência sexual e à educação sexual de adolescentes, impactando diretamente na incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da gravidez não intencional.

Sobre as IST, o último Boletim Epidemiológico do MS, documento que apresenta a série histórica de incidência de HIV, descreve que, na faixa etária entre 15 e 19 anos, a ocorrência de HIV se mantém estável nos últimos anos, porém, representa um total de 5,2%, de todos os diagnósticos. Em 2025, 1.115 adolescentes foram diagnosticados com HIV, sendo a maioria deles do sexo masculino<sup>18</sup>.

No que se refere à gravidez na adolescência, os dados mostram um declínio no Brasil. O percentual de nascimentos de mães adolescentes em 2024 foi o menor da série histórica do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc)<sup>19</sup>. Em 2024, foram registrados 261 mil nascimentos de crianças de mães com idade entre 15 e 19 anos. Das que tiveram filhos nessa faixa etária, o recorte racial demonstra que houve 191 mil nascimentos de adolescentes negras (pretas e pardas) e 6 mil de indígenas, enquanto 12 mil nascimentos foram de meninas com idade entre 10 e 14 anos, resultado de violência sexual. É válido destacar que a legislação brasileira ampara o direito ao acesso à interrupção da gravidez nos casos de violência sexual<sup>17</sup>, contudo, tabus sociais que permeiam o aborto legal no Brasil tendem a afastar as meninas adolescentes (e mulheres) desse direito, o que impacta nas mortes maternas de adolescentes por condições de abortamento inseguro<sup>20</sup>.

A gravidez na adolescência é um desafio para nossa sociedade, uma vez que apresenta ampla correlação com a violência, com a vulnerabilidade social, com o casamento infantil

(proibido pela Lei nº 13.811/2019)<sup>21</sup> e com desfechos negativos de parto e nascimento (mortalidade materna e infantil). Tornar-se mãe antes de 19 anos pode significar, para muitas meninas, evasão escolar, falta de oportunidade de construir um projeto de vida e desempenho do próprio corpo. Os profissionais atuantes na APS devem estar vigilantes para identificar situações de violação de direitos e gravidez resultante de violência sexual. Devem, também, promover a educação sexual e reprodutiva para adolescentes, o cuidado de qualidade para gestantes adolescentes durante o pré-natal, incluindo o acesso a, no mínimo, sete consultas, o atendimento odontológico, a realização dos exames gestacionais e a garantia da imunização.

Sobre a imunização de adolescentes, o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a vacinação de: HPV, difteria e tétano, meningocócica ACWY, tríplice viral e SCR<sup>22</sup>. A vacina HPV foi introduzida no calendário vacinal do Brasil a partir de 2014 e passou por modificações no esquema vacinal. Atualmente, ela é recomendada para meninos e meninas com idades entre 9 e 14 anos e tem como meta de cobertura vacinal 90%. Em 2024, a cobertura vacinal para meninas foi de cerca de 83%, enquanto a dos meninos foi de aproximadamente 68%<sup>23</sup>. Estima-se que cerca de 7 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos não tenham recebido a vacina no Brasil em 2025<sup>24</sup>, sendo que se trata de uma medida comprovadamente eficaz para prevenir casos de câncer, como o do colo do útero.

A alimentação saudável e a prática regular de atividade física também são temas importantes para a saúde na adolescência. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) são pouco representativos para esse grupo etário, estando abaixo de 15% de cobertura para 2024<sup>25</sup>. Nesse contexto, ampliar a cobertura do Sisvan é uma medida robusta para disponibilizar dados para monitoramento contínuo e permanente do estado nutricional e do consumo alimentar de adolescentes.

Apesar da baixa cobertura, a população de adolescentes avaliada pelo Sisvan revela um cenário preocupante: mais de 30% apresentam sobrepeso, e 9% têm diagnóstico de obesidade. O excesso de peso está associado ao aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, fato que tem forte relação com o consumo elevado de ultraprocessados. Nesse sentido, é importante pautar a escola como um ambiente crucial para a transformação dos ambientes alimentares obesogênicos em ambientes que propiciem a adoção de hábitos alimentares saudáveis. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a inclusão da educação alimentar e nutricional nos currículos escolares são estratégias fundamentais para reverter essa tendência e garantir que os escolares tenham acesso a informações, oportunidades e recursos que favoreçam escolhas mais saudáveis e sustentáveis<sup>26</sup>.

Os dados apresentados nesta seção corroboram a afirmação de que a adolescência no Brasil é marcada por desafios críticos relacionados à violência, à saúde mental, aos direitos sexuais e reprodutivos, à imunização e aos hábitos alimentares. Esses dados apontam para a urgência de políticas públicas intersetoriais e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo como principal estratégia de mitigação desse cenário as Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio da APS.

## **A agenda nacional e internacional de saúde integral e integrada de adolescentes**

O conceito de que adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser protegidos pelo Estado, pela sociedade e pela família, com prioridade absoluta, tem como marco legal internacional a resolução adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), denominada Convenção sobre os Direitos

da Criança<sup>27</sup>, a convenção internacional com maior número de países signatários. No Brasil, os princípios e as diretrizes adotados na Convenção possibilitaram a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>28</sup>, documento que tem sido referência para a elaboração de diversas políticas públicas nos campos da saúde, educação, assistência social, cultura, segurança pública, entre outros.

No mesmo ano da ratificação da Convenção, o Brasil lançou, de forma inovadora, o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad)<sup>29</sup>. Esse foi o primeiro programa nacional idealizado para atuar no âmbito da prevenção de doenças e da promoção da saúde dos adolescentes. Um estudo que analisou a implementação do Prosad destacou que o desafio paradigmático do programa foi a mudança do enfoque do adolescente ‘problema-passivo’ para o adolescente ‘solução-ativo’, objetivando aumentar a participação dos adolescentes nos serviços e nas atividades de promoção da saúde<sup>4</sup>.

Em 2010, o MS lançou as ‘Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens’<sup>30</sup>. Os pontos inovadores desse documento consistem em estratégias interfederativas e intersetoriais, visando à melhora da qualidade do atendimento aos adolescentes. O objetivo das diretrizes é instrumentalizar profissionais do SUS para uma abordagem integral e integrada à saúde dos adolescentes e jovens por meio da execução de ações monitoráveis, que reduzam as vulnerabilidades.

No âmbito internacional, o lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2015, é um importante referencial para governos nacionais na elaboração de estratégias que impactam diretamente adolescentes, no que se refere às metas relacionadas à redução da pobreza, da fome, da ampliação do acesso à educação, à água e ao saneamento, ao crescimento econômico, à resiliência às mudanças climáticas, à igualdade de gênero e à inclusão social<sup>31</sup>.

A OMS, o Unicef e os demais órgãos das Nações Unidas, desde 2017, promovem ações

relacionadas com o tema, como o Grupo de Trabalho intitulado Ação Global Acelerada para a Saúde dos Adolescentes (acrônimo em inglês AA-HA!)<sup>10</sup>. Esse grupo elabora recomendações para apoiar os países-membros na implementação de estratégias para a saúde e o bem-estar de adolescentes. O grupo do AA-HA! disponibilizou, em 2023, uma segunda edição do documento teórico, traduzido para diversos idiomas, que oferece informações aos governos e à sociedade civil dos países sobre o panorama da saúde e do bem-estar dos adolescentes ao redor do mundo e apresenta um conjunto de estratégias baseadas em evidências.

O documento traz, ainda, informações sobre definição de prioridades, planejamento de ações e avaliação de programas de saúde e bem-estar na adolescência, com base nos temas: saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, nutrição, atividade física, doenças crônicas não transmissíveis, uso de álcool, tabaco e outras drogas. A publicação também apresenta formas de monitoramento, por meio de ferramenta concebida pela OMS, pelo Unicef e por parceiros da ONU, intitulada Ação Global para Monitoramento da Saúde do Adolescente (em inglês, The Global Action for Measurement of Adolescent Health – Gama Indicators), que oferece um conjunto único de indicadores para monitorar, de forma sistêmica, o bem-estar e a saúde na adolescência<sup>32</sup>.

O Brasil, em 2025, realizou a aplicação dos indicadores internacionais Gama e foi constatado que o País dispõe de uma infraestrutura consistente de sistemas de informação de acesso público (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sinasc, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – Sisab; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan; Sisvan, entre outros) e inquéritos nacionais, como a PeNSE, que proveem acesso satisfatório aos dados sobre a saúde e o bem-estar dos adolescentes. Contudo, algumas lacunas foram identificadas, como discrepâncias nas faixas etárias das fontes de dados e limitação da desagregação

dos indicadores por raça e etnia. Outra lacuna identificada é a ausência de indicadores relacionados à autonomia e à resiliência de adolescentes no contexto brasileiro. A experiência brasileira na condução da análise de indicadores internacionais foi um marco no alinhamento estratégico do governo federal às recomendações internacionais e indica um avanço significativo no mapeamento de oportunidades e lacunas na saúde integral e integrada de adolescentes no cenário nacional.

Corroborando os ODS, foi lançada, em 2018, a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016–2030)<sup>33</sup>, que reconhece a adolescência como uma fase crítica para garantir saúde e bem-estar ao longo da vida. Os adolescentes são incluídos como grupo prioritário dentro das recomendações internacionais, com enfoque em direitos humanos, equidade e gênero. A Estratégia aponta como caminhos o fortalecimento de ações intersetoriais envolvendo saúde, educação, assistência social, participação de adolescentes e monitoramento de indicadores globais.

Nesse mesmo sentido, o renomado periódico internacional ‘The Lancet’ possui três importantes publicações resultantes do trabalho investigativo e analítico sobre a saúde e o bem-estar dos adolescentes como prioridade global. Os autores defendem a adoção e o fortalecimento de políticas públicas baseadas em evidências, investimentos mais efetivos em intervenções intersetoriais, participação ativa dos adolescentes diante da existência de lacunas históricas nas políticas globais de saúde dos adolescentes e a necessidade de ações intersetoriais para a realização da atenção integral, diante de desafios emergentes, como os impactos da pandemia da covid-19, a crise climática, os conflitos armados, os retrocessos em direitos e os cortes de financiamento global<sup>5,6,34</sup>.

As políticas públicas de saúde que visem incidir sobre o público adolescente necessitam de uma abordagem intersetorial, pois se trata de um ciclo de vida no qual ocorre a

construção de novas relações sociais – para além dos grupos de relações estabelecidas na infância – e de interações em diferentes ambientes e contextos, incluindo as interações digitais. É essencial que as políticas de saúde sejam planejadas com base em evidências, implementadas com possibilidades de adaptações ao contexto local e monitoradas de forma contínua, visando à garantia de acesso, à integralidade do cuidado, à equidade nas ações e, principalmente, desenvolvidas com a participação dos adolescentes.

## **Políticas públicas para promover a saúde integral e integrada de adolescentes**

O Brasil dispõe de um conjunto de políticas, programas e diretrizes que organizam o SUS e que, em alguma medida, dialogam para a garantia da saúde de adolescentes. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei assegura o direito ao acesso à saúde física e mental, à prevenção de agravos, à promoção da saúde e à reintegração social. A Política Nacional de Promoção da Saúde incentiva a adoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de violências. A Política Nacional de Saúde Mental aborda a prevenção e o tratamento de transtornos mentais no SUS. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição promove orientações para a vigilância alimentar e nutricional no SUS para monitorar o estado nutricional e o consumo alimentar de adolescentes. A Política Nacional de Atenção Básica organiza a atenção primária como a porta de entrada para o acesso de adolescentes ao SUS, dentro da perspectiva da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por fim, a Política Nacional de Humanização prevê mudanças de paradigmas no setor da saúde para garantir o vínculo do usuário com a equipe, o acolhimento e o respeito, fortalecendo relacionamentos e a adesão aos serviços. Todas essas políticas no setor da saúde, em conjunto com

outras políticas de outros setores, quando articuladas, têm potencial de contribuir para um cuidado integral e integrado de adolescentes, considerando dimensões físicas, mentais e sociais, e reforçam a importância da intersectorialidade para promover a saúde, prevenir agravos e assegurar direitos dos adolescentes no SUS.

Embora o Brasil disponha de um arcabouço consistente de políticas, programas e diretrizes, no que se refere à saúde da população adolescente, ainda persistem lacunas importantes de financiamento, priorização estratégica, acesso à atenção primária, entre outras. A saúde do adolescente não pode ser abordada apenas como uma questão circunscrita ao setor da saúde. É preciso que os agentes públicos, nas três esferas de governo, trabalhem em colaboração para a otimização de recursos e a interação constante por meio de grupos técnicos, comissões e comitês, nos quais haja diálogo entre os setores de saúde, educação, assistência social, cultura, justiça, esporte e lazer.

No debate sobre a saúde na adolescência, a educação deve ser considerada peça-chave na implementação, dada a sua potencialidade de influenciar comportamentos, uma vez que é a área que interage presencialmente por um longo período com os adolescentes. Quando as atividades de educação em saúde acontecem de forma articulada dentro do projeto político-pedagógico da escola e do plano de trabalho das equipes de saúde, as ações se reforçam mutuamente e alcançam impactos positivos entre todos os envolvidos, sejam profissionais, estudantes ou familiares.

Nesse sentido, o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>35</sup>, lançado em 2007 como uma ação intersetorial entre o MS e o Ministério da Educação, é um grande exemplo de como promover ações conjuntas de prevenção, promoção e atenção à saúde no ambiente escolar. O PSE, para a grande maioria dos adolescentes no Brasil, é a principal forma de contato com profissionais de saúde. O guia metodológico do PSE organiza os temas de saúde em áreas

prioritárias de atuação, como: alimentação saudável, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, cultura de paz, imunização e saúde mental. O PSE tem potencial para promover a identificação oportuna de problemas de saúde, aproximar as equipes de saúde dos estudantes e otimizar o tempo de encaminhamento para serviços especializados na identificação de agravos à saúde.

O fortalecimento do PSE como programa estruturante da relação entre a atenção primária e a educação básica reforça a importância da intersectorialidade, contribuindo diretamente para a formação de cidadãos mais saudáveis. A mudança do paradigma atual do PSE, com a inclusão consistente e permanente dos adolescentes, pode transformá-lo em um grande exemplo mundial de programa de educação entre pares e de engajamento de adolescentes em temas de saúde.

A formação de lideranças adolescentes para o tema da saúde, a partir do ambiente escolar, pode potencializar o letramento em saúde da população para o alcance da efetividade das intervenções em saúde, criando uma rede potente de enfrentamento às *fake news*, impactando não apenas seus pares na escola, mas também suas famílias e comunidades. É importante destacar que o envolvimento das famílias, por meio da parentalidade positiva, na adolescência, é crucial para o desenvolvimento dessas estratégias. O engajamento de adolescentes e suas famílias no tema da saúde não é uma tarefa fácil; requer a sensibilização dos profissionais, a escuta ativa sem julgamento e a criação de espaços horizontais de construção de conhecimentos em saúde.

Iniciativas de engajamento juvenil são potentes para aumentar o autocuidado e a autoestima de adolescentes no convívio social. O Núcleo de Cidadania de Adolescentes (Nuca)<sup>36</sup>, por exemplo, é uma iniciativa que se insere no contexto do Selo Unicef, nos municípios da região Norte e Nordeste. O Nuca é um espaço para que os adolescentes desenvolvam suas capacidades de engajamento comunitário, educação entre pares e

incidência política sobre questões relacionadas ao seu bem-estar. Ele reúne adolescentes em seus próprios territórios – sejam eles rurais, urbanos ou indígenas. A premissa dos Nuca é que os adolescentes são os maiores especialistas em suas próprias realidades. Ao fomentar a participação e oferecer ferramentas, o programa não só promove a cidadania ativa e o desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação e organização, mas também contribui diretamente para a melhoria dos indicadores de saúde, por meio do engajamento dos adolescentes em temas como: imunização, acesso à APS, atenção psicossocial e caderneta do adolescente. Como exemplo dessa atuação dos Nuca, pode-se citar a participação ativa de adolescentes, em âmbito nacional, durante o processo de aplicação dos indicadores Gama no Brasil, bem como no processo de escuta e validação da caderneta de saúde digital do adolescente e em seminários nacionais e internacionais sobre saúde mental e gravidez na adolescência.

Ao envolver os adolescentes no planejamento e na execução de ações de saúde, os programas tornam-se mais relevantes, sustentáveis e eficazes. O conhecimento e a criatividade dos adolescentes, quando bem direcionados, podem gerar soluções inovadoras para desafios persistentes em saúde pública. No entanto, a implementação dessas estratégias não está isenta de desafios. A sustentabilidade financeira dos programas e a manutenção da qualidade das iniciativas de engajamento dependem de políticas públicas robustas e de financiamento contínuo. A qualificação de profissionais para trabalhar com metodologias participativas, a garantia de espaços seguros para a expressão juvenil e a superação de barreiras institucionais que subestimam a capacidade dos adolescentes são outros obstáculos a serem superados. Além disso, é fundamental garantir que o engajamento seja inclusivo, alcançando adolescentes de diferentes realidades sociais, culturais e territoriais e étnicas.

## **A Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado da saúde integral e integrada de adolescentes**

A APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde. No Brasil, a cobertura potencial da APS, em outubro de 2025, foi de 98,92%<sup>37</sup>. Entretanto, a PeNSE evidenciou que apenas metade dos adolescentes entrevistados procurou atendimento de saúde nos últimos 12 meses<sup>13</sup>. Se a APS tem ampla cobertura no território nacional, qual é o impeditivo pragmático de acesso ao cuidado integral e integrado de adolescentes? Um estudo de revisão integrativa sobre a atuação da APS no cuidado integral de adolescentes identificou obstáculos para ampliar o acesso desse público. Um dos obstáculos se refere à qualificação profissional, poucos possuíam formação específica para o cuidado ao adolescente, enquanto a maioria dos profissionais apresentava limitações para prestar assistência de qualidade, assumindo desconhecimento de como manejar condições específicas. O obstáculo da formação impacta substancialmente outro pressuposto necessário para a integralidade do cuidado: a construção do vínculo entre os profissionais e os adolescentes<sup>38</sup>.

O modelo de atenção biomédico, ainda utilizado na APS, maximiza as barreiras de atendimento e compromete a escuta ativa de aspectos subjetivos dos adolescentes e, por conseguinte, a construção de vínculos entre o adolescente e a equipe da APS. Esse processo culmina, em última instância, em uma visão negativa dos profissionais sobre os adolescentes, e estes, por sua vez, não atribuem à UBS o papel de garantia de direito à sua saúde. Os achados dessa revisão alertam para a necessidade de investimento em formação profissional e na ampliação das agendas para fora dos consultórios, de modo que possam efetivamente promover espaços de diálogo e fortalecer redes intersetoriais de cuidado integral e integrado na adolescência.

O SUS já dispõe de plataformas virtuais de qualificação e apoio aos profissionais de saúde na APS, como é o caso da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), que oferece cursos virtuais autoinstrucionais voltados à qualificação dos profissionais do SUS em várias temáticas de saúde pública, entre elas a saúde integral e integrada dos adolescentes. Outro instrumento do SUS são as salas de apoio remoto aos profissionais da APS, conhecidas como salas de telessaúde, que fornecem apoio técnico, esclarecimento de casos clínicos e orientações sobre protocolos e fluxos a especialistas de diversas áreas. Por fim, é importante prover os profissionais da APS de repositórios virtuais de informação confiável sobre saúde do adolescente, como é o caso do Portal de Boas Práticas em Saúde dos adolescentes da Fundação Oswaldo Cruz.

A ampliação do acesso de adolescentes à APS perpassa pelo engajamento deles e de suas famílias no tema da saúde e, assim, no desenvolvimento de uma parentalidade positiva. A APS dispõe de uma cartela de serviços padronizada, que inclui uma categoria intitulada atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente, com 28 serviços que devem ser ofertados pelas UBS em todo o Brasil. Esse instrutivo apresenta o serviço de atendimento a adolescentes desacompanhados dos pais ou responsáveis, desde que o próprio adolescente deseje e, dependendo do caso, o profissional de saúde avalie a necessidade. Isso requer uma transformação das relações entre profissionais e dos usuários, por meio da escuta ativa sem julgamento, da criação de espaços horizontais de construção de conhecimentos em saúde e da transmissão de informações de forma clara, com linguagem simples.

A ESF, presente em todo território nacional, constitui-se como um dos pilares fundamentais para o acesso do adolescente à APS. É a equipe de saúde que pactua, organiza e realiza as ações do PSE, e são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Técnicos de Agente Comunitário de Saúde (Tacs) que têm como atribuição realizar visitas domiciliares

no território adscrito, a fim de identificar problemas de saúde na comunidade e, assim, atuar como elo comunitário entre a equipe de saúde e a população. Com isso, é possível identificar, comunicar à equipe e orientar o adolescente sobre sua saúde. Esses profissionais da ESF, assim como os das Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), são prioritários em ações de qualificação em saúde do adolescente, a fim de estarem atentos e vigilantes aos agravos que acometem meninos e meninas, muitas vezes não identificados ou até mesmo negligenciados pela família ou comunidade.

A organização da APS tem como característica constituinte a participação popular, por intermédio dos Conselhos de Saúde, que desempenham papel estratégico ao assegurar a participação social e o controle democrático das políticas de saúde no território. Esse espaço participativo é aberto a todos os usuários do SUS e se torna um ambiente potente para que adolescentes e suas famílias tenham voz na definição de prioridades e estratégias nas UBS e na política municipal também.

As UBS, como equipamentos públicos de saúde, devem promover aos usuários espaços seguros que transmitam acolhimento, segurança e privacidade. O cuidado centrado na pessoa, levando em conta suas especificidades, é essencial para a qualificação do atendimento para todas as faixas etárias. Isso inclui, além da estrutura física e de atendimentos, a distribuição gratuita de suprimentos, como preservativos e absorventes. A implementação do conceito Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool – Wash Fit (Ferramenta de Melhoria de Água e Saneamento para Unidades de Saúde) visa garantir banheiros limpos e seguros, acesso à água potável e condições sanitárias adequadas – um fator crucial para a dignidade, especialmente em relação à dignidade menstrual, na qual adolescentes precisam de privacidade e infraestrutura para gerir sua higiene.

Para garantir que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do SUS, é essencial superar as barreiras que limitam o acesso dos

adolescentes ao cuidado integral e integrado. Apesar da ampla cobertura, desafios como a falta de qualificação específica dos profissionais, a persistência do modelo biomédico e a fragilidade na construção de vínculos comprometem a efetividade do atendimento. Investir em formação continuada, ampliar espaços de diálogo e fortalecer estratégias intersetoriais, como o PSE e a ESF, são medidas prioritárias. Além disso, é fundamental assegurar ambientes acolhedores, seguros e participativos, promovendo autonomia e garantindo direitos, para que adolescentes reconheçam a APS como referência de cuidado.

## Considerações finais

O panorama de indicadores de saúde dos adolescentes apresentado na primeira seção deste ensaio aponta para a necessidade de ações consistentes e coordenadas por parte dos governos e da sociedade para romper ciclos de vulnerabilidade, reduzir desigualdades e promover justiça social. Os dados apresentados, em sua grande maioria, não estão disponíveis com informações desagregadas na perspectiva étnico-racial e de gênero. Faz-se necessário que os relatórios públicos, os documentos técnicos e os estudos acadêmicos que se dedicam a elucidar o *status* da saúde integral e integrada de adolescentes atentem para essas nuances, dando visibilidade aos parâmetros de raça/cor (adolescentes negros, indígenas, quilombolas), território, condição de deficiência, orientação sexual e identidade de gênero.

Apesar dos avanços normativos e programáticos no Brasil, ainda persistem lacunas significativas, como a ausência de uma política nacional específica para adolescentes, o que denota fragilidade no impulsionamento da agenda em território nacional. A APS desempenha um papel central como coordenadora do cuidado em saúde para esse público,

articulando ações intersetoriais e garantindo acesso universal, equidade e integralidade aos adolescentes. O desafio posto aos profissionais e gestores do SUS é como transformar diretrizes em práticas efetivas e, assim, impactar positivamente os padrões epidemiológicos e de morbimortalidade na adolescência.

As recomendações internacionais apontam caminhos para fortalecer políticas e práticas baseadas em evidências, com enfoque em temas prioritários, como saúde mental, nutrição, atividade física, prevenção de violências e promoção da equidade. Para isso, os estudos mostram que é preciso garantir a intersetorialidade, o financiamento público, a participação efetiva de adolescentes como protagonistas de seu processo de cuidado e a corresponsabilização em saúde.

Este ensaio, a partir da análise de documentos nacionais e internacionais, recomenda que gestores do SUS, profissionais de saúde e estudiosos do tema da saúde dos adolescentes reflitam sobre a práxis vigente, a fim de identificar oportunidades e ressignificar estratégias para que os adolescentes sejam, de fato, inseridos no centro das prioridades das agendas governamentais, a partir do entendimento de que se trata de uma reparação histórica na construção de direitos ainda não assegurados. Essa medida é crucial para que possamos oferecer às próximas gerações, de forma incremental, as condições necessárias ao pleno desenvolvimento de seu capital humano e que impactarão os adolescentes de hoje, bem como os cidadãos das gerações que ainda nascerão.

## Contribuições de autoria

Ferreira RAB (0000-0002-7920-7658)\* e Phebo L (0009-0001-7028-4673)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. 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 21]; Edição 182; Seção I:18055-9. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
3. Banco Mundial. COVID-19 no Brasil: Impactos e Respostas de Políticas Públicas [Internet]. [local desconhecido]: Banco Mundial; 2020 [acesso em 2025 jul 21]. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/106541594362022984/pdf/COVID-19-in-Brazil-Impacts-and-Policy-Responses.pdf>
4. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2023. OPAS e Ministério da Saúde do Brasil alinham ações prioritárias para fortalecer; 2023 jan 19 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-1-2023-opas-e-ministerio-da-saude-do-brasil-alinham-acoes-prioritarias-para-fortalecer>
5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. A wake-up call: the second Commission on adolescent health. *Lancet*. 2025;405(10329):1903-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01012-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01012-3)
6. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and well-being. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00579-1)
7. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012;21(4):539-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>
8. UNFPA Brasil [Internet]. Brasília, DF: UNFPA Brasil; © 2026. Juventude; [data desconhecida]; [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/juventude>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: malha de setores censitários [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102138.pdf>
10. World Health Organization. Global Accelerated Action for Health of Adolescents – AA-HA! Guidance to support country implementation [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025552>
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência 2025 [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2025 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf>
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente – Promover, proteger y cuidar la salud mental de los niños [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2021 [acesso em 2025 dez 29]. 259 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
13. UNICEF Brasil [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; [data desconhecida]. Saúde mental de adolescentes: a pandemia reforçou; [data desconhecida] [acesso em 2025 jul 1]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/saude-mental-de-adolescentes>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2025 jul 10]. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>

15. Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Braz J Psychiatry*. 2000;22:32-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000600009>
16. Magalhães BP, Souza CRB. Redução de danos: estudo a respeito das práticas de cuidado em saúde mental na adolescência. *Psi Saber Soc*. 2025;14:406-35.
17. Presidência da República (BR). Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 ago 10 [acesso em 2025 dez 29]; Edição 151; Seção I:1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm)
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2025 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim\\_hiv\\_aids\\_2025.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf/view)
19. TabNet [Internet]. Brasília, DF: DataSUS. c2024. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
20. Nunes MDS, Madeiro A, Diniz D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1132-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>
21. Presidência da República (BR). Lei nº 13.811, de 12 de março de 2019. Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 mar 13 [acesso em 2025 dez 29]; Edição 49; Seção I:1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13811.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13811.htm)
22. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Gov.br; © 2025. Calendário Nacional de Vacinação; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>
23. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. Coortes Vacinais – Papilomavírus Humano (HPV); 2025 [atualizado em 2026 fev 15; acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGL\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_HPVS/SEIDIGL\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_HPVS.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGL_DEMAS_VACINACAO_HPVS/SEIDIGL_DEMAS_VACINACAO_HPVS.html)
24. Presidência da República (BR), Secretaria de Comunicação Social. HPV: governo federal busca imunizar 90% dos adolescentes não vacinados [Internet]. Brasília, DF: Gov.br; 2025. 2025 fev 25 [atualizado em 2026 jan 24, acesso em 2025 jul 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/02/hpv-governo-federal-busca-imunizar-90-dos-adolescentes-nao-vacinados>
25. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; © 2026. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); 2024 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
26. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Educação Alimentar e Nutricional: temperando o currículo da Educação Infantil ao Ensino Fundamental [Internet]. Brasília, DF: FNDE; Unicef; 2025 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: [https://www.fnde.gov.br/AlimentacaoEscolar/\\_2909\\_Educacao\\_alimentar%20e\\_nutricional.pdf](https://www.fnde.gov.br/AlimentacaoEscolar/_2909_Educacao_alimentar%20e_nutricional.pdf)
27. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; [data desconhecida]. Convenção sobre os Direitos da Criança; [data des-

- conhecida] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
28. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 jul 16; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
  29. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicol Estud.* 2014;19(2):211-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-737221567004>
  30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2025 dez 30]. 132 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
  31. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nova Iorque: Nações Unidas; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: <https://sdgs.un.org/pt-br/goals>
  32. Guthold R, Moller A-B, Azzopardi P, et al. The Global action for measurement of adolescent health (GAMA) initiative—rethinking adolescent metrics. *J Adolesc Health.* 2019;64(6):697-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.008>
  33. World Health Organization. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/child-health/the-global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-2016-2030.pdf>
  34. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *Lancet.* 2017;390(10104):1792-806. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30872-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30872-3)
  35. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação. O Programa Saúde na Escola (PSE) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 dez 30]. 48 p. Disponível em: [https://aps.saude.gov.br/media/pdf/pse/Caderno\\_PSE\\_APS\\_VERSAO\\_FINAL.pdf](https://aps.saude.gov.br/media/pdf/pse/Caderno_PSE_APS_VERSAO_FINAL.pdf)
  36. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Brasília, DF: UNICEF Brasil; [data desconhecida]. Núcleo de Cidadania de Adolescentes [data desconhecida] [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/nucleo-de-cidadania-de-adolescentes>
  37. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); 2013 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>
  38. Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e190548. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190548>

---

Recebido em 31/07/2025

Aprovado em 13/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)

## A tendência do suicídio no Brasil e a questão da adolescência: uma revisão de escopo

### *Suicide trends in Brazil and the issue of adolescence: A scoping review*

Nilson do Rosário Costa<sup>1,2</sup>, Paulo Roberto Fagundes da Silva<sup>2</sup>, Deborah Uhr<sup>3</sup>, Raphael Mendonça Magalhães<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110482P

**RESUMO** O trabalho teve como objetivo descrever a tendência da mortalidade por suicídio na população geral e de adolescentes no Brasil nas últimas três décadas. O artigo adota a metodologia da revisão de escopo para consolidar as evidências de vários estudos e informar as ações de políticas públicas. A revisão de literatura constata o crescimento da mortalidade por suicídio nas últimas três décadas no País. Os estudos sobre suicídio na população geral indicam também um problema crescente de saúde pública, influenciado por fatores macroeconômicos e mudanças comportamentais, como uso de mídia social e abuso de substâncias. Fatores de risco como acesso a armas de fogo em casa, relacionamentos conflitantes entre pais e filhos, falta de moradia, isolamento social e exposição a eventos estressantes contribuem significativamente para o crescimento das mortes por suicídio em adolescentes. O contexto brasileiro evidencia a necessidade de priorizar a prevenção do suicídio na agenda da política de saúde. De acordo com a literatura revisada, iniciativas governamentais devem contemplar a expansão da proteção social, a oferta de espaços de escuta terapêutica e a cooperação com a sociedade civil. Estratégias de prevenção do suicídio também devem incluir as políticas públicas direcionadas a grupos de alto risco.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescentes. Suicídio. Tendência. Mortalidade. Brasil.

**ABSTRACT** *This paper aims to describe the trend in suicide mortality among the general population and adolescents in Brazil over the past three decades. The article uses a scoping review methodology to consolidate evidence from multiple studies and inform public policy actions. A literature review finds an increase in suicide mortality over the past three decades in the country. Studies on suicide in the general population also indicate a growing public health problem, influenced by macroeconomic factors and behavioral changes, such as social media use and substance abuse. Risk factors such as access to firearms in the home, conflicting parent-child relationships, homelessness, social isolation, and exposure to stressful events significantly contribute to the increase in adolescent suicide deaths. The Brazilian context highlights the need to prioritize suicide prevention on the health policy agenda. According to the reviewed literature, government initiatives should include expanding social protection, providing therapeutic listening spaces, and cooperating with civil society. Suicide prevention strategies should also include public policies targeting high-risk groups.*

**KEYWORDS** *Adolescents. Suicide. Trend. Mortality. Brazil.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nilsondosariosario@terra.com.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Departamento de Psicologia (DeptPSI) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O objetivo desta revisão de escopo é descrever e analisar a tendência da mortalidade geral e de adolescentes por suicídio no Brasil nas três últimas décadas evidenciada pela produção bibliográfica. O suicídio tem sido universalmente definido como a morte resultante de comportamento intencional autolesivo. A intenção pode ser explicitamente declarada pelo indivíduo ou inferida por perícia<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 700 mil pessoas morrem anualmente por suicídio no mundo, sendo a quarta causa de morte entre adolescentes e jovens de 15 a 29 anos depois de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. A maioria dos adolescentes que cometem suicídio (88%) são de países de baixa e média renda<sup>2</sup>. No Brasil, o suicídio é uma causa relevante de morte da população adolescentes (15 a 19 anos)<sup>3</sup>.

A literatura contemporânea tem alertado para a persistência de condições de desigualdade econômica, identitárias, de isolamento e mortificação social como fatores determinantes do suicídio nas diferentes sociedades<sup>4</sup>. Ou seja: o suicídio está sujeito aos mesmos constrangimentos sociais que condicionam outras ações humanas e não deve ser tratado como uma categoria patológica, mas entendido como resultado de um conjunto complexo de fatores culturais, sociais e econômicos<sup>5</sup>.

Considerando esse cenário, a produção científica sobre a dinâmica temporal do suicídio no Brasil é revisada neste trabalho com o objetivo de contribuir para a ação da política pública sobre o tema. Como chamam a atenção Baldaçara e colaboradores<sup>6</sup>, a consolidação dos dados de vários artigos pode ajudar a melhorar a ação da saúde pública.

Não resta dúvida de que, após longo período de análise do tema sob o viés restritivo da pesquisa sobre violência, o campo da saúde coletiva tem diante de si o desafio de visitar a complexidade das questões relacionadas com o suicídio, assinaladas desde fins do século XIX por Emile Durkheim<sup>7</sup> e seus epígonos e críticos.

Em sua obra pioneira de fins do século XIX, Durkheim defendeu que a morte voluntária, tradicionalmente considerada pela filosofia, pela ética e pela psiquiatria como um ato ou evento individual, fosse considerada um ‘fato social’ e analisada pela variação na taxa de mortalidade no tempo e em diferentes sociedades<sup>7</sup>. A hipótese central no livro ‘O Suicídio’ é que a natureza das conexões dos indivíduos com as instituições sociais condiciona a possibilidade de esse evento ocorrer: indivíduos com laços sociais fortes são menos propensos a cometê-lo. No sentido contrário, os indivíduos em situação de anomia (socialmente isolados) têm maior possibilidade de praticar o que ele denominou de suicídio egoísta<sup>7</sup>.

Durkheim defendeu, adicionalmente, que a prevenção do suicídio pode ser alcançada pela regulação social da anomia. As sociedades que conseguiram regular as expectativas individuais de felicidade apresentam as taxas de suicídio mais baixas do que aquelas em que os indivíduos acreditavam na possibilidade ilimitada de sucesso<sup>7</sup>. Em resumo, como assinala Horwitz, para Durkheim, a baixa prevalência do suicídio pode ser observada em sociedades que mitigam e regulam as expectativas individuais de satisfação na esfera da vida social<sup>8</sup>.

Tomasi destaca que Durkheim utilizou a descrição da prevalência discrepante entre regiões, *status* social e de crença para demolir as supostas relações entre o suicídio e os estados psicopatológicos, alcoolismo ou herança genética. Para Tomasi<sup>9</sup>, apesar de Durkheim ter ido longe demais no esforço crítico sobre a influência do transtorno mental, ele conseguiu evidenciar que o suicídio está associado a condições sociais gerais. Além disso, sua crítica intransigente às alegadas causas não sociais do suicídio, o ambiente físico e, em particular, a hereditariedade inauguraram a abordagem dos condicionantes sociais dos eventos de saúde<sup>9</sup>.

Ecoando nos dias de hoje as ideias de Émile Durkheim, os cientistas sociais Anne Case e Angus Deaton<sup>10</sup> reiteram, com base em estudo abrangente e complexo sobre o inesperado

crescimento da mortalidade por suicídio em trabalhadores brancos nos Estados Unidos da América nas últimas três décadas, que esse evento acontece quando a sociedade falha na capacidade de prover, para parcela dos seus membros, referências de dignidade e de significado para a vida.

Ainda assim, Mueller<sup>11</sup> identifica algumas limitações na teoria do suicídio de Durkheim. A mais notável é a inadequação da abordagem ecológica para explicar a resposta individual aos constrangimentos macrosociais. Para a autora, a abordagem ecológica não é suficientemente robusta para identificar como as pressões na esfera social (integração e regulação) podem determinar as respostas de comportamento no plano individual (suicídio). Para Muller<sup>11</sup>, o nexos causal entre o nível macrosocial e o comportamento individual permanece um desafio metodológico ainda não completamente superado na pesquisa social.

Não resta dúvida, ainda assim, de que a reflexão em torno da obra de Durkheim pode oferecer respostas para os gestores públicos e a sociedade civil diante do crescimento contínuo do evento de suicídio para além das conclusões simplificadas sobre a influência conjuntural das crises econômicas ou da violência endêmica na sociedade contemporânea<sup>9,10</sup>.

## Material e métodos

Para responder aos objetivos da pesquisa, foi adotado o modelo da revisão de escopo para a agregação dos artigos, publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2024, sobre tendência contemporânea do suicídio no Brasil. O modelo da revisão de escopo oferece uma visão geral sobre um tópico de pesquisa, com base nas evidências existentes, sem a preocupação de realizar a avaliação da validade interna da escolha metodológica de cada artigo incluído<sup>12</sup>. Os procedimentos adotados na execução da revisão de escopo sobre a tendência contemporânea do suicídio na população geral e nos adolescentes no Brasil seguiram as precisas

indicações de Tricco e colaboradores: identifica no título o trabalho como revisão de escopo, explicita o objetivo, apresenta a problematização do tema tratado e a motivação da revisão, explicita a pergunta de pesquisa para a revisão da literatura, informa as fontes das evidências e os critérios de elegibilidade, apresenta uma síntese de resultados à luz da pergunta de pesquisa e da revisão dos trabalhos selecionados e faz recomendação de políticas e aponta para novas investigações e intervenções de política pública sobre o tema<sup>13</sup>.

A partir desses procedimentos, a busca foi orientada pelos parâmetros de tempo e aderência à preocupação central da revisão bibliográfica: identificar qual a tendência da mortalidade geral e na população adolescente por suicídio no Brasil segundo os estudos quantitativos com abordagem ecológica com séries temporais. Nesse trabalho, as séries temporais são definidas como sequências de dados quantitativos relativos a momentos específicos e estudados segundo sua distribuição no tempo. Essa metodologia de análise é utilizada para diferentes finalidades e por campos diversos de conhecimento<sup>14</sup>.

A revisão de escopo permite, ao questionar o conhecimento científico disponível, fortalecer os argumentos favoráveis às ações da política pública<sup>15,16</sup>. Ela identifica a origem, o alcance, a natureza das publicações disponíveis, elenca as lacunas e abre espaço para novas investigações<sup>17</sup>. Tendo em vista a análise do panorama brasileiro, foram escolhidos, como fontes para a revisão de escopo, os repositórios SciELO, PubMed e Lilacs. Nos três repositórios, optou-se por artigos completos, em inglês ou em português, informados a partir das palavras-chave: “Suicide”, “Brazil”, “Trend” e “Mortality”.

Para operar a busca, como critérios de inclusão, consideraram-se os seguintes atributos do artigo: 1) aborda a tendência temporal do suicídio na dimensão nacional (e não regional, estadual ou municipal) entre dois pontos no tempo; 2) tem como objeto os dados de idade e gênero, e não grupos sociais específicos, como população indígena; 3) foi publicado

por autor de qualquer área de conhecimento; 4) foi divulgado com resumo em inglês; 5) é resultado de estudos ecológicos com dados quantitativos de natureza série-temporal; 6) utiliza fontes múltiplas de informação, além do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DataSUS do Ministério da Saúde (MS); 7) utilizou os códigos X66-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de uma lesão autoprovocada intencionalmente) da Classificação Internacional de Doenças na décima versão (CID-10); e 8) foi publicado entre 2000 e 2024. Foram excluídos, na revisão, os artigos baseados em estudos de coorte, que analisaram a variação média da mortalidade geral ou de adolescentes entre dois pontos no tempo ou que mediram os efeitos específicos da pandemia da covid-19 sobre as mortes por suicídio no Brasil.

## Resultados

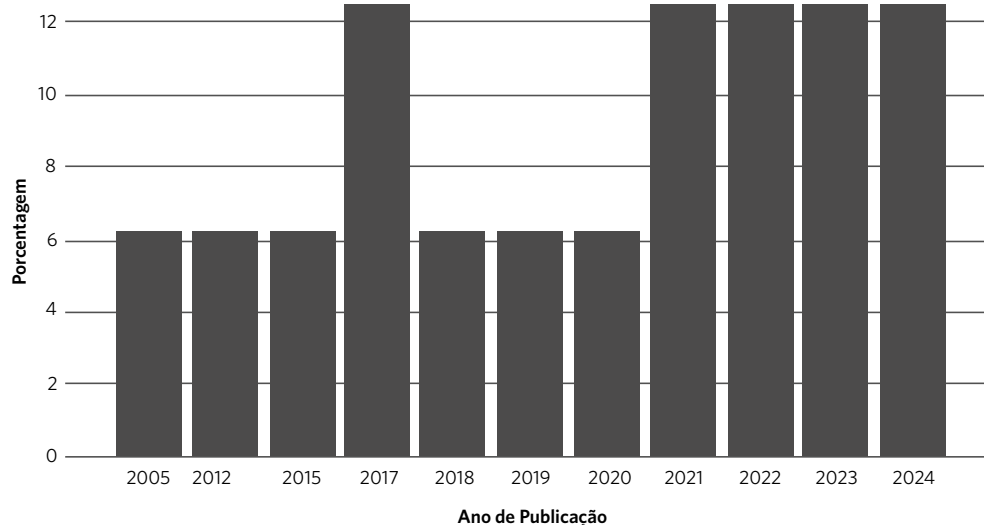
A busca bibliográfica final resultou, após a exclusão das redundâncias, no total de 71 artigos nos três repositórios que tratam da tendência o suicídio no Brasil após 2000. Cabe lembrar que importantes periódicos nacionais têm as publicações divulgadas e acessíveis nos três repositórios escolhidos por esta revisão de escopo (SciELO, PubMed e Lilacs). Após

leitura completa dos resumos em inglês e das metodologias, foram incluídos 15 artigos que preencheram os 8 critérios de elegibilidade, por analisar e informar, de modo direto, a tendência na variação da taxa de mortalidade geral por suicídio, e 6 artigos que tratam do assunto na população adolescente (10-19 anos), tendo como unidade de análise o Brasil após 2000.

Nesse processo, chama inicialmente a atenção a alta proporção de artigos (87%) sobre a tendência da mortalidade na população que evidencia a variação positiva da taxa de mortalidade geral por suicídio ao longo das três últimas décadas no Brasil. Essa maioria expressiva indica uma mudança na ideia da estabilidade ou queda da taxa de mortalidade por suicídio no País, difundida com enorme sucesso pelo artigo pioneiro de Yunes e colaboradores de 1999<sup>18</sup>. Não deixa de ser surpreendente, como mostrado adiante, que, nos anos recentes, apenas dois artigos arrolados pela busca demonstrem que a taxa de mortalidade geral por suicídio foi declinante ao longo das últimas três décadas no Brasil.

O *gráfico 1* mostra que a maioria dos artigos que abordam a tendência do suicídio, entre dois pontos no tempo, na população geral brasileira foi publicada após 2019, especialmente após 2021 (último ano da pandemia da covid-19).

Gráfico 1. Distribuição anual dos artigos, nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, sobre tendência da mortalidade geral por suicídio no Brasil - 2005-2024 (n = 17)

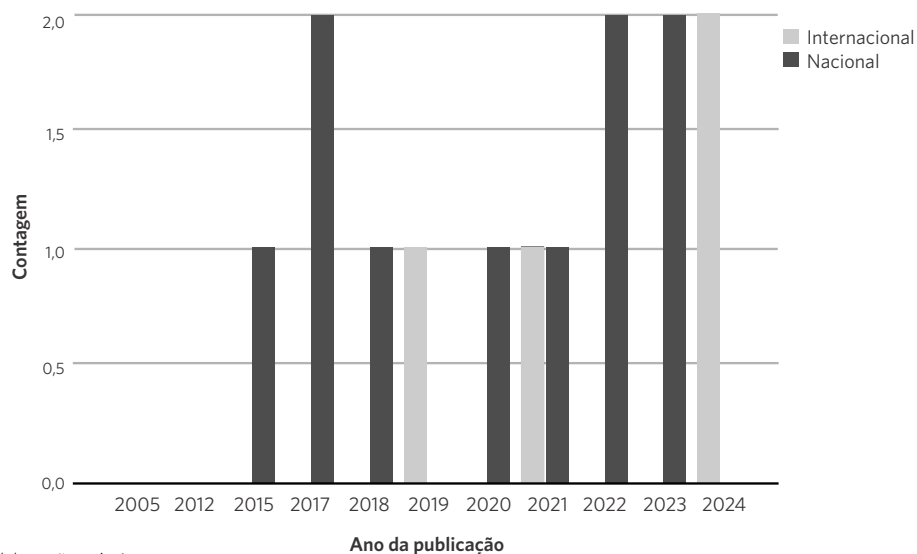


Fonte: elaboração própria.

O período da pandemia registrou notável aceleração da divulgação de estudos sobre o tema da mortalidade por suicídio no Brasil e promoveu o aumento da presença de artigos de autores brasileiros em periódicos internacionais de alto impacto, como demonstra

o gráfico 2. Nesse período, o tema suicídio no Brasil retornou claramente à pauta de interesse das grandes empresas multinacionais de divulgação científica, particularmente a partir de 2021.

Gráfico 2. Frequência de artigos, nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, sobre a tendência da mortalidade geral de suicídio no Brasil por nacionalidade do periódico e ano - 2005-2024 (n = 17)



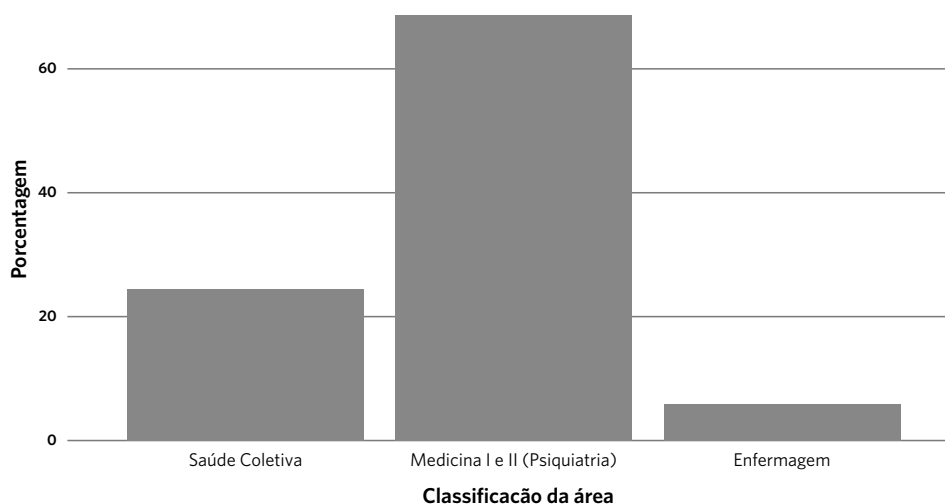
Fonte: elaboração própria.

Nesse cenário, chama a atenção a elevadíssima concentração das publicações sobre a tendência do suicídio no Brasil no campo biomédico – medicina I e II (psiquiatria) – e na saúde coletiva, apresentada no *gráfico 3*. Paradoxalmente, nenhuma publicação das áreas de ciências sociais e humanas sobre o tema foi identificada na busca realizada nos repositórios de perfil não biomédico, como a SciELO.

O paradoxo deve-se, obviamente, à constatação da escassa influência da agenda sociológica de Durkheim, de viés metodológico

quantitativo, na produção das ciências sociais e humanas brasileiras em comparação com a relevância internacional do desenho adotado pelo autor de ‘O Suicídio’<sup>4</sup>. Com relação ao campo da saúde coletiva, pode-se considerar que a busca da triangulação metodológica proposta por Minayo e colaboradoras<sup>19</sup> para a pesquisa sobre o suicídio no campo, com forte orientação qualitativa, pode ter influenciado na escassez da produção científica com métodos estatísticos de cientistas sociais sobre o tema no Brasil.

Gráfico 3. Distribuição por área de conhecimento da Capes das publicações sobre a tendência da mortalidade geral e de adolescentes por suicídio no Brasil, nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, entre 2005 e 2024 (n = 16)



Fonte: elaboração própria.

## Suicídio na população geral

O *quadro 1* mostra a diversidade de abordagens metodológicas para a análise da variação da taxa de mortalidade geral por suicídio entre dois pontos no tempo no Brasil. Como não esperado, são notáveis as discrepâncias nos percentuais de variação se levada em consideração a proximidade dos períodos estudados pelos artigos. Os trabalhos de Bonadiman e

colaboradores<sup>20</sup> e de Malta e colegas<sup>21</sup> chamam especialmente a atenção pela sustentação de que a taxa de mortalidade geral por suicídio no País esteve em declínio nas primeiras décadas do século XXI. Bonadiman et al.<sup>20</sup> afirmam que a mortalidade geral padronizada por suicídio diminuiu em 27% entre 2000 e 2012. Já Malta e colegas<sup>21</sup> constataam a redução de 7,3 para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes entre 1990 e 2019. Ambos os artigos têm em comum o uso

da metodologia da Carga Global da Doença (CGD). Há décadas, a literatura internacional tem chamado a atenção para as dificuldades não triviais das estimativas da metodologia da CGD quando confrontadas com os dados epidemiológicos e demográficos produzidos nacionalmente<sup>22</sup>. Cabe assinalar, entretanto, que o artigo de Soares Filho e colegas<sup>23</sup> oferece uma relevante contribuição para o uso do modelo CGD para estimar perdas informacionais em razão das falhas na coleta do SIM, ainda que sustentem que a mortalidade por suicídio no Brasil esteja em expansão.

Com efeito, a pesquisa bibliográfica identificou dois artigos com séries históricas que remontam à década de 1980 que já apontavam aumento na taxa de mortalidade geral por suicídio naquele período e nos anos 1990 e 2000. O artigo de Mello-Santos e colaboradores<sup>24</sup> demonstra que, entre 1980 e 2000, esse crescimento foi da ordem de 21%. Os homens se suicidaram de 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres, sendo os adultos acima de 65 anos os que apresentaram as maiores taxas de morte resultante de comportamento intencional autolesivo. Minayo et al.<sup>25</sup> identificam, do mesmo modo, o aumento progressivo dos óbitos por suicídio, especialmente de pessoas do sexo masculino de todas as idades, cujas taxas evoluíram de 6,2/100 mil em 1980 para 9,3/100 mil em 2006. A taxa de mortalidade de mulheres brasileiras apresentou, entretanto, queda residual de 2,6/100 mil em 1980 para 2,3/100 mil em 2006<sup>25</sup>.

Com base em séries temporais mais recentes, o texto de Palma e colaboradores<sup>26</sup>, usando o modelo de regressão com base na distribuição de Poisson, também revela que, entre os anos 2000 e 2017, a taxa de mortalidade geral por suicídio teve um incremento de 51%, passando de 3,5 para 5,3 por 100 mil habitantes.

O artigo de Alves e coautores<sup>27</sup> converge com as conclusões de Palma e colaboradores, ainda que a variação informada seja mais

parcimoniosa: 46%. Informa ainda que, de 2011 a 2022, foram registradas 147.698 mortes resultantes de comportamento intencional autolesivo no Brasil. Considerando apenas o ano de 2022, adultos do sexo masculino (25-59 anos) e pessoas idosas (> 60 anos) foram os grupos etários mais atingidos pelo suicídio, alcançando as taxas de 9,59 e 8,60/100 mil respectivamente. Em uma perspectiva longitudinal, entre 2011 e 2022, a população indígena foi a que exibiu as mais elevadas taxas de suicídio (16,58/100 mil), e os jovens foram os que apresentaram maior crescimento percentual na referida taxa<sup>27</sup>.

O artigo de Cruz e colegas<sup>28</sup> identifica também o aumento da taxa geral de suicídio entre 2011 e 2019 ao analisar o Programa Setembro Amarelo (PSA) implantado em 2015 no Brasil. Segundo os autores, os resultados do PSA foram inefetivos na redução das mortes por suicídio pela ausência de ações multissetoriais, treinamento de profissionais e expansão da rede de atendimento<sup>28</sup>.

Com essa mesma preocupação, McDonald e colaboradores<sup>29</sup> argumentam que, à primeira vista, a taxa total padronizada por idade de suicídios no Brasil em 2016 seria baixa em comparação com a taxa média global (6,0 no Brasil *versus* 11,2 por 100 mil). Entretanto, quando a frequência de suicídio é somada às mortes de intenção indeterminada (consideradas por alguns pesquisadores como fonte oculta de suicídios), a taxa brasileira aumenta para 10,3 por 100 mil, consideravelmente mais próxima da média global. Os autores defendem que a taxa de suicídio aumentou de 2000 a 2017<sup>29</sup>.

Segundo o *quadro 1*, a mediana da variação positiva da mortalidade por suicídio na população geral brasileira, calculada a partir da combinação das estimativas citadas com as variações informadas pelos trabalhos de Abuabara et al.<sup>30</sup>, Duarte et al.<sup>31</sup>, Figueiredo<sup>32</sup>, Machado e Santos<sup>33</sup>, Martini et al.<sup>34</sup>, Pinto<sup>35</sup>, Ribeiro e Moreira<sup>36</sup> e Mejía e Pivatto<sup>37</sup>, foi expressivamente alta: 27,5%.

Quadro 1. Variação na taxa de mortalidade geral por suicídio segundo os artigos com informação completa - (n = 15)

Autoria	Período de análise	Taxa de mortalidade inicial	Taxa de mortalidade final	Variação (%)	Modelo de análise
Malta et al. <sup>21</sup>	1990-2019	7,3	6,07	- 8	Modelo da Carga Global da Doença (CGD)
Mejía, Pivatto <sup>37</sup>	2010-2021	4,8	6,7	39	Análises descritivas de dados de suicídio e Modelos de regressão, com distribuição de Poisson
Alves et al. <sup>27</sup>	2011-2022	5,0	7,3	46	Análises de regressão do joint-point
Cruz et al. <sup>28</sup>	2011-2019	5,0	6,41	28	Análise de regressão de série temporal
Pinto et al. <sup>*35</sup>	2004-2014	4,6	5,7	24	Análise de regressão de série temporal
Figueiredo et al. <sup>**32</sup>	2012-2017	7,1	7,84	10	Modelos de regressão, com distribuição de Poisson
Palma, Santos, Ignotti <sup>26</sup>	2000-2017	3,5	5,3	51	Modelos de regressão, com distribuição de Poisson
Mc Donald et al. <sup>*29</sup>	2000-2017	4,6	6,5	42	Análises de regressão do JointPoint
Duarte <sup>***31</sup>	2000-2015	5,8	7,2	24	Regressão linear simples
Martini et al. <sup>34</sup>	2000-2016	3,8	5,4	42	Análises descritivas de dados de suicídio
Ribeiro, Moreira <sup>36</sup>	1996-2015	4,3	5,47	17	Análises descritivas de dados de suicídio
Abuabara et al. <sup>30</sup>	2000-2013	4,7	5,7	21	Análise de regressão de série temporal
Bonadiman et al. <sup>20</sup>	2000-2012	7,2	5,7	-21,7	Modelo da Carga Global da Doença (CGD)
Machado, Santos <sup>33</sup>	2000-2012	4,9	6,2	26	Análises descritivas de dados de suicídio
Minayo et al. <sup>*25</sup>	1980-2006	4,4	5,8	32	Análise temporal e análise de tendências por regressão polinomial
Mello-Santos et al. <sup>24</sup>	1980-2000	3,3	4,0	21	Análises descritivas de dados de suicídio

Fonte: elaboração própria.

\*Cálculo para a população acima de 10 anos; \*\* Cálculo para a população acima de 25 anos; \*\*\* Cálculo para a população de 20-64 anos.

## Suicídio entre adolescentes

No que se refere ao suicídio na população adolescente (10-19 anos) nas últimas décadas, o *quadro 2* mostra que o tema foi abordado especificamente por seis estudos no período da busca bibliográfica realizada. Tal qual

observado na produção sobre a população geral, constata-se também alguma discrepância no que concerne às conclusões sobre a magnitude da variação da taxa de mortalidade por suicídio no grupo etário. No entanto, nenhum trabalho afirma que a mortalidade por suicídio na adolescência está estabilizada ou

em declínio. A situação brasileira está alinhada com a tendência internacional<sup>38</sup>.

Com efeito, o suicídio entre adolescentes é um problema crítico de saúde pública, com taxas crescentes de comportamentos suicidas observadas nos últimos anos. Pesquisas internacionais indicam que fatores como uso de redes sociais, transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias contribuem significativamente para a prevalência de suicídios nesse grupo etário<sup>39</sup>.

As mortes por suicídio de adolescentes estão igualmente situadas nos ambientes de risco da periferia pós-industrial e ligadas a políticas neoliberais de desindustrialização<sup>40,41</sup>. Em alguns contextos nacionais, esse quadro é agravado pela situação socioeconômica sombria, piora nas oportunidades no mercado de trabalho e colapso das estruturas de apoio social. A literatura descreve, portanto, um cenário contemporâneo de perda de esperança por força do processo cumulativo e múltiplo de vulnerabilidade ao longo da vida dos adolescentes<sup>39</sup>.

Nesse cenário, Jaen-Varas e coautores<sup>42</sup> identificam uma variação de 13% na taxa de mortalidade do Brasil na faixa etária de 10 a 19 anos entre 2006 e 2015. Entretanto, se consideradas as seis grandes cidades brasileiras (Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro), alvo particular do estudo, a taxa sobe para 24%. Outra constatação do artigo, em linha com as evidências internacionais, é a associação entre indicadores de desigualdade e desemprego e as taxas elevadas de suicídio em adolescentes<sup>42</sup>.

Cicogna e colaboradores<sup>43</sup> defendem a ocorrência de expressivo crescimento da mortalidade por suicídio entre os adolescentes no Brasil, particularmente na população masculina. Esse incremento teria sido de 47% entre 2000 e 2015, dados que, segundo os autores, podem estar associados ao incremento da capacidade institucional de produção da informação epidemiológica. Eles alertam, nesse sentido, para a possibilidade de que a melhora na abrangência do SIM, principalmente nas

regiões Norte e Nordeste, tenha interferido nos dados coletados, provocando aumento das notificações, e não do número real de mortes resultantes de comportamento intencional autolesivo no período que analisam<sup>43</sup>.

Pinto e coautores<sup>35</sup> evidenciam o crescimento de 19%, entre 2004 e 2012, dos coeficientes de mortalidade por suicídios no Brasil e em todas as regiões. Salientam também que o grupo etário de 10 a 19 anos foi o mais vulnerável no período, seguido das faixas etárias de 20 a 59 anos e de maiores de 60 anos<sup>35</sup>.

Fernandes e colegas<sup>44</sup> defendem igualmente a ideia da expansão acelerada de 32% do suicídio nos adolescentes entre 1997 e 2016. O artigo demonstra os padrões discrepantes de mortalidade por suicídio segundo sexo, macrorregiões, Unidades Federativas (UF) e locais onde ocorreu o evento. A mortalidade entre adolescentes aumentou no sexo masculino, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, nas regiões Norte e Nordeste e nas UF de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Piauí, Sergipe e Tocantins. Houve crescimento na proporção de mortes no domicílio e em estabelecimentos de saúde não hospitalares<sup>44</sup>.

Os dados coletados por Mejía e Pivatto<sup>37</sup> demonstram, por análise descritiva de extraordinária qualidade, que a taxa de mortalidade por suicídio na população de 10 a 19 anos foi a que apresentou a maior variação (77%) entre 2010 e 2021 em comparação com todas as demais faixas etárias.

Finalmente, o artigo de Corassa e colegas<sup>45</sup> comprova que a variação da mortalidade por suicídio entre 2000 e 2022 foi igualmente expressiva (120%). O texto também mostra que o maior aumento percentual ocorreu na faixa etária de 10 a 14 anos (140%). Ressalta particularmente o aumento de 176% nas taxas de suicídio entre mulheres nessa faixa etária, variando de 0,61 em 2000 para 1,68 mortes por 100 mil meninas em 2022<sup>45</sup>. Evidenciado um cenário de variação positiva da taxa de mortalidade no País, o texto identifica, assim, a

expansão alarmante do suicídio no grupo adolescente feminino e o uso crescente de meios mais letais<sup>45</sup>. No caso da população adolescente, o artigo demonstra que o enforcamento foi o método mais frequente (65,9% do total de mortes), seguido por envenenamento (15,7%)

e armas de fogo (10,8%). Entre os homens, o enforcamento foi responsável por 70,5% das mortes por suicídio, seguido por armas de fogo (12,3%), enquanto entre as mulheres, o enforcamento foi responsável por 52,7% das mortes, seguido por envenenamento (30,8%)<sup>45</sup>.

Quadro 2. Variação na taxa de mortalidade por suicídio de adolescentes (10-19 anos) segundo os artigos selecionados - (n = 6)

Autoria	Período de análise	Taxa de mortalidade inicial	Taxa de mortalidade final	Varição (%)	Modelo de análise
Jaen-Varas et al. <sup>42</sup>	2006-2015	2,34	2,64	13	Análises descritivas de dados de suicídio
Pinto et al. <sup>35</sup>	2004-2014	2,0	2,38	19	Análise de regressão de série temporal
Cicogna et al. <sup>43</sup>	2000-2015	1,71	2,51	47	Regressão linear simples
Fernandes et al. <sup>44</sup>	1997-2016	1,98	2,61	32	Regressão de Prais-Winsten
Mejía, Pivatto <sup>37</sup>	2010-2021	2,2	3,9	77	Análises descritivas de dados de suicídio
Corassa et al. <sup>45</sup>	2000-2022	2,1	4,62	120	Análise de regressão do JointPoint e redistribuição de causas <i>garbage</i>

Fonte: elaboração própria.

## Conclusões e recomendação

O suicídio na sociedade contemporânea envolve um conjunto multifacetado de condicionantes que não podem ser superados nem mitigados por soluções simples. O padrão de complexidade e resiliência da dinâmica do suicídio impõe desafios extraordinários aos gestores da política pública de saúde e aos programas de proteção social.

A literatura visitada nesta revisão de escopo aponta, por um lado, para o impacto das mudanças no padrão de acumulação de riqueza na sociedade capitalista contemporânea, capitaneadas pela agenda neoliberal e pela pauta da austeridade fiscal, que resultaram na redução das funções do Estado na promoção do

Bem-Estar Social e, nas sociedades avançadas, na irreversível desindustrialização. A combinação da pauta neoliberal com a integração acelerada ao projeto da globalização do capital destruiu o modo de vida, especialmente da classe trabalhadora, em países de economia avançada e mesmo periférica, determinando a escalada das mortes por desespero. Nesse contexto, o expressivo aumento da mortalidade por suicídio é um dos principais indicativos do efeito das mudanças macroeconômicas<sup>10</sup>.

Os estudos contemporâneos, por outro lado, têm também chamado a atenção para os efeitos mortificantes do assédio moral, da desigualdade estrutural de classe, gênero e categorização étnico/racial, que ficaram fora do radar da reflexão pioneira de Durkheim. Os estudos contemporâneos na sociologia e na

saúde mental reiteram, nesse sentido, a importância da integração social como uma variável crucial do bem-estar individual. Por exemplo, pessoas com contatos mais frequentes com familiares, amigos e vizinhos, e envolvidas com organizações voluntárias, organizações cívicas e clubes, são menos propensas ao suicídio do que aquelas que vivem isoladas em razão dos novos modos de sociabilidade<sup>11</sup>.

A complexidade dos condicionantes sociais torna especialmente relevante compreender a dinâmica da tendência recente do suicídio na população geral no Brasil segundo a produção científica com análise de séries temporais. Nesta revisão sobre o caso brasileiro, deve ser ressaltada a ausência de consenso na literatura sobre a magnitude da expansão da taxa de mortalidade geral e de adolescentes por suicídio no Brasil, ratificando o que afirmam Guimarães e colaboradores<sup>46</sup>. Essa discrepância de quantificação, por força da notável influência metodológica dos estudos baseados na CGD, pode ter enfraquecido a motivação dos gestores para a inclusão do assunto na agenda de prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o reconhecimento, pelo MS, do aumento contínuo da taxa de suicídios na população adolescente (10-19 anos) entre 2010 e 2021 deve ser destacado<sup>3</sup>. O MS também sublinha diferenças marcantes entre homens e mulheres adultos. Na leitura das estatísticas vitais do DataSUS, no grupo masculino, a taxa de mortalidade por suicídio aumenta progressivamente com a idade, atingindo seu pico entre pessoas idosas acima de 70 anos. Por sua vez, segundo o MS, nas mulheres, o risco é mais elevado entre as adolescentes de 15 a 19 anos, seguido de estabilização e declínio da taxa de mortalidade à medida que avançam em idade<sup>3</sup>.

O posicionamento do MS é um claro alerta para o fato de que a sociedade brasileira tem fracassado na provisão de um quadro de referência para vidas dignas e significativas de alguns dos seus membros, levando-os ao suicídio, como indicado pela literatura

contemporânea do campo das ciências sociais sobre o tema<sup>10</sup>. Não resta dúvida de que, após um longo período da pouca relevância dada ao assunto por força da onipresença da agenda de pesquisa sobre violência, o campo da saúde coletiva tem diante de si o desafio de revisitar a complexidade das questões relacionadas ao suicídio assinaladas por Emile Durkheim e seguidores contemporâneos.

Nesse sentido, é importante considerar, seguindo a perspectiva proativa de Palma e colaboradores<sup>26</sup>, que 90% dos casos de suicídio podem ser evitados por meio de políticas públicas/institucionais, contemplando a oferta de escuta, acolhimento e inclusão. A dimensão de pertencimento, reforçada nas manifestações de apoio e reconhecimento, é fundamental para as ações de enfrentamento do tema<sup>26</sup>.

Ainda assim, Guimarães<sup>47</sup> destaca que a redução das mortes por comportamento intencional autolesivo é uma tarefa de enorme complexidade, exigindo também a ampliação do acesso ao cuidado de saúde mental, maior espaço de debate sobre o tema na sociedade civil e a construção de diretrizes de comunicação para a mídia em geral de modo a evitar a glamorização do suicídio.

É importante, como destacado, trazer para a cena, na pesquisa acadêmica e nas ações de governo, a influência de fatores como a etnicidade, as condições de moradia e trabalho, a violência sexual, o sofrimento psicológico, o déficit ou a ausência de oferta de cuidado em saúde mental no SUS e o isolamento social mortificante, como salientado em estudo sobre grupos sociais vulneráveis do País<sup>48</sup>.

Palma e colaboradores<sup>49</sup> também alertam, com propriedade, que eventos como o suicídio são ocultados e secundarizados, em especial quando seus números são considerados de baixo impacto. Nesse sentido, é relevante constatar, nesta revisão, que a maioria das análises divulgadas em artigos é favorável à consideração da situação do suicídio no Brasil como evento crítico e em expansão desde a década de 1990 entre adolescentes, jovens, pessoas idosas e população feminina. Com relação à

população adolescente, cabe lembrar o registro de Oliveira e colaboradores<sup>50</sup> que, no Nordeste, o domicílio foi o principal local de ocorrência, e o enforcamento/estrangulamento, o principal método utilizado, minimizando a condição de rua ou da vida em unidade socioeducativa<sup>50</sup>.

Ao contrário da constatação do cenário expansivo no Brasil, vários países da Europa Ocidental e do Sul da Europa registraram declínio nas taxas de suicídio na faixa etária de 15 a 19 anos nas décadas de 1990 e 2000<sup>51</sup>. Essa queda exemplar foi resultado da complexa interação de fatores culturais, condições socioeconômicas, iniciativas de saúde pública, incluindo programas de prevenção e atuação ampliada da atenção primária<sup>51</sup>.

As políticas de atenção e prevenção bem-sucedidas demandaram, portanto, medidas universais voltadas para os adolescentes em geral e iniciativas específicas voltadas a grupos de alto risco<sup>50</sup>. Elas oferecem, entretanto, poucas evidências sobre a eficácia dos tratamentos farmacológicos, como o uso de antidepressivos. Por outro lado, a restrição de acesso aos meios para cometer suicídio foi uma medida de prevenção importante, bem como a compreensão dos novos fatores que contribuem para o suicídio entre os jovens,

especialmente as mídias digitais. Como ressaltam Bertuccio e coautores<sup>51</sup>, a difusão massiva das mídias sociais introduziu novos desafios para a ação da política pública e para a pesquisa sobre fatores de risco para doenças entre adolescentes. As evidências recentes indicam que as mídias sociais induzem sentimentos de solidão, depressão e desfechos associados ao suicídio. Com os fatores de risco conhecidos, a investigação sobre esse fenômeno contemporâneo ajudará a compreender o suicídio e os comportamentos suicidas, especialmente entre os mais jovens<sup>52</sup>.

## Contribuições de autoria

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* contribuiu para concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Silva PRF (0000-0003-0811-4080)\*, Uhr D (0000-0001-5162-6108)\* e Magalhães RM (0000-0003-1225-6719)\* contribuíram para análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Posner K, Brodsky BS, Yershova K, et al. The Classification of Suicidal Behavior In: Nock MK, organizador. *A Handbook for the Study of Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 7-22.
2. World Health Organization. *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2019.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
4. Wray M, Colen C, Pescosolido B. The sociology of suicide. *Annu Rev Sociology*. 2011;37(1):505-528. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Honkasalo ML, Tuominen M. Varieties of Suicide: Inquiring into the Complexity of Human Experience. In: Honkasalo ML, Tuominen M, organizadoras. Culture, Suicide, and the Human Condition. New York: Berghahn Books; 2014, p. 1-28.
6. Baldaçara L, Meleiro A, Quevedo J, et al. Epidemiology of suicides in Brazil: a systematic review. *Glob Psychiatry Arch*. 2022;5(1):11-27.
7. Durkheim E. O suicídio: estudo de Sociologia. São Paulo: EDIPRO; 2014 [1897].
8. Horwitz AV. A overview of sociological perspectives on the definition, causes, and responses to mental health and illness In: Nock MK, organizador. A Handbook for the Study of Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 6-19.
9. Tomasi L. Emile Durkheim's contribution to the sociological explanation of suicide. In: Pickering WSF, Walford G, organizadores. Durkheim's Suicide. A Century of Research and Debate. London: Routledge; 2000. p. 11-121.
10. Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. New Jersey: Princeton University Press; 2020.
11. Mueller AS, Abrutyn S, Pescosolido B, et al. The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Front Psychol*. 2021;12:621569. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
12. Thorpe J, Viney K, Hensing G, et al. Income security during periods of ill health: a scoping review of policies, practice and coverage in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2020;5(6):e002425. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002425>
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
14. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):565-76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
15. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
16. Leeman J, Voil CI, Sandelowski M. Conducting mixed methods literature reviews: synthesizing the evidence needed to develop and implement complex social and health interventions. In: Biber NH, Johnson RB, organizadores. The Oxford Handbook of Multimehtod and Mixed Methods Research Inquiry. Oxford: Oxford University Press, 2015. p. 167-84.
17. Juliano MS, Clemente AJ, Madeira LM. Mudança ou continuidade na política de combate à pobreza de Cardoso a Lula: uma revisão de escopo. *Rev Sociol Polit*. 2023;31(1):e005. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98732331e005>
18. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol*. 1999;2(3):102-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1999000200002>
19. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1587-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800007>
20. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:e0299-2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0299-2021>
21. Malta DC, Romero-Sandoval N, Cardoso LSM, et al. Sustainable Development Goals' health-related indicators for Brazil and Ecuador: an analysis for the period of 1990-2019. *Public Health*. 2024;231:88-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.034>

22. Byass P, Courten M, Graham WJ, et al. Reflections on the global burden of disease 2010 estimates. *PLoS Med.* 2013;10(7):e1001477. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001477>
23. Soares Filho AM, Teixeira RA, Dantas Junior AB, et al. Estimativas de mortalidade por causas externas no Brasil, 2010-2019: metodologia de redistribuição de causas garbage. *Cad Saúde Pública.* 2024;40(10):e00056424. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT056424>
24. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Braz J Psychiatry.* 2005;27(2):131-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200011>
25. Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, et al. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 – 2006. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):300-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000200012>
26. Palma DCA, Santos ES, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(4):e00092819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092819>
27. Oliveira Alves FJ, Fialho E, Paiva de Araújo JÁ, et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalizations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am.* 2024;5(31):100691. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691>
28. Cruz WGN, Jesuino TA, Moreno HF, et al. Analysis of the impact of the Brazilian Suicide Prevention Campaign “Yellow September”: an ecological study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2024;46:e20220564. DOI: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0564>
29. McDonald K, Machado DB, Castro-de-Araujo LFS, et al. Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(10):1779-90. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02060-6>
30. Abuabara A, Abuabara A, Tonchuk CAL. Comparative analysis of death by suicide in Brazil and in the United States: descriptive, cross-sectional time series study. *Sao Paulo Med J.* 2017;135(2):150-156. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0207091216>
31. Duarte SKM, Hillesheim D, Hallal ALLC. Temporal trend of mortality by suicide among adults in Brazil: 2000 to 2015. *Trends Psychiatry Psychother.* 2021;43(1):65-71. DOI: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0009>
32. Figueiredo DCMM, Sánchez-Villegas P, Figueiredo AM, et al. Effects of the economic recession on suicide mortality in Brazil: interrupted time series analysis. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210778. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0778>
33. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
34. Martini M, Fonseca RC, Sousa MH, et al. Age and sex trends for suicide in Brazil between 2000 and 2016. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54(7):857-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01689-8>
35. Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro ÍJS, et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(4):203-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>
36. Ribeiro JM, Moreira MR. An approach to suicide among adolescents and youth in Brazil *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(9):2821-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>
37. Mejía JFR, Pivatto VM. Suicide mortality in Brazil: temporal analysis (2010-2021) and comparison with the first two years of the COVID-19 pandemic. *Rev Ciênc Saude.* 2023;13(3):31-9. DOI: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i3.1426>
38. Kølves K, Leo D. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: Analysis of Age Group 15-19 Ye-

- ars Worldwide. *J Adolesc Health*. 2016;58(1):69-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014>
39. O’Gorman A, Govenden S, Matthewson F. Drug-related deaths among young people in a Scottish Region: A socio-ecological autopsy approach to understanding the context of drug deaths. *Nordisk Alkohol Nark*. 2025;42(5-6):499-513. DOI: <https://doi.org/10.1177/14550725251370436>
40. McLean K. “There’s nothing here”: Deindustrialization as risk environment for overdose. *Int J Drug Policy*. 2016;29:19-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.009>
41. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112(49):15078-83. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1518393112>
42. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):389-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
43. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000345>
44. Fernandes FY, Freitas BHBM, Marcon SR, et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020117. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025>
45. Corassa RB, Souto RMCV, Viana MC, et al. Adolescent suicide trends in Brazil (2000-2022): An ecological analysis by sex, age, and suicide methods. *PLoS One*. 2025;20(7):e0309505. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309505>
46. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Suicide among the young population and the urgency of public health policies. *Lancet Reg Health Am*. 2024;1(1):100793. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100793>
47. Guimarães RM. Suicide as a response for economic crisis: a call for action in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 2024;70(4):830-1. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640231210116>
48. Reis A, Sperandei S, Carvalho PGC, et al. A cross-sectional study of mental health and suicidality among trans women in São Paulo, Brazil. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):557. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03557-9>
49. Palma DCA, Oliveira BFA, Ignotti E. Suicide rates between men and women in Brazil, 2000-2017. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00281020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00281020>
50. Oliveira BCS, Flores REL, Andrade ACS, et al. Tendência da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por suicídio de Adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2024;58(30):1-11. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005564>
51. Bertuccio P, Amerio A, Grande E, et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *EclinicalMedicine*. 2024;70:102506. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>
52. Hawton K, Saunders KEA, O’Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

---

Recebido em 09/04/2025

Aprovado em 07/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Thereza de Lamare Franco Netto, Pesquisadora autônoma - Belo Horizonte (MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0290655154042652>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6186-8311>, e-mail: [therezalfnetto@gmail.com](mailto:therezalfnetto@gmail.com)



## Violência sexual, gravidez e aborto na adolescência: realidade da sociedade brasileira

*Sexual violence, pregnancy and abortion during adolescence: Reality of Brazilian society*

Júlia Pícolo Rodrigues<sup>1</sup>, Carízia Cruz Landim<sup>1</sup>, Diana Maria Alexandrino Pinheiro<sup>1</sup>, Maria Augusta Vasconcelos Palácio<sup>1</sup>, Matheus Rodrigues Lopes<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110364P

**RESUMO** A gravidez na adolescência está relacionada com sexarca precoce, condições socioeconômicas baixas e violência sexual. Em 2023, 32,5% das vítimas de estupro tinham entre 10 e 13 anos, enquanto a faixa etária de 14 a 19 anos correspondeu a 18,9% do total de vítimas. Assim, objetivou-se sistematizar o conhecimento sobre os fatores envolvidos na violência sexual, gravidez e aborto na adolescência na realidade brasileira. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais. Constatou-se que, em 2023, 11,9% dos nascidos vivos no Brasil tiveram mães entre 10 e 19 anos que viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis. Complicações associadas à gestação e ao parto foram consideradas a segunda causa de morte entre adolescentes. No Brasil, de 2020 a 2023, em 44,2% dos estupros registrados, a vítima tinha entre 10 e 19 anos, e foi evidenciado que até 15% das adolescentes engravidam após violência sexual. Há associação entre a gravidez na adolescência e desfechos materno-neonatais adversos, como distúrbios hipertensivos da gestação e baixo peso ao nascer. A gravidez na adolescência é um problema preponderante no Brasil, especialmente entre adolescentes pretas e indígenas e de menor poder aquisitivo.

**PALAVRAS-CHAVE** Gravidez na adolescência. Delitos sexuais. Aborto. Estupro. Epidemiologia.

**ABSTRACT** Teenage pregnancy is linked to early sexual debut, low socioeconomic conditions, and sexual violence. In 2023, 32.5% of rape victims were between 10 and 13 years old, while the 14-19 age group accounted for 18.9% of the total victims. Therefore, this study aimed to systematize knowledge about the factors involved in sexual violence, pregnancy, and abortion in adolescence within the Brazilian context. This is an integrative literature review, conducted through a bibliographic survey of national and international databases. It was found that 11.9% of live births in Brazil in 2023 were to mothers between 10 and 19 years old, living in unfavorable socioeconomic conditions. Complications associated with pregnancy and childbirth were considered the second leading cause of death among adolescents. In Brazil, from 2020 to 2023, in 44.2% of registered rapes, the victim was between 10 and 19 years old, and it was shown that up to 15% of adolescents become pregnant after sexual violence. There is an association between teenage pregnancy and adverse maternal and neonatal outcomes, such as hypertensive disorders of pregnancy and low birth weight. Teenage pregnancy is a prevalent problem in Brazil, especially among Black and Indigenous adolescents and those from lower socioeconomic backgrounds.

**KEYWORDS** Pregnancy in adolescence. Sex offenses. Abortion. Rape. Epidemiology.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), Campus Paulo Afonso - Paulo Afonso (BA), Brasil.  
matheuslopesbio@gmail.com



## Introdução

Apesar de divergências quanto à definição, a adolescência compreende o período da vida que vai dos 10 aos 19 anos e contempla a faixa etária caracterizada por indivíduos que estão descobrindo a própria autonomia e amadurecendo, física e emocionalmente, a partir de diferentes experiências culturais e sociais<sup>1,2</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto da Juventude, a partir do estabelecimento de deveres e direitos dos adolescentes, reconhecem esses indivíduos como sujeitos ativos, importantes socialmente e determinam que todos os adolescentes têm direito à qualidade de vida e à assistência de saúde universal e integral, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3,4</sup>. Entre os direitos de saúde a serem garantidos, estão os sexuais e reprodutivos, que sustentam a compreensão de que qualquer indivíduo deve ter autonomia para decidir como vivenciar sua sexualidade independentemente de fatores socioculturais. Um dos objetivos é assegurar que a sexualidade, o sexo e a decisão de ter (ou não) filhos sejam experiências positivas, consensuais e saudáveis<sup>1,5</sup>.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimaram que, na América Latina e no Caribe, 2% das mulheres iniciam a vida reprodutiva antes dos 15 anos, sendo ainda as únicas regiões do mundo com tendência crescente de gestações nessa faixa etária. No caso de adolescentes entre 15 e 19 anos, essa região apresentou a segunda maior taxa global de fertilidade, com pouca tendência de declínio<sup>6</sup>. A sexarca precoce (antes dos 15 anos) está relacionada com maiores taxas de gravidezes não planejadas, maior exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e prejuízos psicológicos e emocionais<sup>7</sup>.

Gravidez na adolescência também foi associada a condições socioeconômicas e escolaridade mais baixas. Adolescentes quilombolas, ribeirinhas e indígenas, por exemplo, têm chance até quatro vezes maior de engravidar antes dos 20 anos quando comparadas a

adolescentes da mesma idade moradoras de centros urbanos com acesso a condições mais estáveis de educação e moradia<sup>6,8</sup>.

As altas taxas de violência sexual nessa faixa etária também contribuem para os índices de gravidez na adolescência. Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024, 32,5% das vítimas de estupro tinham entre 10 e 13 anos, enquanto a faixa etária de 14 a 19 anos correspondeu a 18,9% do total de vítimas. As consequências mais prevalentes relativas ao estupro foram transtornos psiquiátricos e do comportamento, como o estresse pós-traumático e a gravidez indesejada<sup>9-12</sup>.

Estima-se que a probabilidade de a vítima engravidar em caso de estupro com penetração vaginal varia de 0,5% a 5%. Nesses casos, destaca-se a possibilidade de abortamento legal, se precedido de consentimento da gestante ou de um representante legal, como previsto no Código Penal Brasileiro<sup>9</sup>.

Assim, objetivou-se sistematizar o conhecimento sobre os fatores envolvidos na violência sexual, na gravidez e no aborto na adolescência na realidade brasileira.

## Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma). O levantamento bibliográfico foi realizado até dezembro de 2024, utilizando as bases de dados Medline® via PubMed®, Google Scholar e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

## Critérios de elegibilidade

Foram utilizados, como critérios de elegibilidade, o tipo de estudo (artigos originais, revisões sistemáticas e metanálises), o idioma de publicação (artigos em língua inglesa e portuguesa) e o período de publicação (entre 2019 e 2024).

Foram incluídos apenas artigos de livre acesso, disponíveis na íntegra, que respondiam

à seguinte questão: quais fatores estão envolvidos na violência sexual, na gravidez e no aborto na adolescência no contexto brasileiro?

### Crítérios de exclusão

Foram excluídos artigos duplicados, com população-alvo não brasileira e em que não se observasse clareza na associação com o contexto da violência sexual, da gravidez e do aborto na adolescência.

### Estratégia de busca e seleção dos estudos

A estratégia de busca compreendeu a pesquisa de descritores em língua inglesa, que constam na Medical Subject Heading Terms (MeSH) da US National Library of Medicine (NLM), “*teenage pregnancy*”, “*sexual abuse*”, “*abortion*”, “*Brazil*”, “*epidemiology*”, “*outcomes*” e suas respectivas traduções. Tais descritores foram selecionados por meio de operadores booleanos (AND ou OR).

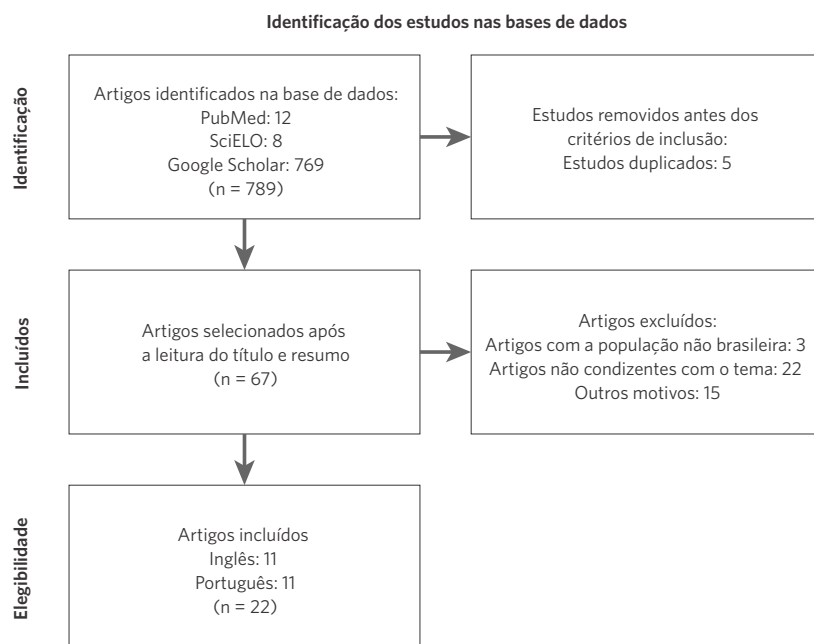
Os títulos e resumos identificados na estratégia de busca foram analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Na etapa posterior, realizou-se a leitura completa dos artigos selecionados para confirmação dos critérios de elegibilidade.

### Extração e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva. Os dados foram extraídos de questões-chave padronizadas, organizadas em diferentes tópicos relativos à violência sexual, à gravidez e ao aborto na adolescência. As outras questões-chave foram o tipo e o período do estudo, o idioma e os principais resultados e conclusões observados.

Foram identificados 789 estudos utilizando os termos nas bases de dados. Após essa análise, com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 22 artigos, dos quais 11 em inglês e 11 em português (figura 1).

Figura 1. Fluxograma da pesquisa de artigos para revisão



Fonte: elaboração própria, 2024.

## Resultados

principais conclusões evidenciadas estão descritas no *quadro 1*.

Dos 22 artigos selecionados, 19 eram artigos originais e 3, de revisão sistemática. As

Quadro 1. Características descritivas dos artigos incluídos na revisão

Estudos	Tipo de estudo	Objetivos	Conclusões
Arruda et al., 2020 <sup>8(733)</sup>	Artigo original	Determinar a idade média na sexarca, número de parceiros e frequência de uso de métodos contraceptivos em adolescentes numa escola em Ribeirão Preto/SP	A sexarca em homens variou entre 7 e 18 anos e a das mulheres, entre 7 e 19. Verificou-se que 66,9% dos adolescentes relataram vida sexual ativa e 36,7% utilizaram métodos contraceptivos na maioria das vezes.
Cardoso et al., 2020 <sup>13(4)</sup>	Artigo original	Descrever o cenário em relação aos índices de aborto no Brasil	Mulheres com maior risco de morrer por aborto foram as pretas/indígenas, de baixa renda, com menos de 14 ou mais de 40 anos, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e vivendo sem união conjugal.
Diniz et al., 2020 <sup>14(1602)</sup>	Artigo original	Avaliar dados epidemiológicos em relação ao aborto no Brasil	A PNA 2021 constatou que 52% tinham 19 anos ou menos quando realizaram o primeiro aborto. Taxas mais altas foram detectadas entre as entrevistadas com menor escolaridade, negras e indígenas e residentes em regiões mais pobres.
Fonseca et al., 2020 <sup>15(4)</sup>	Revisão sistemática	Atualizar o conhecimento sobre o aborto legal, quanto ao perfil dos serviços, das mulheres atendidas, conhecimento de estudantes e médicos, situação de anencefalia e malformações graves	Seis estudos sobre as mulheres atendidas identificaram que são jovens, solteiras, e que a principal demanda foi a gravidez decorrente de estupro. A demora em procurar atendimento ocorreu dentre as mais jovens, solteiras e quando o agressor era alguém próximo.
Veiga Junior et al., 2024 <sup>16(5)</sup>	Artigo original	Descrever a gravidade das complicações relacionadas ao aborto, os fatores associados, o tipo e qualidade do cuidado no Brasil	A maioria das mulheres (82,5%) apresentou complicações moderadas, enquanto 94,2% precisaram de esvaziamento uterino. Complicações mais severas foram relacionadas à idade gestacional > 13 semanas e atendimento no Maranhão e em Rondônia.
Lopes et al., 2020 <sup>17(2)</sup>	Artigo original	Analisar as tendências e fatores associados à gravidez na adolescência em uma região do Paraná	Não ter um parceiro, menos de 8 anos de escolaridade, idade gestacional menor que 37 semanas, parto cesáreo e Apgar menor que 7 no primeiro minuto de vida foram associados à gravidez na adolescência.
Nunes, Madeiro e Diniz, 2022 <sup>18(1135)</sup>	Artigo original	Analisar as mortes maternas de adolescentes no Piauí e descrever as histórias daquelas que morreram por aborto induzido entre 2008 e 2013	Houve demora no diagnóstico e no tratamento adequado das complicações do aborto, o que pode ter contribuído para a morte das adolescentes. As histórias das jovens que morreram por complicações do aborto evidenciaram a necessidade de assistência em saúde rápida e acessível, além de leis e políticas públicas que protejam as mulheres que decidem interromper a gravidez.

Quadro 1. Características descritivas dos artigos incluídos na revisão

Estudos	Tipo de estudo	Objetivos	Conclusões
Montanher et al., 2024 <sup>19(10)</sup>	Artigo original	Analisar a criminalização do aborto e suas consequências para as mulheres brasileiras	O Projeto de Lei nº 1.904/2024 não atende às necessidades das mulheres brasileiras sobre o tema, não impede o número exorbitante de procedimentos abortivos e não garante os direitos fundamentais das mulheres no país.
Monteiro et al., 2020 <sup>20(760)</sup>	Artigo original	Avaliar a frequência da gravidez na adolescência em todas as regiões do Brasil entre 2000 e 2019 e correlacionar com o IDH	O número de nascidos vivos de mães adolescentes foi inversamente proporcional ao IDH da região. Apesar de haver declínio na taxa de fertilidade, o número de gravidezes na adolescência ainda é alto no país, com grande diferença regional.
Pacó e Rabelo, 2022 <sup>21(3)</sup>	Artigo original	Descrever o perfil epidemiológico das adolescentes grávidas no Nordeste brasileiro entre 2015 e 2019	A maioria das gestantes tinha entre 15 e 9 anos, com 8 a 11 anos de estudo, estado civil solteira e autodeclaradas pardas. O pré-natal foi composto por 7 ou mais consultas, a via de parto vaginal, com nascimentos prematuras e a termo.
Taquette et al., 2021 <sup>22(1)</sup>	Artigo original	Comparar dados oficiais notificados de violência sexual contra meninas de 10 a 13 anos com dados sobre gravidez nessa mesma faixa etária entre 2012 e 2018	A falta de registro adequado do estupro de vulnerável nas estatísticas oficiais no Brasil levou à subestimativa de sua magnitude.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados dos autores<sup>8,13-22</sup>.

## Discussão

### Panorama geral

Segundo dados de 2023, entre os nascidos vivos no Brasil, 0,5% foram de mães entre 10 e 14 anos e 11,4% de mães entre 15 e 19 anos. Esses dados representaram queda em relação aos anos anteriores; no entanto, o Brasil ainda segue como um dos países latino-americanos com a maior taxa de natalidade na adolescência<sup>12</sup>.

A região Norte registrou a maior proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (19,4%), seguida pela região Nordeste (14,4%)<sup>12</sup>. Complicações associadas à gestação e ao parto foram consideradas a segunda causa de morte entre adolescentes, principalmente entre mães com menos de 15 anos e entre mães pretas e pardas<sup>23</sup>. Um dos motivos para esse desfecho foi a associação da gravidez

na adolescência com desfechos obstétricos desfavoráveis e complicações gestacionais, como distúrbios hipertensivos da gestação e hemorragias pós-parto<sup>17,24,25</sup>.

### Contexto social

Os fatores que levam à gravidez na adolescência são muitos, influenciados por componentes intrínsecos e extrínsecos à mãe e ao genitor. As taxas de gravidez na adolescência podem ser explicadas por diferenças socioeconômicas e culturais, pela prevalência de situações de violência e por decisões ou descuidos pontuais e pessoais. Nesse sentido, estima-se que cerca de 66% das gravidezes na adolescência sejam indesejadas<sup>26</sup>.

Adolescentes pretas, pardas e indígenas apresentaram maiores índices de gravidez na adolescência e menor velocidade de queda da taxa de natalidade na faixa etária quando

comparadas às adolescentes brancas e asiáticas. Tal dado justifica as altas taxas de gravidez na adolescência nas regiões Norte e Nordeste, ambas constituídas, em sua maioria, por populações não brancas<sup>20,27</sup>.

Aproximadamente 60% das mães adolescentes no Brasil possuíam entre 8 e 11 anos de estudo formal quando tiveram seus filhos – ou seja, ensino médio incompleto –, enquanto cerca de 36% das evasões de meninas foram atribuídas à gravidez. A evasão foi relacionada à reincidência da gravidez e à maior dificuldade de acesso ao ensino superior. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), quase 50% das mães entre 10 e 19 anos passam a dedicar-se exclusivamente às tarefas domésticas. Além disso, as taxas de gravidez na adolescência parecem ser inversamente proporcionais ao nível de escolaridade da mãe<sup>21,28-30</sup>.

Adolescentes que vivenciam condições socioeconômicas desfavoráveis têm cinco vezes mais chances de engravidar do que adolescentes economicamente privilegiadas<sup>28,29</sup>. Parte dessa estatística pode ser atribuída a pouco ou nenhum acesso a informações relacionadas ao exercício saudável da própria sexualidade e a métodos contraceptivos, ou ao próprio método em si. Ademais, cerca de 70% das adolescentes não estavam em relacionamento estável ao engravidar; apesar disso, o Brasil ainda ocupa o quarto lugar no mundo em número absoluto de meninas casadas antes dos 15 e dos 18 anos de idade<sup>27,28,31</sup>.

## Violência sexual

A violência sexual também é um fator etiológico relevante para as altas taxas de gravidez na adolescência no Brasil. Apenas cerca de 8,5% do total de estupros no País foi notificado, e 4,2% foram identificados pelo sistema de saúde<sup>31</sup>. De 2020 a 2023, em 44,2% dos estupros registrados, a vítima tinha entre 10 e 19 anos, e 90% das vítimas eram do sexo feminino<sup>12</sup>.

Ademais, o maior número de notificações de estupros envolveu crianças e adolescentes,

com a maioria das vítimas tendo menos de oito anos de estudo formal<sup>24,32,33</sup>. Dados sugerem maior prevalência de vítimas engravidarem em casos de estupro com penetração vaginal, em crianças e adolescentes, com descrições de 10,6% e 15% respectivamente<sup>34</sup>.

Entre os abortamentos legais realizados entre 1994 e 2015, adolescentes corresponderam a mais de um terço do total de pacientes submetidas ao procedimento, e cerca de 86% dos procedimentos realizados estavam relacionados com a gravidez em contexto de violência sexual<sup>15</sup>.

Para além dos abortamentos legais, infere-se que cerca de 45% dos abortamentos ocorridos no mundo entre 2010 e 2014 foram considerados inseguros, isto é, quando o procedimento é realizado por pessoas sem a capacitação necessária e/ou em condições técnicas e materiais inadequadas. Desses, aproximadamente 97% ocorreram na África, na Ásia e na América Latina. Devido ao risco de complicações durante ou após o procedimento, como perfurações, infecções e hemorragias, o abortamento ainda é uma causa importante de mortalidade materna nesses países<sup>13</sup>.

As estimativas disponíveis sobre a taxa de mortalidade por abortamento indicam que as mulheres com maior risco de morte são pretas e indígenas, de baixa escolaridade, que vivem sem parceiro e que têm menos de 14 ou mais de 40 anos, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste<sup>13,18</sup>.

Apesar de não haver bases de dados oficiais sobre aborto no Brasil, a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2021 constatou que cerca de 52% das entrevistadas eram adolescentes quando realizaram o primeiro aborto, com idade média de 17 anos. Entre as mulheres que já haviam tido pelo menos um aborto, cerca de 21% tinham tido dois ou mais, com maior prevalência entre mulheres negras de baixa escolaridade. Segundo a pesquisa, uma em cada sete mulheres interrompeu uma gestação antes dos 40 anos<sup>14</sup>. Em 2019, a PNA foi conduzida somente na região Nordeste, a fim de avaliar os efeitos das campanhas antinatalidade durante

a epidemia do vírus Zika, e evidenciou que cerca de 12% das entrevistadas relataram já ter realizado pelo menos um aborto provocado<sup>35</sup>.

Mesmo com o abortamento sendo tão prevalente na sociedade brasileira e diversas evidências potencialmente fatais a gestante em relação ao abortamento inseguro<sup>14,18</sup>, foi apresentado na Câmara dos Deputados, em 2024, o Projeto de Lei nº 1.904, o qual equipara o abortamento após as 22 semanas de gestação ao crime de homicídio simples, mesmo em caso de violência sexual, fazendo com que a pena de uma mulher vítima de estupro que realizasse o procedimento nessas condições tivesse pena maior que a de seu abusador<sup>19</sup>.

Independentemente da aprovação no Legislativo, que ainda não ocorreu, o projeto se contrapõe aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher brasileira, principalmente aos das adolescentes, pretas ou indígenas, de baixa renda e pouca escolaridade<sup>14</sup>. Os dados atuais de violência contra a mulher indicam que é necessário maior discussão sobre o acesso ao abortamento seguro<sup>18</sup>, para além dos casos previstos em lei atualmente, uma vez que as mulheres tendem a continuar realizando o procedimento<sup>36,37</sup>.

O abortamento inseguro é a quinta principal causa de morte materna no Brasil e é responsável por 4,7% a 13,2% de todas as mortes maternas no mundo<sup>16,38</sup>. A OMS estima que 55% das gravidezes de mães entre 15 e 19 anos terminam em abortamento, sendo que a maioria deles é considerada como inseguro<sup>23</sup>. É descrito que, quanto menor a idade da mãe no momento do procedimento, maior o risco de complicações, principalmente em razão dos métodos utilizados, como chás e a introdução de objetos, ao contrário de mulheres mais velhas, que recorrem mais ao comprimido vaginal<sup>39</sup>. Em consequência, as adolescentes recorrem mais aos serviços hospitalares para a finalização do aborto, gerando maiores custos ao sistema de saúde e tornando-as mais vulneráveis às consequências adversas desses procedimentos<sup>39,40</sup>.

## Conclusões

Constatou-se que adolescentes pretas e indígenas, principalmente as de menor poder econômico, apresentam maior taxa de gravidez após violência sexual e são mais vulneráveis às consequências adversas de uma gestação nesse período. Ademais, essas adolescentes vivenciam uma realidade preocupante, à mercê de determinadas políticas que ameaçam seu direito de escolha e que não oferecem meios para evitar ou prevenir a reincidência da situação.

Com base nos estudos avaliados, fica evidente a necessidade de políticas públicas efetivas e de maior popularização da discussão sobre a gravidez na adolescência no Brasil, dada a sua abrangência para além da saúde física, bem como social, cultural e econômica. Por fim, infere-se que é necessário ampliar a discussão sobre o abortamento seguro, uma vez que os dados evidenciam que as mulheres tendem a continuar realizando o procedimento, e é fundamental que lhes sejam assegurados segurança, respeito e garantia à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

## Contribuições de autoria

Rodrigues JP (0009-0002-7165-3351)\* e Lopes MR (0000-0002-3719-4131)\* contribuíram para concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados, e para redação e aprovação da versão final do manuscrito. Landim CC (0009-0005-3409-9525)\* contribuiu para obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Pinheiro DMA (0000-0002-9527-5060)\* contribuiu para redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Palácio MAV (0000-0002-2780-125X)\* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 ago 6 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm)
2. Best O, Ban S. Adolescence: physical changes and neurological development. *Br J Nurs*. 2021;30(5):272-5. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.5.272>
3. 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 mar 22]; Edição 135; Seção I:13563. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)
5. Rocha KB, Gomes GA, Hamann C, et al. Sexualidade e direitos humanos: a SATZ-BR como estratégia interventiva em contexto escolar. *Saúde Debate*. 2025;49(144):e9063. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449063P>
6. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Estratégia e plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem: relatório final [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2019 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51633/CD57-INF-8-eng.pdf>
7. Alberti S, Silva HF. Sexuality and questions of gender in adolescence: contributions of psychoanalysis. *Psicol Teor Pesq*. 2019;35:e35434. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35434>
8. Arruda EPT, Brito LGO, Prandini TR, et al. Sexual practices during adolescence. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(11):731-8. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713411>
9. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: FBSP; 2022 [acesso em 2025 mar 22]. 16 p. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/58>
10. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: FBSP; 2024 [acesso em 2025 mar 22]. 18 p. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>
11. Spencer CN, Khalil M, Herbert M, et al. Health effects associated with exposure to intimate partner violence against women and childhood sexual abuse: a burden of proof study. *Nat Med*. 2023;29(12):3243-58. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02629-5>
12. TabNet [Internet]. Brasília, DF: DataSUS; 2024 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
13. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00188718. DOI: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
14. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(6):1601-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>
15. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal MC, et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00189718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>

16. Veiga Junior NN, Baccaro LFC, MBCG. Abortion-related complications in Brazil: results from the World Health Organization Multi-country Survey on Abortion (MCS-A). *Cad Saúde Pública*. 2024;40(10):e00010624. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN010624>
17. Lopes MCL, Oliveira RR, Silva MAP, et al. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03639. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019020403639>
18. Nunes MDS, Madeiro A, Diniz D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde Debate*. 2022;43(123):1132-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>
19. Montanher GO, Ronchi N, Mata LC, et al. A intersecção entre direitos das mulheres e a criminalização do aborto: breve análise do Projeto de Lei nº 1.904/2024. *Obs Econ Latinoam*. 2024;22(8). DOI: <https://doi.org/10.55905/oelv22n8-151>
20. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000–2019). *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(5):759-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210265>
21. Pacó BR, Rabelo AFA. Epidemiological profile of teenage pregnancy in northeastern Brazil: an ecological study. *Res Soc Dev*. 2022;11(7):e51411730188. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30188>
22. Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, et al. The invisible magnitude of the rape of girls in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003439>
23. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en>
24. Theme Filha MM, Baldisserotto ML, Leite TH, et al. Nascer no Brasil II: protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(4):e00249622. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT249622>
25. Secretaria da Saúde do Estado (BA). Boletim Epidemiológico: Vigilância Epidemiológica do Óbito (VEO) [Internet]. Salvador; Sesab; 2022 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/BOLETIM\\_VEO\\_No01\\_2022-1.pdf](https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/BOLETIM_VEO_No01_2022-1.pdf)
26. Santos BR, Magalhães DR, Mora GG, et al. Gravidez na adolescência no Brasil – vozes de meninas e de especialistas [Internet]. Brasília, DF: Indica; 2017 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf)
27. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Fundo de População das Nações Unidas. Sem deixar ninguém para trás – gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência [Internet]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2023 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilha-unfpa-digital.pdf>
28. Organização Pan-Americana da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a População; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean: report of a technical consultation [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2016 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Accelerating%20progress%20toward%20the%20reduction%20of%20adolescent%20pregnancy%20in%20LAC%20-%20FINAL.pdf>
29. Fundo das Nações Unidas para a População. Relatório Situação da População Mundial 2020: contra minha vontade – desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas e impedem a igualdade [Internet]. Brasília, DF: UNFPA; 2020 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_2020-unfpa.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf)
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde

- bucal [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
31. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00029420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420>
  32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2023 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD\\_2880\\_web.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD_2880_web.pdf)
  33. Silva GB, Nóbrega MWFS, Mangueira FFA, et al. The epidemiological profile of sexual violence notifications in the capitals of the Northeast of Brazil: an ecologic time series. *Int J Innov Educ Res*. 2020;8:440-50. DOI: <https://doi.org/10.31686/ijier.vol8.iss11.2767>
  34. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2014 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/75/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-dasaude>
  35. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Abortion after the Zika virus epidemic in Northeast Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:6. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003053>
  36. Neves LS. 24 segundos no Brasil: o Projeto de Lei nº 1904/2024. *Rev Int Vitimol Just Restor*. 2024;2(2):394-417. DOI: <https://doi.org/10.58725/rivjr.v2i2.99>
  37. Lopes SDN, Oliveira MHB. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. *Saúde e Debate*. 2019;43(Supl 4):20-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S403>
  38. Organização Mundial da Saúde. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Internet]. Genebra: OMS; 2022 [acesso em 2025 mar 22]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf>
  39. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 [acesso em 2025 mar 22];53(47):1-51. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view>
  40. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1671-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>

---

Recebido em 22/03/2025

Aprovado em 09/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

**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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

## 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 Carvalho<sup>1</sup>, Isabelle Caixeta Nunes<sup>1</sup>, Marcele Maria de Castro Apratto Tenório<sup>2</sup>, Laís Vignati Ferreira<sup>3</sup>, Thereza de Lamare Franco Netto<sup>4</sup>

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.

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. [mariliabacarvalho@gmail.com](mailto:mariliabacarvalho@gmail.com)

<sup>2</sup>Pesquisadora autônoma – Maceió (AL), Brasil.

<sup>3</sup>Pesquisadora autônoma – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Pesquisadora 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 reprodutiva<sup>1</sup>. Contudo, são sujeitos de direitos, atravessados por desigualdades de classe, raça, gênero e território<sup>2-4</sup>, 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 externas<sup>5</sup> 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 SUS<sup>1</sup>.

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 brasileiros<sup>6</sup>, e tendo como referência os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente os da prioridade absoluta, participação e direito à informação<sup>7</sup>, 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 hegemônicas<sup>8-10</sup>. 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 saúde<sup>11</sup> –, 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<sup>9,12,13</sup>. 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 Saúde<sup>14</sup>, 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 miniaplicativo, 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 miniaplicativo 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 miniaplicativo do Meu SUS Digital. Foram utilizadas metodologias participativas<sup>15</sup>, como dinâmicas com grupos focais – ‘momentos de vida’, ‘construção de personas’ e ‘jornada da/o usuária/o’ –, testes de usabilidade e *Design Sprint*<sup>16</sup>, 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 conhecimento<sup>17</sup>.

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.

#### **Etapa 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 conceituação 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 sujeitos<sup>18</sup> – 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 afetivas<sup>19</sup>. 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 mental<sup>20</sup>.

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 danos<sup>21</sup> 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 epistêmica<sup>22</sup>. 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 especialista<sup>23</sup>. 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 dados<sup>24</sup>. 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 internacionais<sup>25</sup>, 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 pública<sup>22</sup>.

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 Vianna<sup>26</sup>, 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](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](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](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://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsm.sau.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://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefis/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. *Gerai, 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

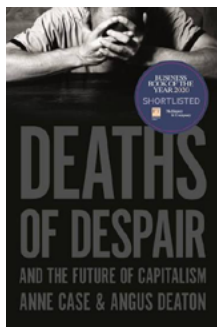
Conflito de interesses: inexistente

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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)





## Anne Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. New Jersey: Princeton University Press, 2020

Nilson do Rosário Costa<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110664P

**RESUMO** A resenha apresenta o livro ‘Death of despair and the future of capitalism’, de Anne Case e Angus Deaton. A expressão ‘morte por desespero’ refere-se ao conjunto de mortes atribuídas pelos autores ao consumo de álcool e drogas, uso de medicamentos e suicídio. A publicação apresenta como singularidade a filiação à escola de Emile Durkheim ao defender que a morte por desespero é determinada pela natureza das conexões dos indivíduos com as instituições sociais, como a cultura religiosa e a estrutura econômica. A relevância da abordagem tem motivado a replicação do modelo investigativo em diferentes contextos com o objetivo de testar a hipótese do excepcionalismo americano em relação à epidemia de mortes por desespero.

**PALAVRAS-CHAVE** Morte por desespero. Suicídio. Álcool. Uso de medicamento. Mortalidade.

**ABSTRACT** This review presents the book ‘Deaths of Despair and the Future of Capitalism’ by Anne Case and Angus Deaton. The expression ‘death of despair’ refers to the set of deaths attributed by the authors to alcohol and drug consumption, medication use and suicide. The publication is unique in its affiliation with the school of Emile Durkheim in arguing that death of despair is determined by the nature of individual connections with social institutions, such as religious culture and economic structure. The relevance of the approach has motivated the replication of the investigative model in different contexts to test the hypothesis of American exceptionalism vis-à-vis the epidemic of deaths of despair.

**KEYWORDS** Death of despair. Suicide. Alcohol. Drug utilization. Mortality.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nilsondorosario@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Introdução

A expressão ‘morte por desespero’ refere-se ao conjunto de mortes atribuídas ao consumo de álcool e drogas, uso de medicamentos e suicídio. O tema ganhou evidência em 2020 a partir do livro ‘Death of despair and the future of capitalism’<sup>1</sup>, de Anne Case e Angus Deaton, sobre as mortes por desespero nos Estados Unidos da América (EUA). A publicação apresenta como singularidade a filiação à escola de Emile Durkheim<sup>2</sup> ao defender que a morte por desespero é determinada pela natureza das conexões dos indivíduos com as instituições sociais, como a cultura religiosa e a estrutura econômica.

A reflexão de Durkheim já havia sido atualizada nas ciências sociais por investigações sobre a influência da condição econômica, da anomia e da mortificação social sobre as condições de saúde<sup>3-6</sup>. Os economistas Anne Case e Angus Deaton resgatam a perspectiva durkheimiana ao explicar o crescimento da mortalidade nos EUA nas últimas três décadas decorrente de suicídio, uso de álcool e crack e consumo de opiodes entre pessoas categorizadas como ‘brancos não hispânicos’ de baixa escolaridade ou sem graduação universitária na faixa de 45 a 54 anos.

Ainda assim, o livro se distancia ligeiramente das abordagens originais da ciência social, inspiradas em Durkheim, que focalizam as instituições apenas pela perspectiva das normas sociais. De fato, para a abordagem normativa, as pessoas com contatos mais frequentes com familiares, amigos e vizinhos e envolvidas com igrejas, ações cívicas e clubes seriam menos propensas à morte por desespero do que as que vivem isoladas<sup>6</sup>.

Case e Deaton pontuam que o colapso das normas sociais e, especialmente, o afastamento da religião e a cultura libertária afetaram a capacidade dos estadunidenses de encontrar ‘significado e conforto’ em um mundo em transformação. Contudo, optam por demonstrar o papel crucial das ‘forças econômicas’ que tornaram a vida da classe trabalhadora branca

não hispânica insuportável a partir da década de 1990, causando a ‘epidemia de mortes por desespero’ no país. Os trabalhadores negros teriam sofrido o mesmo impacto das mudanças macroeconômicas, só que nas duas décadas anteriores. Para os autores, os argumentos sobre normas sociais estão corretos, mas a história que descrevem é sobre a corrosão dos alicerces do mundo do trabalho americano do pós-Segunda Guerra Mundial.

Nessa perspectiva, o declínio prolongado dos salários foi uma das forças fundamentais que atingiu os americanos menos escolarizados. Essa queda veio acompanhada da deterioração da qualidade do emprego, com baixa remuneração e supressão das ‘carreiras’ nas grandes empresas devido à terceirização massiva. A degradação do trabalho define, para os autores, a ideia de excepcionalismo do desenvolvimento capitalista nos EUA no cenário contemporâneo da globalização e de mudança de paradigma tecnológico.

Alertam, entretanto, que a inserção do capitalismo americano na economia globalizada não teve apenas perdedores. Com isso, desafia a falsa ideia, promovida pela extrema-direita – e que ajudou a eleger Donald Trump em duas eleições –, de que a globalização foi a única vilã do declínio do trabalho por reduzir o valor da mão de obra, substituindo-a pela de imigrantes. Para eles, países de alta renda na Europa enfrentaram a globalização sem promover estagnação salarial em longo prazo nem epidemia de mortes por desespero. Concluem que há algo de excepcional acontecendo nos EUA, particularmente tóxico para a classe trabalhadora.

Em ‘Death of despair and the future of capitalism’, o sistema de saúde americano é apresentado como uma calamidade em comparação com o da Europa desenvolvida. Também é demonstrado que a globalização nos EUA enfraqueceu os sindicatos e empoderou os monopólios e os monopsonios mais do que em outros lugares. É citado o crescimento fenomenal do poder de mercado de empresas de alta tecnologia, como Apple e Google, que

empregam pouco e obtêm elevadíssima lucratividade. Em resumo, para Case e Deaton, a concentração do capital no setor de alta tecnologia, inclusive o farmacêutico, tem permitido às empresas dominantes a formação de preços acima do esperado na condição de livre concorrência ou de regulação efetiva.

É importante destacar que, ao trazerem para a cena as mortes por desespero pelo consumo de álcool, Case e Deaton se distanciam das conclusões de Durkheim, que não identificou a associação entre alcoolismo e suicídio<sup>2</sup>. Da mesma maneira, ao contemplar o tema da drogadição, o livro amplia as fronteiras da compreensão sobre o mal-estar social nos tempos atuais. A hábil prospeção nas informações epidemiológicas oficiais americanas permitiu evidenciar os efeitos devastadores dos eventos de overdose causados pela prescrição médica de opioides para combate à dor e pela disseminação do consumo de fentanil. Os opioides foram as principais causas de morte por desespero a partir de 2010 nos EUA. Os autores mostram que, em 2017, os opioides tiveram 58 prescrições para cada 100 americanos, três vezes a taxa de 1999. O peso da prescrição de opioides na dinâmica da mortalidade é atribuído à falha generalizada do sistema de saúde americano na regulação da entrada de produtos de empresas farmacêuticas no mercado doméstico. Por essa leniência, a Food and Drug Administration (FDA) é avaliada pelos autores

com capturada pelo *lobby* empresarial e profissional. As empresas e a profissão médica também são diretamente responsabilizadas por mortes evitáveis. Os autores afirmam que o medicamento OxyContin, da Purdue Pharma, não deveria ser aprovado pela FDA porque causa dependência e morte.

A inquestionável relevância do tema para a saúde pública nacional e global tem motivado a replicação do modelo investigativo de Case e Deaton em diferentes contextos com o objetivo de testar a hipótese do excepcionalismo americano em relação à epidemia de mortes por desespero<sup>7,8</sup>. Do mesmo modo, a perspectiva metodológica arrojada defendida pelos autores tem sido objeto recorrente de interpelação, nem sempre amigável, especialmente por segmento do campo biomédico<sup>9</sup>. Os resultados desses estudos e embates teórico-metodológicos são instigantes e valem a visita de estudantes, pesquisadores e gestores do campo da saúde coletiva, por força dos grandes desafios contemporâneos<sup>10</sup>, assim como a leitura do extraordinário livro 'Death of despair and the future of capitalism'.

## Contribuição de autoria

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. New Jersey: Princeton University Press; 2020.
2. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: EDIPRO; 2014.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Tomasi L. Emile Durkheim's contribution to the sociological explanation of suicide. In: Pickering WSF, Walford G. Durkheim's suicide: A century of research and debate. London: Routledge; 2000. p. 11-21.
4. Horwitz AV. An overview of sociological perspectives on the definition, causes, and responses to mental health and illness. In: Scheid TL, Brown TN, editors. A handbook for the study of mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 6-19.
5. Wray M, Colen C, Pescosolido B. The sociology of suicide. *Annu Rev Sociology*. 2011;37(1):505-28. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>
6. Mueller AS, Abrutyn S, Pescosolido B, et al. The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Front Psychol*. 2021;12:621569. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
7. Beseran E, Pericàs JM, Cash-Gibson L, et al. Deaths of despair: A scoping review on the social determinants of drug overdose, alcohol-related liver disease and suicide. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12395. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijer-ph191912395>
8. Guimarães RM, Meira KC, Silva Vicente CT, et al. The effect of economic crisis and austerity measures on deaths of despair in Brazil: An interrupted time series analysis. *PLoS One*. 2024;19(12):e0314294. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314294>
9. Darke S, Farrell M, Hall W, et al. 'Deaths of despair': A term that needs to be retired. *Addiction*. 2025;120(6):1072-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.70030>
10. Costa NR, Cardoso GCP, Castro HA, et al. Public health, science and society: Challenges and perspectives. *Saúde Debate*. 2021;45(Esp 2):7-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E200>

---

Recebido em 22/05/2025

Aprovado em 24/09/2025

Conflito de interesses: inexistente  
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel, Paraná (PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362>, e-mail: [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com)

## Suicídio na adolescência: uma abordagem psicanalítica

*Suicide in adolescence: A psychoanalytic approach*

Christian Ingo Lenz Dunker<sup>1</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E111335P

**RESUMO** Entrevista aberta, seguindo roteiro orientado, realizada nos dias 18 e 20 de junho de 2024, com o professor Christian Ingo Lenz Dunker, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O objetivo desta entrevista foi discutir o suicídio em adolescentes no Brasil a partir de uma abordagem psicanalítica. Foram abordadas, sobretudo, questões relativas: i) à pressão social sobre os adolescentes; ii) às expectativas em relação ao desempenho e ao sucesso; iii) ao papel das políticas públicas; iv) às trajetórias de vida e possíveis ‘pistas’ sobre o suicídio; v) ao suicídio como uma solução para problemas; vi) à proximidade com a morte entre adolescentes que participam do tráfico de drogas; vii) à pseudofragilidade dos adolescentes contemporâneos; e viii) à necessidade de abordar mais e melhor o tema.

**PALAVRAS-CHAVE** Suicídio. Adolescente. Psicanálise.

**ABSTRACT** Open interview following a guided script, conducted on June 18 and 20, 2024, with Professor Christian Ingo Lenz Dunker from the Institute of Psychology at the University of São Paulo. The interview aimed to discuss suicide among adolescents in Brazil from a psychoanalytic perspective. The discussion focused primarily on issues related to: i) social pressure on adolescents; ii) expectations regarding performance and success; iii) the role of public policies; iv) life trajectories and possible ‘clues’ about suicide; v) suicide as a solution to problems; vi) proximity to death among adolescents involved in drug trafficking; vii) the pseudo-fragility of contemporary adolescents; and viii) the need to address the topic more thoroughly.

**KEYWORDS** Suicide. Adolescent. Psychoanalysis.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Psicologia (IP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
rasgamoreira@gmail.com



## Introdução

O suicídio é um importante problema de saúde pública/coletiva, globalmente destacado pelo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – ODS 3.4 e reforçado pelo Brasil, que estabeleceu, como um dos indicadores de monitoramento do cumprimento da Agenda 2030, a redução em um terço da taxa de suicídios em pessoas acima de 5 anos de idade<sup>1</sup>.

Apesar de apresentar uma taxa de suicídios similar e/ou relativamente menor do que a de outros países no mesmo estágio de desenvolvimento, o Brasil tem lidado com o aumento constante da taxa de suicídios entre adolescentes<sup>2</sup>, que, levando-se em conta a faixa etária de 10 a 19 anos, aumentou de 1,7/100 mil em 2000 para 4,5/100 mil em 2022, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Guimarães, Moreira e Costa<sup>3</sup>, ao refletirem sobre os efeitos da redução da população adolescente no Brasil, apontam que tal transição demográfica abre uma janela de oportunidades para políticas públicas voltadas a essa população. Concentradas na organização da oferta de ações, especialmente a promoção da saúde nas escolas, a prevenção e o fortalecimento de programas de saúde mental, e reforçadas pelo enfrentamento dos preconceitos<sup>4</sup> e do negacionismo, tais políticas têm efetivo potencial para lidar com a questão do suicídio.

Atenta a essa janela de oportunidades e compreendendo que o aumento da taxa de suicídio entre adolescentes aponta uma tendência que, se não for interrompida, pode, nas próximas décadas, assumir proporções de difícil reversão. A presente entrevista foi realizada de forma *online*, nos dias 18 e 20 de junho de 2024, e tem como objetivo discutir o suicídio em adolescentes a partir de uma abordagem psicanalítica (em outras entrevistas, abordagens sociológicas, psiquiátricas e de saúde pública também foram trabalhadas) com um dos principais intelectuais brasileiros da atualidade, Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular em Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

**Marcelo Rasga Moreira** – Christian, nosso objetivo com essa entrevista é contribuir para delinear uma abordagem psicanalítica para a atual situação do País, em que a taxa de suicídio entre adolescentes está, há tempos, em crescimento, cenário que é ainda mais grave entre indígenas, em que o suicídio é a principal causa de mortes nessa faixa etária.

**Christian Dunker** – Olha, eu não vou repetir os dados, mas eles são preocupantes! As curvas crescem! Tenho conhecimento de que crescem em locais como Mato Grosso do Sul (com indígenas) e nas Serras Gaúchas, em um tipo de comunidade que depende muito da economia do fumo – que tem grande incerteza, grande sazonalidade, onde o sujeito pode ir muito bem em um ano e pessimamente no outro! – e é uma área grande de imigração alemã e italiana, com altas doses de ‘individualização’.

Esses dois exemplos apontam para, de um lado, uma cultura de altíssimo desempenho, valorização e reconhecimento a partir do que o adolescente consegue entregar em termos de eficiência, de resultados, de funcionalidade social e, às vezes, econômica, também; e, de outro lado, a questão dos Guaranis, que se liga muito à experiência de pertencimento e à perda de referências – “*De onde eu vim?*”, “*Como eu me relaciono com os ancestrais?*”, “*Como eu faço jus àquela promessa que me foi transmitida?*”; “*Como eu me situo num certo enraizamento?*”.

São dois casos extremos e que refletem lógicas contrárias, que estão presentes na adolescência!

O adolescente, desde sua invenção lá com o romantismo alemão do Século XVIII, tal qual a gente hoje o reconhece – como fase de transição e formação –, tem que resolver duas problemáticas distintas: i) como habitar ‘este’ corpo, como pertencer a ‘este’ corpo, o que é uma problemática de pertencimento; e ii) como pertencer a este grupo, como pertencer a – no limite – este mundo que me foi apresentado agora?

Acho que o que distingue a primeira infância da adolescência é essa indagação sobre que ‘habitar’ está reservado para esse sujeito que, logo em seguida, vai fazer escolhas profissionais, amorosas, sexuais...

Isso já é, por si só, fonte de angústia, porque a adolescência vai produzir uma espécie de ‘enraizamento artificial’! Você não está mais na família... “*Que lugar você quer para si? – Não sei ainda... estou decidindo!*”.

E essa angústia pode ser aumentada por pressionamentos sociais, culturais, de raça e de gênero! Várias coisas podem aumentar essa que a gente chamaria de uma ‘angústia esperada e básica’.

De outro lado, você tem a angústia derivada da substituição de uma forma de reconhecimento baseada no amor insubstituível, no amor familiar, na identidade não posicional, mas estrita dentro da família... para alguém que é ‘como os outros’, que precisa concorrer com outros e precisa decidir em que termos, por quais meios e por quem, em última instância, quer ser reconhecido!

Essas duas problemáticas se cruzam na adolescência: com quem vai namorar? Que orientação sexual? Que futuro quer para si? Uma está mais ligada ao passado – de onde eu vim –, outra está mais ligada ao futuro.

E o ingresso nessa gramática preparatória para o “*Olha, você não é mais amado pelo que você é, mas pelo que você faz! Fez uma coisa errada, perdeu o amor, perdeu o reconhecimento! Fez uma coisa certa, ganhou reconhecimento, ganhou aceitação dentro do grupo!*”, que é um grupo que ele vai escolher! Uma questão reenvia à outra, que manda para a primeira e que vai produzindo uma certa dialética.

O que me parece estar acontecendo em relação à adolescência contemporânea?

Essas duas gramáticas estão se assoreando, estão perdendo as suas soluções óbvias disponíveis por gerações e mais gerações! E elas se tornam objeto de modos de criação que são novos! Novos porque são atravessados pela tecnologia, novos porque originaram-se em uma realização, novos porque estão sujeitos a uma transmissão desejanse que a gente considera

um pouco problemática, porque, em alguma medida, ela é pouco mandatória.

Gerações como a minha, ou a anterior, encontravam – pelo menos a classe média, mas também em outras posições sociais – significantes, ordenamentos mandatórios que, de certa forma, eram claros: “*Seja honesto! Trabalhe! Estude! Se você fizer o ‘caminho das pedras’... É o que a gente, família, espera de você!*”.

No fundo, isso significa: seja mais ou menos como a gente é! Siga mais ou menos essa forma de vida e a reproduza nos seus termos!

Feito isso – ou seja: pago o pedágio –, você tem, então, autonomia... “*a gente espera que você encontre autonomia, liberdade...*”. Em contrapartida, você encontra a ideia de que precisa criar, além de tudo, um caminho que seja original, seja singular, seja próprio... seu!

Essas duas exigências estavam lá atrás um pouco assim: “*Como você vai conciliar trabalho e prazer? Como você vai conciliar uma escolha profissional que te garanta algum emprego, mas também seja o que você gosta?*”. Essas duas exigências formam uma encruzilhada mais ou menos típica.

Contudo, o que foi transformado nas formas de criação mais contemporâneas?

“*Eu não vou me meter na sua vida! Eu acho que você deve escolher radicalmente, tanto o lugar, tanto a forma, quanto o meio de realização! Eu espero e demando que você seja feliz!*”.

Essa interpelação de felicidade, frequentemente, vem acompanhada de uma espécie de barganha – tácita ou explícita – que coloca: de um lado, ou você está em dependência e me obedece – então, você é uma criança, um ‘menor’ –; de outro, você está independente, é livre, arrume o seu destino, faça sua vida, crie o seu próprio horizonte!

Essa encruzilhada se tornou mais aguda, menos mediada... ela se tornou palco, inclusive, de uma espécie de regressão – do ponto de vista de ideais sociais –, a ponto de que a ‘boa vida’, a ‘vida exemplar’, não é mais a do adulto, não é mais a do idoso, é a do adolescente!

O modelo de quem está pensando o mundo, de quem deveria ter mais poder, de quem

deveria fazer as coisas por nós... se concentra nessa forma de vida adolescente!

Isso cria uma espécie de choque – o adolescente recebendo uma mensagem que diz: *“Você tem tudo para ser feliz! Você está no lugar social que invejo! Quando eu tinha a sua idade, eu me reprimia! Você, agora, tem que aproveitar os prazeres da carne! Não perca tempo, porque, se não, você ficará um adulto ressentido como eu!”*.

Essa pressão para a realização em um momento em que, do outro lado, o que acontece são formas de pertencimento digital, *nudes*, reformulações de relacionamentos sem luto e sem processos de articulação e desarticulação... ou seja: uma experiência subjetiva fortemente marcada pela eternização de um instante: *“Cometi um suicídio social! Fiz uma bobagem! Mandei uma mensagem errada! Fui cancelado!”*.

Não tem volta! Não tem negociação! Não tem segundo turno! Não tem desculpas! Não tem negociação com o outro que você ofendeu!

Isso está muito fortemente na lógica discursiva digital e torna o problema do pertencimento um problema gravíssimo! Porque eu vou fazer escolhas e elas são, por um lado, extremamente plásticas, efêmeras, desmancham no ar! E, por outro lado, elas são sem volta!

**Marcelo Rasga Moreira** – Então, os adolescentes vivenciam uma violenta pressão social?

**Christian Dunker** – Vamos dizer que a gente escuta – agora pensando um pouco mais na Clínica – uma diferença muito substancial de quando comecei a clinicar, há 30 anos: as pessoas temiam crianças de 8 anos e púberes de 11 ou 12 anos! Chegavam na sessão: *“E aí? – E aí... nada! Teu pai falou que você não está indo bem na escola. – Foda-se!”*.

Era o cara lá, defendido, às voltas com a descoberta de que os adultos se tornaram os inimigos! E você tinha que ir com tato e cuidado, entrando nesse mundo, usando a linguagem que fosse pertinente! Esse quadro, que era meio atípico – começo de adolescência e 8 anos, que é fim da infância! –, transformou-se em uma espécie de atitude genérica, em que

há um déficit muito grande, entre os nossos adolescentes, de intimidade, de falar de si, de suas vulnerabilidades, suas indecisões, seus erros e seus temores!

Acho que a nossa cultura vai se tornando mais e mais terapeutizada porque antigos espaços de amizade, de intimidade... se tornaram mais e mais raros!

Então, namoros acontecem, as pessoas contam *“quantos eu beijei na festa?”*, contam com *“quantos eu transei?”*... mas quando você pergunta: *“E qual a história?”*... é um encurtamento que faria inveja a Lyotard! É um encurtamento narrativo dramático! De adolescentes de 14 anos, 15 anos, 16 anos! É como se fosse uma extensão daquele muro de compartilhamento subjetivo para a travessia mais longa, da adolescência para adolescência tardia!

E, do outro lado, você tem outra experiência muito pervasiva, que expõe a violência contra si, que torna a violência contra si uma alternativa tentadora, que é a perda da comunalidade.

Ou seja, antes: *“Você é um entre outros! É um comum! Você faz o que pode, mas, como tantos outros!”*. Hoje, não: aqueles que existem – e o Brasil tem condições que pioram essa regra draconiana – são aqueles excepcionais, são aqueles que têm dotes, aqueles que têm aqui uma especialidade... os comuns são os ‘ninguéns’!

E a massa dos ‘ninguéns’ aumentou muito com processos de criação excessivamente narcísicos, um processo de transmissão cultural mediado por um universo digital meio desorganizado e por um processo econômico que fez a ‘Geração X’, a ‘Geração Z’, os ‘milenials’... esperarem um futuro de grande aumento, de grande crescimento – de *“Olha! A vida para vocês vai ser mais fácil! Vocês terão um futuro de maior empregabilidade, de menos trabalho e mais prazer!”*... – e que entregou crises sucessivas de entrada no universo do trabalho, que entregou valores reais de recebimento de salário muito declinantes!

Então, hoje, um adolescente olha e diz: *“Eu não vou conseguir fazer o que os meus pais fizeram! Comprar um carro, ter uma casa... sozinho, não vai dar!”*.

Isso cria uma espécie de recuo em relação ao futuro! O que é terrível quando se pensa em alguém que, tendo outras fragilidades, um momento depressivo, entrou em uma ideia suicida... é acossado por esses outros elementos mais estruturais!

Tenho escutado muito de adolescentes: “*Eu não vou trabalhar porque o mundo vai acabar antes. Eu não vou fazer aposentadoria, INSS... porque não vai ser necessário!*”. Você vê aí uma ‘angústia climática’ – todo mundo discutindo isso! – que é apropriada para encurtar o futuro e para estender um presente ampliado!

**Marcelo Rasga Moreira** – Em outros momentos da nossa sociedade – e de outras –, os adolescentes não tinham esse rol tão amplo de preocupações. Havia algumas coisas muito certas para eles fazerem – ir para escola, descansar, encontrar os amigos... Pensando em uma sociedade democrática, espera-se hoje do adolescente muito mais do que se deveria?

**Christian Dunker** – Num certo sentido, a gente espera mais!

Espera esse intolerável que é a felicidade! Espera esse estado modelo de gozo, espera-se um desejo superdecidido, autonomia, independência...

Por outro lado, a gente espera muito menos!

Espera muito menos civilidade, muito menos urbanidade, muito menos intimidade, muito menos comunalidade!

Tem um rebaixamento com uma inflação da idealização que recai sobre os adolescentes e que eles incorporam na sua própria trajetória de conflitos intercalados!

É típico da adolescência experimentar uma marginalidade no sentido antropológico do termo: “*Eu estou à parte! Ninguém é como eu! Eu sou um marciano, um ser de uma outra espécie!*”.

Qual era a solução clássica disponível? Um dia, ele descobre que existem outros marcianos! Vai para o clube dos marcianos, descobre que tem o clube dos venusianos, o clube dos uranianos... e isso é uma reconstrução

da sociedade, do vínculo social! Em outros termos: uma segunda natureza que permite dizer “*Essa, fui eu que escolhi!*”.

Isso está quase ocluído para os adolescentes contemporâneos porque essa identificação de grupo se instrumentalizou! Então, a ideia de que “*somos todos marginais*” passou a ser uma ideia também dos adultos! E das crianças com transtorno do espectro autista, dos neurodivergentes... quando todo mundo se torna ‘marginal’, não tem mais ‘marginalidade’ nesse sentido de reconstruir um grupo!

**Marcelo Rasga Moreira** – O que as políticas públicas podem fazer sobre a questão do suicídio?

**Christian Dunker** – Várias coisas!

Educação sexual! Isso é parte do currículo! Eu tive, outros tiveram! Serve para um monte de coisas aleatórias e tem que entrar na pauta!

A discussão sobre aborto! Quantas mulheres não são levadas a atos de suicídio por assédio continuado? Por abortos que não são possíveis? Por pressões de controle sobre o corpo?

Propiciar a redução de opressão de gênero, a opressão de classe, a opressão de raça! É o ‘bê-á-bá’ para você conseguir alcançar alguns fatores transversais que pioram muito a situação do adolescente!

A gente poderia pensar em inúmeras outras políticas de estado! Por exemplo: jovens, especialmente os de periferia, têm pouquíssimas opções de “*Eu vou construir o meu grupo aqui do Rap!*” ou “*O meu grupo aqui da poesia, do Slam!*”. Onde é que está o apoio do Estado para isso? Os campeonatos de futebol, os campeonatos de banda... Isso seria uma coisa simples! Uma política municipal de cultura poderia ser revigorada nesse sentido!

Já em termos de saúde mental, hoje, se você precisar de uma psicoterapia, precisar falar com alguém, e se não tiver recursos privados, você não vai conseguir!

Os Caps [Centros de Atenção Psicossocial] não vão oferecer isso para você! São a principal e muito boa política pública em termos de saúde mental, mas são orientados para casos

graves! Uma política que escolhe atacar a questão em situação mais complexa! Os sofrimentos de média complexidade não têm lugar! E isso se agrava em certos contextos de matrizes religiosas e assim por diante.

**Marcelo Rasga Moreira** - Uma política que atue na linha do CVV [Centro de Valorização da Vida] seria uma política pública importante?

**Christian Dunker** - Sim, porque o suicídio do adolescente, a gente divide em dois 'grupos': um grupo, que são aqueles casos em que há consumo de droga, situação de vulnerabilidade, violências repetidas, condições clínicas favoráveis como depressão, ansiedade... Esse é um grupo importante!

O outro grupo é formado pelo que a gente chama expressivamente de 'suicídios impulsivos', que é aquele suicídio que se a pessoa falar com alguém, ela não faz! Mas tem que ser na hora! Não pode pegar fila! Se pegar... perdeu! Tem de estar disponível para aquela fala em que, no fundo, eu vou me escutar e, me escutando, abro cadeias cognitivas que me tiram um pouco da angústia e da solução da angústia pelo ato!

Então, para esse grupo, uma política pública de oferta de escuta básica em saúde tal como faz o CVV? Excelente!

**Marcelo Rasga Moreira** - Podemos pensar que, ao longo da vida, os adolescentes que se suicidam vão deixando sinais da ideia suicida? Eles vão pedindo ajudas, e a gente não consegue perceber, os serviços de saúde não conseguem perceber? Os problemas vão se acumulando, até sob outras formas, e, em um determinado momento, 'estouram'?

**Christian Dunker** - Olha, eu gosto muito de uma pesquisa - já deve ter uns cinco anos - que fez um balanço acerca das pesquisas sobre o suicídio nos Estados Unidos. Sobre os últimos 50 anos. E eles chegaram a uma observação que eu achei muito sagaz e muito condizente com a realidade clínica do processo.

Eles dizem assim: depois que acontece, é superfácil você descobrir as pistas, é supertranquilo você dizer "*Olha aqui: tinha uma depressão, tinha o uso de álcool, tinha autoagressão, tinha uma violência doméstica, tinham momentos de desgarramento de grupos de referência, de escola etc... Olha! É um perfil muito fácil da gente identificar! Então, vamos fazer o contrário! Vamos prever! Aquela criança que começa mais ou menos assim e, depois, faz um quadro assim... a gente poderia fazer prevenção fácil do suicídio dessa maneira!*".

E o que a Pesquisa mostra? Que as pesquisas têm um baixíssimo grau de prognóstico! Ou seja, que há algo suspeito nessas condições, nesses traços, nessa ideia, inclusive, de que há avisos! Sim! Há avisos! Mas a gente pode dizer que há, permanentemente, avisos sobre qualquer coisa que a gente for fazer!

Os processos de pesquisa hoje, usando Big Data, internet, acompanhamento cotidiano massivo de tudo que a pessoa faz, permitem muitas ilações e induções de que "*Olha aqui: essa curva já estava se formando! Esse outro arco de comportamento já estava em gênese!*".

Por que isso é bom e ruim para o caso do suicídio? Porque coloca para a gente a importância de uma prevenção menos focal, menos "*Olha! Vamos pegar os casos que têm os indícios!*"! Porque me parece que o suicídio mais difícil de ser evitado é aquele que tem menos pedidos de ajuda! É aquele que está lá no fundo da classe em silêncio, baixa sociabilidade, fala pouco, anuncia pouco o que vai fazer, vive no estado de solidão, de isolamento!

Você pode dizer: "*Mas, então, vamos combater o isolamento massivo!*". Não vai dar!

Ou seja, isso é uma pista para a gente mudar, talvez, a qualidade do olhar para a questão: os indícios são dados, mas desde que a gente tenha espaços de escuta! Espaços de escuta mais genéricos, em que você não está só focado no suicídio, mas naquilo que o antecede! Ai sim, acho que a gente pode dizer: esse é um bom indicador porque é um indicador genérico! Os estados e sofrimentos, especialmente os estados não subjetivados e sofrimentos,

aqueles que estão com uma dissociação, com uma espécie de isolamento de afeto ou de distanciamento em relação aos outros! E esses são aqueles que merecem uma busca ativa! Vamos lá buscar esse caso e vamos fazê-lo falar!

Especialmente quando a gente fala em adolescência, esse tópico é importante! Aquele adolescente que nunca se pôs essa questão seriamente não é o verdadeiro adolescente! É uma criança que ainda está caminhando para olhar o mundo no qual ela precisa tomar uma decisão subjetiva de reengajamento!

No fundo, o suicídio adolescente tem muito essa estrutura de olhar para o mundo que ‘agora eu percebo’ que ele tem uma dimensão processual e tem uma outra dimensão de ingresso, de término de formação, de aposta, de engajamento transformativo em que, entre um espaço e outro, a pergunta do suicídio vai ser colocada!

Ou seja: ela não é uma pergunta patológica! A ausência dessa pergunta, pode ser!

O que torna essa pergunta patológica é quando ela é erotizada, quando ela se transforma em ideação, quando ela se transforma em planejamento, quando ela está acompanhada de uma constelação depressiva, psicótica, uma constelação de sofrimento, agudo ou crônico... E quando, do outro lado, você tem condições favoráveis para o ato!

Essa mesma pesquisa que mapeou as pesquisas sobre o suicídio chegou a uma conclusão banal, mas muito interessante: o que faz diferença? Claro: sistemas de apoio, CVVs, espaços de escuta, psicoterapias, indicações etc... mas ela também apontou a instrução de porteiros de grandes edifícios públicos, a colocação de vigias na ponte de Golden Gate... e você pode dizer que é um bloqueio mecânico... mas é um bloqueio mecânico que dá resultado!

Jamais, em tempo algum, arma dentro de casa! E isso irrita muito a gente, porque é um consenso que as políticas públicas recentes não conseguem minimamente entender, respeitar! Arma dentro de casa vai aumentar o suicídio por mais que se diga: “*Eu vou esconder! Eu não vou mostrar! A pessoa nunca vai ficar*

*sabendo!*”... é sabido que a disponibilidade de meios aumenta o suicídio!

O problema é que, com o aumento da medicação mal distribuída, mal gerida e mal fiscalizada, a disponibilidade para suicídio por medicação psiquiátrica vertiginosamente subiu! E acho que a gente já tem esses casos tornando a curva, que antes era diferencial entre meninos e meninas, mais estável. A gente sabe que as mulheres têm um certo recuo em relação à prática de atos violentos em torno do suicídio.

**Marcelo Rasga Moreira** – Pode-se, de certa forma, entender o suicídio como uma solução? O adolescente encara o suicídio como uma solução para problemas que ele não consegue lidar?

**Christian Dunker** – Às vezes, uma solução, e, às vezes, um ato ético! Que a gente não tomaria, mas é aquele ato da pessoa que diz: “*Eu não quero mais isso!*”.

‘Isso’ pode ser uma condição de sofrimento aguda, que a gente vai comparar com a eutanásia: “*Uma vida desse jeito... eu prefiro não!*”. Todo mundo vai dizer: “*Poxa... legal! Vamos apoiar a eutanásia, a distanásia!*”. Há muitos estados em que a vida não merece! A gente é que encobre a adolescência com idealizações de que vai ser legal para todo mundo!

No entanto, a segunda, que eu diria, aí sim, condição do ato ético, é aquela do sujeito que diz assim: “*Tem coisas boas e ruins! Eu não estou sofrendo amargamente! Eu não estou achando isso aqui o fim da picada! Mas eu prefiro... não!*”. Como diz o personagem do Melville: “*I would prefer not to!*”. Eu preferiria, não!

Esses suicídios são muito mais difíceis da gente entender! E, às vezes, eles correm o risco de serem fetichizados! De serem elevados à condição de que “*Olha! Um herói faz isso! Alguém que é muito diferente, faz isso!*”.

De fato, isso é um risco social! Quando a gente faz cobertura de imprensa, quando a gente fala sobre suicídio, é preciso ter no radar que isso mexe na equação! Pode não determinar, mas mexe na equação!

**Marcelo Rasga Moreira** – Entrevistando o sociólogo Michel Misse (UFRJ) – que fez o primeiro estudo sobre violência e adolescência ainda na época do Estado da Guanabara! –, ele apresentou uma reflexão que agora me ocorreu trazer também para essa questão do suicídio: para ele, hoje, a grande diferença é que o adolescente que está submetido à violência do tráfico/milícia sabe que a morte o está rondando. Então, a opção dele por estar no tráfico é uma opção na qual a morte faz parte do jogo! No suicídio seria algo parecido? O fato de o adolescente ter a morte rondando faz com que ele a encare como opção?

**Christian Dunker** – Tem uma descrição psicanalítica para esse processo, que é mais ou menos assim: dadas as alterações de lugar simbólico, de imaginalização de si, ideais, próprio corpo... – tudo aquilo que, para alguns psiquiatras, definia a adolescência como uma ‘síndrome normal’, que todo mundo deve passar! –, essa metamorfose vai colocar o sujeito diante de uma espécie de tateamento em relação ao real. Tanto o real no sentido da autenticidade quanto o real no sentido daquilo que faz a diferença radical! Aquilo que conta absolutamente! Porque é uma posição em que o imaginário e o simbólico se rearticulam: *“Opa! Ali é um limite! Um limite do que eu posso pensar, do que eu posso falar, do que eu posso gozar!”*.

David Breton, antropólogo francês que escreveu sobre os afetos, tem uma boa descrição de como o sujeito adolescente realiza esse tateamento, vai se aproximando, inclusive, daquilo que lhe causa angústia, para se posicionar como sujeito, usando de jogos perigosos, transgressões, uso de substâncias... uma série de práticas que a gente diz: *“Olha! Parece que o adolescente está querendo sentir a proximidade do impossível! A proximidade da Morte”*.

E isso, no fundo, define aquilo que, para o adolescente seria o adulto! O verdadeiro adulto enquanto herói! É aquele que é capaz de forçar o seu personagem social, a sua posição, o seu imaginário ao limite!

Bom, a gente vai ter aí todo o passado da cultura guerreira! Morrer em batalha, jovem, como exemplo maior de coragem!

O que é esse protótipo? É, no fundo, o protótipo do adolescente reconhecido!

E se a gente pensa na adolescência com uma crise de reconhecimento – reconhecimento do outro, reconhecimento de si, reconhecimento do outro para si – essa vai ser, de fato, uma função organizadora, por mais que seja perigosa! Por mais que seja essa extensão do *“Por que vou em frente ou não?”* (na questão do ‘suicídio não patológico’, vamos chamar assim), na sua ligação com esse tateamento do real.

Parece que, nos casos em que a gente vê de longe, dos adolescentes em conflito com a lei, dos adolescentes que se alistam como soldados do tráfico... parece que tem essa dimensão de ascender rapidamente a uma posição de reconhecimento, de temor, de ser capaz de ser rapidamente um adulto, por ter uma arma atrás de si, ter o poder de prover para sua família, proteção! Muitas vezes isso é muito importante! De prover para sua família, vingança... outras tantas vezes, isso é muito importante porque é o irmão que se foi, o pai que se foi, o tio que se perdeu para um lado ou para o outro... Essa dimensão vai colocar o suicídio como... não é bem uma ‘decisão de’, mas é uma exposição a uma zona de risco onde isso vai te acompanhar dia e noite.

**Marcelo Rasga Moreira** – Parece que, em certos setores da sociedade, e até mesmo no setor saúde, muitos estão trabalhando com uma ideia de que o adolescente seria ‘frágil’ e, por isso, ele se suicidaria. O que você pensa disso?

**Christian Dunker** – Não concordo!

Contudo, isso fala um pouco do lugar social da adolescência para o adulto! Para nós, os velhacos, que dizemos *“A minha? Foi uma adolescência heroica! Eu passei por bullying, frustrações, marteladas e estou aqui, vivo! Olha como sou foda e esses caras são os fracos! Eles ainda não sentiram o gosto do fio da faca!”*.

É obviamente uma ilusão! Não prospectiva, mas retrospectiva!

Agora: não confundir esse efeito com uma outra coisa que eu acho que acontece que é uma outra compleição narcísica, em que a gente altera as medidas, a volumetria... não é que o adolescente, hoje, seja mais ou menos narcísico do que o adolescente de ontem! Mas como o narcisismo é formado por um sistema de reconhecimento que é historicamente dado e operado, o narcisismo dos anos 1960 não é o mesmo narcisismo que a gente vê hoje! E é nesse diferencial que o adulto vê a fragilidade!

No fundo, mudaram os riscos, mudaram o que é ‘ter coragem’! Hoje, você se expor em uma rede social, dizer “*Acho que...*” é um gesto de coragem para um adolescente que o adulto não consegue medir!

Isso porque, para o adulto, pode ser trivial: “*os outros vão achar você um idiota? Tudo bem achar você é um idiota!*”.

Não! Não é tudo bem achar você um idiota! Porque, hoje, os empregos são conseguidos por indicação! O valor proporcional no grupo ao qual você pertence mudou! E se você comete ‘suicídio social’, você vai pagar uma pena que não era a pena que você pagava lá nos anos 1920, criando o seu próprio grupo de marginais!

É como se o risco e a coragem, a relação com a sexualidade... Você vai dizer: “*que pessoa na nossa idade ia brincar de dar beijos lésbicos numa festa e, depois, dizer ‘eu sou bi’, mas agora ‘eu estou queer!’?*”. Você era um babaca! O babaca que escondia o máximo que podia certas inclinações, que hoje estão aí a céu aberto, que estão ganhando a expressão e a coragem!

Há, também, um efeito histórico, datável, que incide no narcisismo, que são os ‘modos de criação’. Você tem ‘modos de criação’ que são hoje excessivamente medicalizantes e medicalizados! Quebrou o joelho? Medica! Está sofrendo insônia... medica! Tem uma ansiedade, medica!

Isso cria uma fragilidade porque vai dizendo assim: “*não adianta muito o que você pode fazer com o que os outros fizeram com*

*você! Você precisa ou ter cacife para regular a paisagem externa, mudar de casa, comprar outra... ou uma alquimia para alterar a tua paisagem interna!*”.

Então, aí podemos dizer que se coloca um tipo de fragilidade, mas não é porque a essência do adolescente é mais frágil! É porque você não está ensinando, não está propiciando, não está valorizando situações que outrora eram situações formativas! E que, às vezes, eram formativas no sentido deformativo: “*engole o choro! Homem Não Chora!*”.

**Marcelo Rasga Moreira** - “*Volta lá e bate nele!*”.

**Christian Dunker** - Esse é o forte! Inclusive o eixo ‘forte-fraco’ é um eixo datado! Se você for perguntar para os adolescentes: “*Qual é o vetor moral?*”... Talvez esse eixo tenha uma valência muito pequena ou menor do que tinha para as gerações passadas!

**Marcelo Rasga Moreira** - Christian, tem alguma coisa que você queira acrescentar? Há algo que a gente não tocou, mas que você ache importante para o nosso tema?

**Christian Dunker** - Eu acho que tem um tema que eu não teria muito que dizer, mas é um tema emergente. Durante muito tempo, você tinha um *code* que era: “*ao falar de suicídio, não espetaculariza; não entra na cabeça do sujeito; não narra explosões, fatos... não faz foto; não reproduz a semana inteira que houve o suicídio...!*”. Havia uma codificação de como falar no suicídio quando ele acontecia: a preocupação com o suicídio por contágio!

Isso não dá mais! Não dá mais porque não funciona! Como competir com o Instagram, o Facebook? Não vai competir! Você não vai mais ter esse tipo de controle que você tinha!

Por outro lado, a gente tem diretrizes institucionais que não dão conta do problema! Como você fala de suicídio sem infantilizar, sem patologizar, sem racializar, sem criar aquela imagem do “*Olha o suicida aqui!*”. É difícil! É um desafio!

## Contribuições de autoria

Dunker CIL (0000-0001-7335-4561)\* contribuiu como entrevistado, revisor da transcrição

da entrevista e escritor do artigo. Moreira MR (0000-0003-3356-7153)\* contribuiu como entrevistador, transcritor da entrevista e escritor do artigo. ■

---

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2026. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; [data desconhecida] [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador342>
2. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Suicide among the young population and the urgency of public health policies. *Lancet Reg Health Am.* 2024;35:100793. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100793>
3. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Demographic dynamics and the emergency of health policies? Review for the child and youth population in Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2024;32:100700. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100700>
4. Ferreira AP, Santos DS, Wermelinger ED. Perspectivas e desafios do cuidado em saúde mental de adolescentes em regime socioeducativo: um estudo de caso. *Saúde Debate.* 2024;48(143):e8949. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438949P>

---

Recebido em 17/11/2025

Aprovado em 13/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Ministério da Saúde, 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](mailto:nilsondorosario@gmail.com)

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# SAÚDE EM DEBATE

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2026

### ORIENTAÇÕES GERAIS

A 'Saúde em Debate' aceita submissões de trabalhos inéditos – em português, inglês e espanhol –, que possuam qualidade acadêmica, relevância social, contribuições teóricas e metodológicas e que estejam em consonância com o escopo da revista. Manuscritos redigidos em inglês, caso aprovados, devem ter a versão final traduzida para o português.

Antes de submeter o manuscrito, sugerimos a leitura da política editorial da 'Saúde em Debate' para verificar se o seu trabalho está de acordo com o escopo da revista.

Os manuscritos submetidos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à 'Saúde em Debate', em qualquer das modalidades previstas, passa por revisão de pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação.

No caso de submissão em *preprint*, o autor deve informar, no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta, o número do DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado. A comunicação de submissão do manuscrito em *preprints* deve ser feita ao periódico mesmo que o depósito ocorra após a sua submissão.

A 'Saúde em Debate' adota a política de dados abertos, incentivando os autores a disponibilizarem todos os dados da pesquisa (banco de dados, métodos, códigos e outros materiais utilizados e resultantes da pesquisa) em repositórios confiáveis de Acesso Aberto (Ver Lista de repositórios para depósito de dados de pesquisa). Caso os dados estejam disponibilizados, deve ser informado o repositório no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e ser citado no texto e nas referências, preferencialmente com um identificador persistente como o DOI (ver 'Guia de citação de dados de pesquisa').

### Como citar dados

- Autoria (pessoal ou institucional);
- Data de depósito dos dados de pesquisa;
- Título dos dados de pesquisa, seguido do qualificador [*dataset*];
- Nome do repositório;
- Identificador eletrônico (DOI ou URL);

### Exemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>

Os artigos deverão ser submetidos exclusivamente por meio eletrônico pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### Digital Object Identifier nos manuscritos publicados

Todos os trabalhos aprovados quando da sua publicação final na 'Saúde em Debate' receberão seu DOI.

### TIPOS DE DOCUMENTOS ACEITOS

Em todos os tipos de trabalhos, o número máximo de palavras inclui o corpo do texto e as referências (máximo de 35 referências e de 50 referências para artigos de revisão). Não são incluídos na contagem: título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

#### Artigo original

Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisa original e inédita, de natureza empírica ou teórica, com potencial de replicação e/ou generalização. O manuscrito não pode ultrapassar 6 mil palavras.

#### Revisão

Compreende submissões que realizam revisão crítica da literatura sobre temas de interesse da saúde coletiva, com apresentação minuciosa do método de revisão utilizado, incluindo critérios de busca, seleção, classificação, registro e protocolos adotados. Aceitam-se revisão sistemática, metanálise, revisão integrativa e revisão de escopo. O manuscrito não pode ultrapassar 8 mil palavras.

#### Ensaio

Consiste em uma análise crítica sobre um tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. Sua estrutura é flexível, mas deve manter coerência entre as seções. A argumentação deve apoiar-se em referenciais teóricos e/ou em trabalhos empíricos já publicados. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

#### Artigo de opinião

Texto de natureza argumentativa e interpretativa, em que o autor apresenta seu ponto de vista sobre um tema atual de relevância científica, social ou política. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

#### Relato de experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5 mil palavras que apótem contribuições significativas para a área.

#### Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos devem apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

#### Entrevista

Texto produzido, no mínimo, por duas pessoas, no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com, no máximo, 7 mil palavras.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

A revista aceita até sete autores por manuscrito. Excepcionalmente (em casos de pesquisas multicêntricas), podem ser incluídos mais autores, cuja solicitação deve constar na carta ao editor que analisará a pertinência da solicitação.

A autoria confere crédito ao trabalho e traz importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. As contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas segundo a taxonomia <https://credit.niso.org/> e demais critérios de autoria recomendados pelo ICMJE, que determina que o reconhecimento da autoria se baseia em contribuição substancial, contemplando os seguintes aspectos:

- 1) Concepção ou delineamento do estudo; ou aquisição, análise ou interpretação dos dados da pesquisa;
- 2) Redação ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual do manuscrito;
- 3) Aprovação final da versão a ser publicada;
- 4) Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada na Declaração de Responsabilidade, direitos autorais e autoria, assinada por todos os autores e enviada no ato da submissão no sistema.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no final do manuscrito, no item 'Contribuições de autoria'.

Pessoas que colaboraram para a pesquisa, mas não cumprem esses requisitos, não podem ser consideradas autoras, mas devem ser reconhecidas e constar dos 'Agradecimentos'.

## PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas recomendações do ICMJE e seguir as orientações dos guias de redação científica para cada tipo de pesquisa, disponíveis no *site* da Enhancing the Quality and Transparency of health Research (EQUATOR). Tais guias visam garantir qualidade e transparência na publicação de pesquisas em saúde.

Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQIRE 2.0 - *checklist*); Ensaio clínico randomizado, utilizar o guia 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort - *checklist*); Estudos observacionais, consultar o guia 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (Strobe - *checklists*); Estudos qualitativos, utilizar o guia 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (Coreq); Para revisão sistemática, metanálise, metassíntese e revisão integrativa, utilizar o guia 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (Prisma - *checklist* e fluxograma) e suas extensões (Prisma para busca; Prisma para resumos e Prisma para revisão de escopo); Revisão sistemática sem metanálise, utilizar o guia 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM - *checklist*); Estudos de métodos mistos, utilizar o guia 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT).

Com relação ao guia Consort, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo de ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 'Registro de ensaios clínicos'.

Estudos de revisão sistemática: é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca dos estudos na base Prospero - International Prospective Register of Systematic Reviews.

Para outros tipos de revisão, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca de estudos em um dos seguintes repositórios: Open Science Framework (OSF) ou Figshare. Inclua o nome do *site*, o número do protocolo e o *link* do registro do protocolo.

## Formatação do manuscrito

O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. Gravado em formato doc ou docx, e anexado no campo correspondente do formulário de submissão. A 'Saúde em Debate' disponibiliza *template* com a formatação adotada no projeto gráfico.

O periódico não utiliza sublinhados, **negritos** ou *itálico* para destacar termos. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Aspas duplas são usadas para citações e depoimentos no corpo do texto. Palavras de línguas estrangeiras devem ser grafadas em *itálico*, com exceção de nomes próprios, como nomes de instituições, programas, *softwares* etc. Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias. Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

A revista **não** aceita notas de rodapé, notas explicativas e apêndices.

Não é permitido o uso de abreviações no título do manuscrito e no resumo, apenas siglas reconhecidas internacionalmente.

Pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e pelo ICMJE. Nesses casos, o número de identificação deve constar no final do resumo e na seção 'Material e métodos'.

## FORMATO DE ENVIO DO MANUSCRITO

### Texto do manuscrito

**Título** - Em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.

**Resumo** - Em português, inglês e espanhol, com até 200 palavras, no qual fiquem claros: o tipo de pesquisa, o objetivo, o método empregado (desenho, população e procedimentos utilizados), os principais resultados e as conclusões do trabalho. Escrito de forma não estruturada, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), sem citações ou siglas, exceto abreviaturas reconhecidas internacionalmente. Os ensaios clínicos, os estudos observacionais analíticos e os estudos de revisão devem apresentar o número do registro ao final do resumo.

**Palavras-chave** - Em português, inglês e espanhol, contendo de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto, com apenas a primeira inicial maiúscula, utilizando os descritores principais apresentados no vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), disponíveis em: <https://decs.bvsalud.org/>.

### Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema do estudo, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses ou pressupostos do estudo, quando aplicáveis. Citar o objetivo no final dessa seção, com redação **idêntica à que consta no resumo**.

### Material e métodos

Descrever de forma objetiva e clara, de modo a permitir a reprodutibilidade da pesquisa, e citar o guia redacional da Rede Equator utilizado, de acordo com cada tipo de estudo.

Estudos quantitativos devem incluir natureza/tipo de estudo, local/campo da pesquisa, período de coleta de dados, população/participantes do

estudo, critérios de seleção, amostra, variáveis do estudo, instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados, tratamento e análise dos dados e considerações éticas.

Estudos qualitativos devem utilizar o guia apropriado e contemplar: desenho ou tipo do estudo, referencial ou quadro teórico, local e período da coleta de dados, participantes, instrumentos de coleta de dados, procedimentos de coleta de dados, análise de dados e Considerações éticas.

Para estudos de revisão, seguir as diretrizes dos guias PRISMA, contemplando: tipo de revisão, protocolo e registro, critérios de elegibilidade (pergunta de pesquisa, acrônimo/mnemônico utilizado, critérios de inclusão e de exclusão), fontes de informação (bases de dados, bibliotecas eletrônicas, literatura cinzenta etc.), estratégias de busca, seleção dos estudos, coleta de dados (ou Extração de dados), avaliação crítica dos estudos, ou síntese, ou sumário dos resultados. Para as revisões sistemáticas, é fundamental incluir: avaliação do risco de viés, medidas de efeito e certeza da evidência.

Se a pesquisa envolver seres humanos ou animais, deve ficar registrado, no último parágrafo da seção, o cumprimento dos princípios éticos, respeito a legislação vigente (Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 no caso de pesquisa com seres humanos), o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) e do parecer de aprovação do respectivo CEP.

Caso tenha sido utilizada ferramenta de IA, deve ser informado nesta seção, assegurando a ausência de plágio, conforme modelo: “Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) utilizou(aram) [NOME DA FERRAMENTA/SERVIÇO] com o objetivo de [revisão linguística, correção gramatical e/ou organização textual]. Após a utilização da ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisou(aram) e editou(aram) o conteúdo conforme necessário, assumindo total responsabilidade pelo seu conteúdo”.

## Resultados

Apresentam os dados coletados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, buscando atender aos objetivos da pesquisa. Podem utilizar textos, gráficos, tabelas e figuras para sua apresentação.

## Discussão

No caso de pesquisas qualitativas, a discussão pode ser apresentada com os resultados.

A discussão consiste em destacar e interpretar os principais achados da pesquisa, enfatizar aspectos novos e relevantes. Estabelecer diálogo com o referencial teórico adotado e com a literatura científica nacional e internacional, apresentando as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas. Deve utilizar linguagem crítica e tempo verbal pretérito (passado).

## Conclusões ou Considerações finais

Reafirma a tese/objetivo do trabalho, tendo como base o conhecimento novo gerado, sem repetições textuais. Destaca os principais achados e as contribuições e limitações do estudo. Indica a necessidade de novas pesquisas, assim como as implicações dos achados para o campo da saúde em geral e da saúde coletiva em particular. Não inserir referências ou citações nesta seção.

## ATIVOS DIGITAIS

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deve ser, no máximo, de cinco por texto (com, no máximo, duas páginas cada), os quais devem

estar em formato aberto/editável. No caso de fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em cores, preto e branco ou escala de cinza.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser submetidos em arquivos separados, um a um, seguindo a ordem que aparecem no texto (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos, com respectivo número e título. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Os títulos de figuras, gráficos, quadros ou tabelas devem ser claros, informativos e apresentar o seu conteúdo. Informar o local e ano de realização do estudo. Separar os termos por vírgula e não incluir ponto final nos títulos.

## CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

### Citações

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, sem parênteses e sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: Saúde em Debate<sup>1-4</sup>; quando intercaladas, deverão ser separadas por vírgula. Ex.: ... Saúde em Debate<sup>1,2,4</sup>. Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve haver espaço. Ex.: ... Saúde em Debate<sup>3-6,16,21</sup>.

### Referências

A 'Saúde em Debate' adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver. Nas referências, devem constar apenas os autores citados no texto. Para exemplos de como citar artigos publicados na revista, recomenda-se consultar o *template*.

## DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

### DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SISTEMA NO ATO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

#### 1) Carta de apresentação (cover letter)

##### Modelo de carta ao editor

Prezado(a) Editor(a)-chefe,

Encaminho para apreciação o manuscrito intitulado 'Título do manuscrito', para possível publicação na 'Saúde em Debate'. O estudo apresenta (breve descrição do tipo de estudo — ex.: uma análise documental, uma pesquisa empírica, uma revisão sistemática/de escopo, um ensaio teórico etc.), abordando (tema central e principais contribuições do trabalho).

O manuscrito contribui de maneira relevante para (destacar brevemente a importância, a originalidade ou a aplicabilidade dos resultados).

O tema tratado está em consonância com a política editorial da 'Saúde em Debate' (justifique).

Declaramos que o manuscrito não está sendo avaliado por outro periódico e que segue as diretrizes de submissão estabelecidas pela revista.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e adequações que se fizerem necessários ao longo do processo editorial.

Atenciosamente, (Nome completo do(s) autor(es)) (Afiliação institucional) (E-mail de contato)

## 2) Folha de rosto

Deve conter:

- Título em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.
- Nome completo de todos os autores sem abreviaturas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail do autor correspondente.
- Conflito de interesses: declarar se há conflito de interesses. Caso haja, justificar.
- Financiamento: informar a fonte de financiamento, com registro do número do processo, quando for o caso.
- Agradecimentos: escrever texto com os agradecimentos às pessoas e instituições que deve constar no final do artigo.
- Acesse o modelo da folha de rosto aqui.

## 3) Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Caso a pesquisa envolva seres humanos ou animais, anexar documento de aprovação do CEP correspondente, ou, para pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações existentes.

## 4) Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria

Todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria e anexá-la ao sistema no ato da submissão do manuscrito.

## 5) Formulário de conformidade com a Ciência Aberta

A revista adota a política de ciência aberta, que deve ser seguida pelos autores. Nesse sentido, os autores devem preencher o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

## 6) Registros

O pré-registro é obrigatório para revisões sistemáticas, revisões de escopo e ensaios clínicos. Os autores devem informar o nome do repositório e o número de registro na seção 'Material e métodos' e anexar o *checklist* correspondente.

## DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS POR E-MAIL APÓS ACEITE DO MANUSCRITO

### 1) Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Depois de aprovado, o texto passa por normalização, feita pela equipe editorial, que encaminhará, por e-mail, a versão normalizada aos autores para que finalizem a revisão e procedam à revisão ortográfica e gramatical, a ser realizada por profissional especializado, sendo facultada aos autores a escolha de um revisor da lista disponibilizada pela revista. A devolução da versão com revisão ortográfica e gramatical deve vir acompanhada de declaração assinada pelo revisor.

### 2) Declaração de tradução

Caso haja interesse em traduzir o manuscrito para o inglês, no caso de artigos submetidos em português ou espanhol, os autores devem manifestar o interesse na devolução do manuscrito revisado na língua original. Para a tradução do manuscrito, os autores receberão uma lista de profissionais

qualificados, indicados pela revista. A devolução do manuscrito traduzido deve ser acompanhada de declaração assinada pelo tradutor.

## 3) Comprovante de pagamento da taxa de publicação

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 1.000 (atualizada em fevereiro de 2026) para os manuscritos aprovados. Para manuscritos aprovados para as seções de entrevista e resenha, o valor é de R\$ 800. Após a aprovação do manuscrito, os autores receberão e-mail com orientações sobre os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação. O comprovante de pagamento deve ser enviado para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br com o manuscrito revisado.

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

### Abreviações e símbolos

Termos que geram abreviaturas, siglas ou acrônimos devem ser escritos por extenso na primeira vez em que aparecem no texto, com as iniciais em letras maiúsculas, com a sigla ao lado entre parênteses. Ex.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, basta mencionar a sigla.

Siglas com até três letras são escritas integralmente em maiúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). As siglas com quatro letras ou mais, lidas letra por letra, são grafadas com todas as letras maiúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Exceção: as grafias adotadas pelas próprias instituições deverão ser respeitadas, inclusive em casos em que a escrita oficial da sigla se alterna entre letras maiúsculas e minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB etc.).

Siglas com quatro letras ou mais que são lidas como palavras (acrônimo) são grafadas apenas com a inicial em maiúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sudene, Uerj, Ufal etc.).

Siglas em que a leitura seja mista (parte é pronunciada pela letra e parte como palavra) são grafadas com todas as letras maiúsculas: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT), Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Ao citar cidades, deve-se indicar o estado. Em textos escritos, a sigla do estado deve vir entre parênteses. Ex.: 'a cidade de Niterói (RJ) apresentou o melhor desempenho no índice de qualidade de vida e o desempenho social e ambiental do estado'. Não abreviar nomes de cidades (ex.: Belo Horizonte - BH).

Embora seja admissível o plural de siglas (PMs, CPIs etc.), a 'Saúde em Debate' adota a forma singular delas. O plural pode ser indicado pelo uso do artigo ou do termo no plural. Ex.: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), Polícias Militares (PM). Na frase: os ACS; As CPI... as PM de todos os estados.

Usar o símbolo de meia-risca '-' (Ctrl -) no lugar do travessão '—' (Ctrl Alt -) por questões de diagramação. O hífen '-' é usado para unir palavras e formar palavras compostas (super-herói, porta-retrato etc.), bem como em outras situações, como ênclise/mesóclise, separação de sílabas e em algumas palavras com prefixos (conforme regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa - Naolp).

## Unidades de medida

Os símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) são invariáveis, não utilizam plural nem são seguidos de ponto (ex.: 5 kg, e não 5 kgs. ou 5 kg.). Use espaço entre o número e o símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km;  $n = 5$ ;  $4 < 10$ ;  $7 > 3$ ; IC 95%. Exceção: símbolo de porcentagem (10%, 30%).

O símbolo °C, para graus Celsius, é precedido de espaço para expressar a temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. Não use 41,5°C nem 41,5° C.

Unidades de medida, abreviações e símbolos devem ser apresentados com casas decimais. Valores numéricos de medidas que não sejam estatísticas fornecidas pelos autores devem, preferencialmente, incluir uma casa decimal, salvo quando maior precisão for essencial à interpretação. Não utilize mais de duas casas decimais para informações demográficas básicas. Ex.: 'Altura média dos participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'A sala possui 25 m<sup>2</sup>'; 'A distância entre os prédios é de 120,5 m'.

## Estatísticas

Valores de p: podem ser apresentados com duas casas decimais, exceto para  $p < 0,001$ , que deve incluir três casas decimais. Apresente os valores de p significativos e não significativos com no máximo três casas decimais. Utilize  $p < 0,001$  para valores menores que 0,001. Não utilize 'NS' para indicar resultados não significativos. Intervalos de Confiança (IC) e razões de risco ou de perigo (RR/HR) devem ser limitados a duas casas decimais. Para percentagens, utilize, no máximo, uma casa decimal. Para amostras com 25 participantes ou menos, prefira números ('1 de 4 casos') em vez de percentagens (25%). Para instrumentos ou escalas, indique o intervalo de referência em tabelas (em nota de rodapé) ou figuras, com referência à fonte.

## Números e expressões numéricas

Use algarismos (1, 2, 3...) na maioria das circunstâncias. Escreva por extenso apenas: números de zero a dez (inclusive) e os termos cem, mil, milhão, bilhão, trilhão e outros do mesmo tipo; números no início de frases, títulos ou subtítulos; frações comuns (ex.: três quartos, meio segundo);

usos idiomáticos ou expressões consagradas; ordinais de primeiro a nono e ainda centésimo, milésimo, milionésimo, bilionésimo (use outros em algarismos: 11º, 20º, 46º, 90º); quando o número estiver entre aspas ou em títulos publicados. Décadas e intervalos: use anos 1980, anos 1990 (e não anos 80, anos 90, 1980s ou 1990s). Intervalos de confiança: IC 95%, 20-30 (não é necessário expandir). Para valores negativos: IC 95%, -20 a -30.

## Produção e provas

A versão diagramada (prova digital) será enviada por *e-mail* aos autores para revisão final, que deverão devolvê-la no prazo estipulado. Nessa etapa do processo editorial, os autores terão oportunidade de comunicar se ainda há necessidade de correções. Não são permitidas alterações de conteúdo.

## Ordem e prioridade de publicação

Os manuscritos aprovados são publicados na seguinte ordem: Editorial, Apresentação, Artigo Original, Ensaio, Revisão, Artigo de Opinião, Relato de Experiência, Resenha e Entrevista.

## CONTATO

Editoras-chefes (decisões e denúncias)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

*E-mail*: [editorsaudedebate@cebes.org.br](mailto:editorsaudedebate@cebes.org.br)

Editora executiva (produção editorial)

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

Telefone: + 55 (21) 97198-8249

*E-mail*: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

## Instructions to authors

UPDATED IN FEBRUARY 2026

### GENERAL GUIDELINES

'Saúde em Debate' accepts submissions of unpublished works – in Portuguese, English, and Spanish – that have academic quality, social relevance, theoretical and methodological contributions, and that are in line with the scope of the journal. Manuscripts written in English, if approved, must have the final version translated into Portuguese.

Before submitting the manuscript, we suggest reading the editorial policy of 'Saúde em Debate' to verify that your work is in accordance with the scope of the journal.

Submitted manuscripts are the sole responsibility of the authors and cannot be submitted simultaneously to another journal, in full or in part.

The evaluation process of manuscripts submitted to 'Saúde em Debate', in any of the modalities foreseen, goes through peer review, with academic merit being the criterion used in all phases of evaluation.

In the case of preprint submission, the author must inform, in the Open Science Compliance Form, the number of the assigned DOI and the name of the server where it was deposited. The communication of the submission of the manuscript in preprints must be made to the journal even if the deposit occurs after its submission.

'Saúde em Debate' adopts the open data policy, encouraging authors to make all research data (database, methods, codes, and other materials used and resulting from the research) available in reliable Open Access repositories (view [List of repositories for storing research data](#)). If the data are available, the repository should be noted in the Open Science Compliance Form and cited in the text and references, preferably with a persistent identifier such as a DOI (see the 'Research Data Citation Guide').

### How to cite data

- Authorship (personal or institutional);
- Date of deposit of the research data;
- Title of the search data, followed by the qualifier [dataset];
- Name of the repository;
- Electronic identifier (DOI or URL).

### Example

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, 'Replication data for: Evaluation of the retention of medical professionals in health regions in Brazil', SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>.

Articles must be submitted exclusively by electronic means through the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registration, the author responsible for the submission will create their login and password to monitor the procedure.

### Digital Object Identifier in published manuscripts

All papers approved at the time of their final publication in 'Saúde em Debate' will receive their DOI.

### ACCEPTED DOCUMENT TYPES

In all types of papers, the maximum number of words includes the body of the text and the references (a maximum of 35 references and 50 references for review articles). The following are not included in the count: title, abstract, keywords, tables, charts, figures, and graphs.

#### Original article

Contributions aimed at the dissemination of original and unpublished research results, of an empirical or theoretical nature, with the potential for replication and/or generalization. The manuscript cannot exceed 6 thousand words.

#### Review

It comprises submissions that carry out a critical review of the literature on topics of interest to public health, with a detailed presentation of the review method used, including search, selection, classification, registration, and the protocols adopted. Systematic reviews, meta-analyses, integrative reviews, and scoping reviews are accepted. The manuscript cannot exceed 8 thousand words.

#### Essay

It consists of a critical analysis of a specific topic relevant to the conjuncture of Brazilian and/or international health policies. Its structure is flexible, but it must maintain coherence between sections. The argumentation must be supported by theoretical references and/or published empirical work. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

#### Opinion article

Text of an argumentative and interpretative nature, in which the author presents his point of view on a current topic of scientific, social, or political relevance. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

#### Experience report

Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5 thousand words that contribute significant contributions to the area.

#### Critical review

Reviews of books of interest to the area of public health are at the discretion of the Editorial Committee. Texts must present an overview of the work's content, its theoretical assumptions, and the audience to which it is addressed, with a maximum length of 1,200 words. The high-resolution cover must be sent through the journal's system.

#### Interview

Text produced by at least two people, in which the interviewee is always the first author, with a maximum of 7 thousand words.

### AUTHORSHIP CONTRIBUTIONS

The journal accepts up to seven authors per manuscript. Exceptionally (in the case of multicenter research), more authors may be included, whose requests must be included in the letter to the editor who will analyze the relevance of the request.

Authorship lends credence to the work and has important academic, social, and financial implications. The individual contributions of each author in the preparation of the article must be specified according to the <https://credit.niso.org/> taxonomy and other authorship criteria recommended by the ICMJE, which determines that the recognition of authorship is based on substantial contribution, contemplating the following aspects:

- 1) Conception or design of the study; or acquisition, analysis, or interpretation of research data;
- 2) Writing or a critical review of the important intellectual content of the manuscript;
- 3) Final approval of the version to be published;
- 4) Agreement to be responsible for all aspects of the work, including ensuring its accuracy and completeness.

These four conditions must be fully met. The contribution of each of the authors must be explained in the Statement of Responsibility, copyright, and authorship, signed by all authors and sent at the time of submission in the system.

Information on the participation of each author, with their respective ORCID, will appear at the end of the manuscript, in the item 'Authorship contributions'.

People who have contributed to the research, but do not meet these requirements, cannot be considered authors, but must be acknowledged and included in the 'Acknowledgments'.

## PREPARATION OF THE MANUSCRIPT

When preparing manuscripts, authors should be guided by the recommendations of the ICMJE and follow the scientific writing guidelines for each type of research, available on the Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) website. Such guidelines aim to ensure quality and transparency in the publication of health research.

For all types of quality improvement studies, see the guide 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 - checklist); Randomized controlled trial, using the guide 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort - checklist); Observational studies, consult the guide 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (STROBE - checklists); Qualitative studies, use the guide 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ); Systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and integrative review, use the guide 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (PRISMA - checklist e flow chart) and its extensions (PRISMA for Search; PRISMA for abstracts e PRISMA for scoping review); Systematic review without meta-analysis, using the guide 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM - checklist); Mixed methods studies, use the 'Mixed Methods Appraisal Tool' guide (MMAT).

Regarding the CONSORT guide, registration is mandatory in a **step before** data collection of the study of clinical trials in one of the entities mentioned in the topic 'Registration of clinical trials'.

Systematic review studies: registration in the PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) database is mandatory **before the search for studies**.

For other types of reviews, it is mandatory to register in a **step before** searching for studies in one of the following repositories: Open Science

Framework (OSF) or Figshare. Include the site name, protocol number, and protocol registration link.

## Manuscript formatting

The text must be typed in Microsoft® Word or a compatible program on a standard A4 sheet (210X297mm), with margins of 2.5 cm on each of the four sides, Times New Roman font size 12, and line spacing of 1.5. Recorded in doc or docx format, and attached in the corresponding field of the submission form. 'Saúde em Debate' provides a template with the same formatting as the graphic project.

The journal does not use underlining, **bolding**, or *italics* to highlight terms. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Double quotation marks are used for quotations and testimonials in the body of the text. Foreign language words must be written in italics [WF1], except proper nouns, such as names of institutions, programs, software, etc. Avoid the use of capital letters in the text, except for those that are necessary. Avoid repetition of data or information in the different parts that make up the text.

The journal **does not** accept footnotes, explanatory notes, or appendices.

Clinical research must include the identification number from one of the clinical trial registries validated by the WHO and the ICMJE. In such cases, the identification number must appear at the end of the abstract and in the 'Material and methods' section.

## Manuscript submission format

### TEXT OF THE MANUSCRIPT

**Title** - In Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper names, with up to 15 words.

**Abstract** - In Portuguese, English, and Spanish, with up to 200 words, in which the following are clear: the type of research, the objective, the method used (design, population, and procedures used), the main results, and the conclusions of the work. Written in an unstructured way, without employing topics (introduction, methods, results, etc.), without citations or acronyms, except for internationally recognized abbreviations. Clinical trials, analytical observational studies, and review studies must have the registration number at the end of the abstract.

**Keywords** - In Portuguese, English, and Spanish, containing three to five keywords, separated by period, with only the first initial capital, using the primary descriptors presented in the structured vocabulary Descriptors in Health Sciences/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), available from: <https://decs.bvsalud.org/>.

### Introduction

It should be brief and clearly define the study's problem, justify its importance, and identify the knowledge gaps. Include up-to-date references of national and international scope. Describe the hypotheses or assumptions of the study, when applicable. Cite the objective at the end of this section, with **wording identical to that in the abstract**.

### Material and methods

Describe objectively and clearly, to allow the reproducibility of the research, and cite the Equator Network writing guide used, according to each type of study.

Quantitative studies should include the nature/type of study, the location/field of the research, the period of data collection, the population/participants of the study, the selection criteria, the sample, the study variables, the instruments and procedures used for data collection, data treatment and analysis, and ethical considerations.

Qualitative studies should use an appropriate guide and include: study design or type; framework or theoretical framework; place and period of data collection; participants; data collection instruments; data collection procedures; data analysis; and data collection.

For review studies, follow the guidelines of the PRISMA guides, including: type of review, protocol and registration, eligibility criteria (search question, acronym/mnemonic used, inclusion and exclusion criteria), sources of information (databases, electronic libraries, gray literature, etc.), search strategies, selection of studies, data collection (or data extraction), critical evaluation of the studies, or synthesis, or summary of the results. For systematic reviews, it is essential to include assessments of risk of bias, measures of effect, and the certainty of the evidence.

If the research involves humans or animals, the last paragraph of the section must record compliance with ethical principles, compliance with current legislation (Resolutions No. 466/2012 and No. 510/2016 of the National Health Council in the case of research with human beings), the number of the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE) and the approval opinion of the respective CEP.

If an AI tool has been used, it must be informed in this section, ensuring the absence of plagiarism, according to the model: "During the preparation of this work, the author(s) used [NAME OF TOOL/SERVICE] for the purpose of [linguistic revision, grammatical correction and/or textual organization]. After using the tool/service, the author(s) reviewed and edited the content as needed, taking full responsibility for its content".

## Results

They present the collected data in a clear, objective, and logical sequence, aiming to meet the research objectives. They can use texts, graphs, tables, and figures for their presentation.

## Discussion

In qualitative research, the discussion can be presented alongside the results.

The discussion highlights and interprets the research's main findings, emphasizing new and relevant aspects. Establish a dialogue with the adopted theoretical framework and with the national and international scientific literature, presenting the agreements and divergences with other research, supported by updated scientific evidence. Must use critical language and past tense.

## Conclusions or Final considerations

It reaffirms the thesis/objective of the work, based on the new knowledge generated, without textual repetitions. It highlights the main findings and the study's contributions and limitations. It indicates the need for further research, as well as the implications of the findings for the field of health in general and collective health in particular. Do not insert references or citations in this section.

## DIGITAL ASSETS

The number of figures, graphs, charts, or tables must be limited to five per text (with a maximum of two pages each), and they must be in an open/

editable format. For photographs, drawings, and maps, send high-resolution (at least 300 DPI) color, black-and-white, or grayscale images.

Figures, graphs, charts, and tables must be submitted in separate files, one by one, in the order they appear in the text (they must be numbered, include a title, and cite the source). In the text, only identify the place where they will be inserted, with the respective number and title. In the case of photos, the subjects cannot be identified unless they authorize, in writing, their use for scientific dissemination.

The titles of figures, graphs, charts, or tables must be clear, informative, and present their content. Inform the place and year of the study. Separate terms with a comma and do not include a period in titles.

## CITATIONS AND REFERENCES

### Citations

Enumerated consecutively, in Arabic numerals, superscripted, without parentheses and without mention of the authors' names (except those that constitute a theoretical or method reference). When they are sequential, indicate the first and last number, separated by a hyphen. E.g.: Saúde em Debate<sup>1-4</sup>; when interspersed, they must be separated by a comma-E.g.: ... Saúde em Debate<sup>1,2,4</sup>. Between the numerical citation and the word that precedes it, there should be no space-E.g.: ... Saúde em Debate<sup>3-6,16,21</sup>.

### References

'Saúde em Debate' adopts references in accordance with the Vancouver Style. In the references, only the authors cited in the text should be included. For examples of how to cite articles published in the journal, consult the template.

## SUPPLEMENTARY DOCUMENTS

### DOCUMENTS TO BE ENTERED INTO THE SYSTEM AT THE TIME OF SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

#### 1) Cover letter

##### Sample letter to the editor

Dear Editor-in-Chief,

I forward for consideration the manuscript entitled 'Title of the manuscript', for possible publication in 'Saúde em Debate'. The study presents (brief description of the type of study - e.g., a documentary analysis, an empirical research, a systematic/scoping review, a theoretical essay, etc.), addressing (central theme and main contributions of the work).

The manuscript makes a relevant contribution by (briefly highlighting the importance, originality, or applicability of the results).

The topic is in line with the editorial policy of 'Saúde em Debate' (justify).

We declare that the manuscript is not under review by any other journal and that it complies with the journal's submission guidelines.

We are available for any clarifications and adjustments that may be necessary throughout the editorial process.

Sincerely, (Full name of author(s)) (Institutional affiliation) (Contact email)

## 2) Cover page

Must contain:

- Title in Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper nouns, with up to 15 words.
- Full name of all authors without abbreviations, institutions with links to up to three hierarchies, ORCID code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail of the corresponding author.
- Conflict of interest: declare whether there is a conflict of interest. If so, provide justification.
- Financing: inform the source of financing, with a record of the process number, when applicable.
- Acknowledgments: write a text with the acknowledgments to the people and institutions that should be at the end of the article.
- Access the cover page template [here](#).

## 3) Approval opinion of the Research Ethics Committee

If the research involves human beings or animals, attach a document of approval from the corresponding CEP, or, for research carried out in other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and existing legislation.

## 4) Statement of responsibility, copyright, and authorship

All authors must complete and sign the Statement of responsibility, copyright, and authorship and attach it to the system at the time of submission of the manuscript.

## 5) Open Science Compliance Form

The journal adopts the open science policy, which the authors must follow. In this sense, authors must fill out the Form on Compliance with Open Science and attach to the journal's system as 'Components of the article - Complementary document'.

## 6) Registration

Pre-registration is mandatory for systematic reviews, scoping reviews, and clinical trials. Authors must provide the repository name and registration number in the 'Material and methods' section and attach the corresponding checklist.

## DOCUMENTS TO BE SENT BY E-MAIL AFTER ACCEPTANCE OF THE MANUSCRIPT

### 1) Statement of spelling and grammar review

Once approved, the text undergoes standardization by the editorial team, which will forward the standardized version by e-mail to the authors so they can complete the revision and proceed with the spelling and grammatical revision, to be carried out by a specialized professional. The authors will be able to choose a reviewer from the list made available by the journal. A statement signed by the reviewer must accompany the return of the version with spelling and grammar revision.

### 2) Translation statement

If there is interest in translating the manuscript into English, in the case of articles submitted in Portuguese or Spanish, the authors must express their interest in returning the revised manuscript in the original language.

For the translation of the manuscript, the authors will receive a list of qualified professionals, indicated by the journal. A statement signed by the translator must accompany the return of the translated manuscript.

### 3) Proof of payment of the publication fee

A publication fee of R\$ 1,000 (**updated in February 2026**) is charged for approved manuscripts. For manuscripts approved for the interview and review sections, the value is R\$ 800. After the manuscript is approved, authors will receive an email with guidance on the procedures for paying the publication fee. Proof of payment should be sent to [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br) with the revised manuscript.

## ADDITIONAL INFORMATION

### Abbreviations and symbols

Terms that generate abbreviations or acronyms must be written in full the first time they appear in the text, with the initials in capital letters, and the acronym next to it in parentheses. E.g.: Diabetes Mellitus (DM), Systemic Arterial Hypertension (SAH), Unified Health System (SUS). Then, mention the acronym.

Acronyms with up to three letters are written entirely in capital letters (SUS, UN, CPF, UFF). Acronyms with four letters or more, read letter by letter, are written with all capital letters (UFRJ, IRPF, INPS). Exception: the spellings adopted by the institutions themselves must be respected, even in cases where the official spelling of the acronym alternates between upper and lower case letters (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.).

Acronyms with four letters or more that are read as words are written only with the initial in capital letters (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Sudene, Uerj, Ufal, etc.).

Acronyms in which the reading is mixed (part is pronounced by the letter and part as a word) are written with all capital letters: National Household Sample Survey (PNAD), National Primary Care Policy (PNAB), United Nations Development Program (UNDP), National Department of Transport Infrastructure (DNIT), Ministry of Development, Industry and Foreign Trade (MDIC), Personal Injury Caused by Land Motor Vehicles (DPVAT).

When citing cities, the state must be indicated. In written texts, the acronym of the state must be in parentheses. E.g.: 'the city of Niterói (RJ) presented the best performance in the quality of life index and the social and environmental performance of the state'. Do not abbreviate city names (e.g., Belo Horizonte - BH).

Although the plural of acronyms (PMs, CPIs, etc.) is admissible, 'Saúde em Debate' adopts their singular form. The plural can be indicated by the use of the article or the term in the plural. Military Police (PM). In the sentence: the CHA; The CPI... the Military Police of all states.

Use the en dash symbol '-' (Ctrl -) instead of the dash '—' (Ctrl Alt -) for layout reasons. The hyphen '-' is used to join words and form compound words (superhero, picture frame, etc.), as well as in other situations, such as enclisis/mesoclysis, separation of syllables, and in some words with prefixes (according to the rules of the New Orthographic Agreement of the Portuguese Language - NAOLP).

### Units of measurement

The symbols (metric system, units, chemical elements) are invariable, do not use a plural, or are followed by a period (e.g., 5 kg, not 5 kgs. or 5 kg.).

Use space between the number and the symbol: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; n = 5; 4 < 10; 7 > 3; 95% CI. Exception: Percentage symbol (10%, 30%).

The symbol °C, for degrees Celsius, is preceded by a space to express the temperature: 41.5 °C, 18 °C, 23.7 °C. Do not use 41.5°C or 41.5°C.

Units of measurement, abbreviations, and symbols must be presented with decimal places. Numerical values of measures other than statistics provided by the authors should preferably include one decimal place, except when greater precision is essential for interpretation. Do not use more than two decimal places for basic demographic information. E.g.: 'Average height of the participants: 1.7 m'; 'Weight: 68.5 kg'; 'The room has 25 m<sup>2</sup>'; 'The distance between the buildings is 120.5 m'.

### Statistics

P-values can be presented with two decimal places, except for  $p < 0.001$ , which must include three decimal places. Present the significant and non-significant p-values to no more than three decimal places. Use  $p < 0.001$  for values less than 0.001. Do not use 'NS' to indicate non-significant results. Confidence intervals (CI) and risk or hazard ratios (RR/HR) should be limited to two decimal places. For percentages, use up to 1 decimal place. For samples with 25 participants or fewer, prefer numbers ('1 out of 4 cases') rather than percentages (25%). For instruments or scales, indicate the reference range in tables (in a footnote) or figures, with reference to the source.

### Numbers and numerical expressions

Use digits (1, 2, 3...) in most circumstances. Write in full only: numbers from zero to ten (inclusive) and the terms one hundred, thousand, million, billion, trillion and others of the same type (in the same sentence, sentence or paragraph, if there are numbers below and above 11, use only digits, e.g.: 'the study interviewed 6 adolescents and 15 adults'); numbers at the beginning of sentences, headings or subtitles; common fractions (e.g., three-quarters, half a second); idiomatic uses or consecrated expressions; ordinals from first to ninth and also hundredth, thousandth, millionth,

billionth (use others in digits: 11th, 20th, 46th, 90th); when the number is enclosed in quotation marks or in published titles. Decades and ranges: Use the 1980s, 1990s (not the 80s, 90s, 1980s, or 1990s). Confidence intervals: 95% CI, 20-30 (no need to expand). For negative values: 95% CI, -20 to -30.

### Production and proofs

The diagrammed version (digital proof) will be sent by e-mail to the authors for final revision, who must return it by the stipulated deadline. At this stage of the editorial process, authors will have the opportunity to communicate if any corrections are still needed. Changes to the content are not permitted.

### Order and priority of publication

Approved manuscripts are published in the following order: Editorial, Presentation, Original Article, Essay, Review, Opinion Article, Experience report, Critical review, and Interview.

### CONTACT

Editors-in-chief (decisions and complaints)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil - CEP 21040-361

E-mail: [editorsaude Debate@cebes.org.br](mailto:editorsaude Debate@cebes.org.br)

Executive editor (editorial production)

Correspondence

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil - CEP 21040-361

Telephone: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

## Instrucciones a los autores

ACTUALIZADO EN FEBRERO DE 2026

### DIRECTRICES GENERALES

La revista 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales — en portugués, inglés y español — que posean calidad académica, relevancia social, aportes teóricos y metodológicos, y que se ajusten al alcance de la Revista. Los manuscritos escritos en inglés, de ser aprobados, deberán tener la versión final traducida al portugués.

Antes de enviar su manuscrito, le sugerimos leer la política editorial de 'Saúde em Debate' para verificar si su trabajo se ajusta al alcance de la revista. Los manuscritos enviados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no pueden enviarse simultáneamente a otra revista, ni total ni parcialmente.

El proceso de evaluación de los manuscritos enviados a 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, implica la revisión por pares (*peer review*), siendo el mérito académico el criterio utilizado en todas las fases de la evaluación.

En caso de envío de *preprints*, el autor debe indicar, en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta, el número DOI asignado y el nombre del servidor donde se depositó. La notificación del envío del manuscrito como *preprint* debe hacerse a la Revista, incluso si el depósito se realiza después del envío inicial.

La revista 'Saúde em Debate' adopta una política de datos abiertos, alentando a los autores a poner todos los datos de investigación (bases de datos, métodos, códigos y otros materiales utilizados y resultantes de la investigación) a disposición en repositorios confiables de Acceso Abierto (Véase la Lista de repositorios para el depósito de datos de investigación). Si los datos están disponibles, el repositorio debe indicarse en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta y citarse en el texto y las referencias, preferiblemente con un identificador persistente como un DOI (Véase la 'Guía de citación de datos de investigación').

### CÓMO CITAR DATOS

Autoría (personal o institucional);

Fecha de depósito de los datos de investigación;

Título de los datos de investigación, seguido del calificador [conjunto de datos];

Nombre del repositorio;

Identificador electrónico (DOI o URL).

### Ejemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>

Los artículos deben enviarse exclusivamente de forma electrónica a través del sitio web: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Tras el registro, el autor

responsable del envío creará un nombre de usuario y una contraseña para el seguimiento del proceso.

### Digital Object Identifier en los manuscritos publicados

Todos los trabajos aprobados recibirán su DOI tras su publicación final en 'Saúde em Debate'.

### TIPOS DE DOCUMENTOS ACEPTADOS

En todos los tipos de artículos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del texto y las referencias (máximo de 35 referencias y 50 para artículos de revisión). No se incluyen en el recuento: título, resumen, palabras clave, tablas, gráficos, figuras ni gráficos.

#### Artículo original

Contribuciones destinadas a difundir los resultados de investigaciones originales e inéditas, de carácter empírico o teórico, con potencial de replicación y/o generalización. El manuscrito no puede exceder las 6000 palabras.

#### Revisión

Esta categoría incluye trabajos que ofrecen una revisión crítica de la literatura sobre temas de interés para la Salud Colectiva, con una presentación detallada del método de revisión empleado, incluyendo los criterios de búsqueda, la selección, la clasificación, el registro y los protocolos adoptados. Se aceptan revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones integrativas y revisiones de alcance. El manuscrito no puede exceder las 8000 palabras.

#### Ensayo

Consiste en un análisis crítico de un tema específico relevante e interesante para el estado actual de las políticas de salud brasileñas o internacionales. Su estructura es flexible, pero debe mantener la coherencia entre las secciones. La argumentación debe sustentarse en marcos teóricos o trabajos empíricos previamente publicados. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

#### Artículo de opinión

Este texto es de carácter argumentativo e interpretativo, en el que el autor presenta su punto de vista sobre un tema de actualidad de relevancia científica, social o política. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

#### Informe de experiencia

Descripción de experiencias académicas, clínicas o de extensión, de hasta 5.000 palabras, que hagan contribuciones significativas al campo.

#### Reseña

Reseñas de libros de interés para el campo de la salud pública, a criterio del Comité Editorial. Los textos deben presentar una visión general del contenido de la obra, sus supuestos teóricos y su público objetivo, con una extensión máxima de 1200 palabras. Se debe enviar una imagen de portada de alta resolución por medio del sistema de la revista.

#### Entrevista

Un texto elaborado por al menos dos personas, en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

### CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

La revista acepta hasta siete autores por manuscrito. Excepcionalmente (en casos de investigación multicéntrica), se podrán incluir

más autores. Esta solicitud debe incluirse en la carta al editor, quien analizará su pertinencia.

La autoría otorga crédito al trabajo y tiene importantes implicaciones académicas, sociales y financieras. Las contribuciones individuales de cada autor al artículo deben especificarse según la taxonomía <https://credit.niso.org/> y otros criterios de autoría recomendados por ICMJE, que determina que el reconocimiento de la autoría se basa en la contribución sustancial, abarcando los siguientes aspectos:

- 1) Concepción o diseño del estudio; o adquisición, análisis o interpretación de los datos de la investigación;
- 2) Redacción o revisión crítica del contenido intelectual significativo del manuscrito;
- 3) Aprobación final de la versión que se publicará;
- 4) Compromiso de ser responsable de todos los aspectos del trabajo, incluyendo garantizar su exactitud e integridad.

Estas cuatro condiciones deben cumplirse plenamente. La contribución de cada autor debe constar explícitamente en la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría, firmada por todos los autores y entregada al momento de la publicación en el sistema.

La información sobre la participación de cada autor, incluyendo su Orcid correspondiente, se incluirá al final del manuscrito, en la sección 'Contribuciones de autoría'. Quienes hayan contribuido a la investigación pero no cumplan estos requisitos no podrán ser considerados autores, pero deberán ser reconocidos y mencionados en la sección 'Agradecimientos'.

## PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Al preparar los manuscritos, los autores deben guiarse por las recomendaciones de ICMJE y seguir las directrices de redacción científica para cada tipo de investigación, disponibles en el sitio web de Enhancing the Quality and Transparency of health Research (EQUATOR). Estas directrices tienen como objetivo garantizar la calidad y la transparencia en la publicación de la investigación en salud. Otras directrices son:

- Para todo tipo de estudios de mejora de la calidad, consultar la guía 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 – *checklist*);
- Para ensayos clínicos aleatorizados, utilizar la guía 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort – *checklist*);
- Para estudios observacionales, consultar la guía 'Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology' (Strobe – *checklists*);
- Para estudios cualitativos, utilizar la guía 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ);
- Para revisiones sistemáticas, metaanálisis, metasíntesis y revisiones integrativas, utilizar la guía 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses' (Prisma – *checklist* e diagrama de flujo) y sus extensiones (Prisma para búsqueda; Prisma para resúmenes y Prisma para revisión de alcance);
- Para revisiones sistemáticas sin metaanálisis, utilizar la guía 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM – *checklist*);
- Para estudios de métodos mixtos, utilizar la guía 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT);

- Respecto a las directrices CONSORT, el registro es obligatorio antes de la recogida de datos para ensayos clínicos con una de las entidades mencionadas en la sección 'Registro de ensayos clínicos';
- Para los estudios de revisión sistemática, es obligatorio el registro en la base de datos PROSPERO – Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas – antes de realizar la búsqueda;
- Para otros tipos de revisiones, es obligatorio registrarse antes de realizar una búsqueda de estudios en uno de los siguientes repositorios: Open Science Framework (OSF) o Figshare. Incluya el nombre del sitio web, el número de protocolo y el enlace de registro.

## Adecuación del manuscrito

El texto debe redactarse en Microsoft® Word o un programa compatible, en papel A4 estándar (210 x 297 mm), con márgenes de 2,5 cm en cada lado, fuente Times New Roman tamaño 12 e interlineado 1,5. Se guardará en formato .doc o .docx y se adjuntará al campo correspondiente del formulario de envío. La revista 'Saúde em Debate' proporciona una plantilla con el formato adoptado en el proyecto de diseño gráfico.

La revista no utiliza subrayado, negrita ni *cursiva* para resaltar términos. Use comillas simples para destacar expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Se utilizan comillas dobles para citas y testimonios en el cuerpo del texto. Las palabras de lenguas extranjeras deben escribirse en cursiva, excepto los nombres propios, como nombres de instituciones, programas, *software*, etc. Evite usar mayúsculas en el texto, excepto cuando sea absolutamente necesario. Evite repetir datos o información en las diferentes partes que componen el texto.

La revista no acepta notas a pie de página, notas explicativas ni apéndices. No se permite el uso de abreviaturas en el título ni en el resumen del manuscrito; solo se permiten acrónimos reconocidos internacionalmente.

Las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE. En estos casos, el número de identificación debe figurar al final del resumen y en la sección 'Material y métodos'.

## FORMATO DE ENVÍO DEL MANUSCRITO

### Texto del manuscrito

**Título** – En portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con sólo mayúscula inicial para nombres propios, hasta 15 palabras.

**Resumen** – En portugués, inglés y español, con un máximo de 200 palabras, que indique claramente: el tipo de investigación, el objetivo, el método empleado (diseño, población y procedimientos), los principales resultados y las conclusiones del trabajo. El texto debe redactarse en un estilo no estructurado, sin viñetas (introducción, métodos, resultados, etc.), sin citas ni acrónimos, excepto las abreviaturas reconocidas internacionalmente. Los **ensayos clínicos, estudios observacionales analíticos y estudios de revisión** deben incluir el número de registro al final del resumen.

**Palabras clave** – En portugués, inglés y español, conteniendo de tres a cinco palabras clave, separadas por puntos, con sólo la primera letra en mayúscula, utilizando los principales descriptores presentados en el vocabulario estructurado Descriptores en Ciencias de la Salud/Encabezamientos de Temas Médicos (DeCS/MeSH), disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>.

## Introducción

Debe ser breve, definiendo claramente el problema de estudio, justificando su importancia y las lagunas en el conocimiento. Incluya referencias nacionales e internacionales actualizadas. Describa las hipótesis o supuestos del estudio, cuando corresponda. Indique el objetivo al final de esta sección, utilizando una redacción **idéntica a la del resumen**.

## Material y métodos

Describa la investigación de forma objetiva y clara, a fin de permitir su reproducibilidad, y citar la guía de estilo de la red EQUATOR utilizada, según cada tipo de estudio.

Los estudios cuantitativos deben incluir la naturaleza/tipo de estudio, ubicación/campo de investigación, período de recopilación de datos, población/participantes del estudio, criterios de selección, muestra, variables del estudio, instrumentos y procedimientos utilizados para la recopilación de datos, procesamiento y análisis de datos, y consideraciones éticas.

Los estudios cualitativos deben utilizar las pautas apropiadas e incluir: diseño o tipo de estudio, marco teórico, ubicación y período de recolección de datos, participantes, instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

Para los estudios de revisión, siga las directrices PRISMA, incluyendo tipo de revisión, protocolo y registro, criterios de elegibilidad (pregunta de investigación, acrónimo/mnemónico utilizado, criterios de inclusión y exclusión), fuentes de información (bases de datos, bibliotecas electrónicas, literatura gris, etc.), estrategias de búsqueda, selección de estudios, recopilación (o extracción) de datos, evaluación crítica de los estudios o síntesis o resumen de resultados. Para las revisiones sistemáticas, es fundamental incluir la evaluación del riesgo de sesgo y las medidas de efecto y certeza de la evidencia.

Si la investigación involucra seres humanos o animales, se deberá registrar en el último párrafo de la sección: el cumplimiento de los principios éticos, el respeto a la legislación vigente (Resolución CNS N°466/2012 y Resolución N°510/2016 en el caso de investigaciones con seres humanos), el número del Certificado de Presentación para Revisión Ética (CAAE) y el parecer aprobatorio del respectivo Comité de Ética.

Si se utilizó una herramienta de IA, debe indicarse en esta sección, garantizando la ausencia de plagio, según el siguiente modelo: "Durante la preparación de este trabajo, el/los autor(es) utilizó(aron) [NOMBRE DE LA HERRAMIENTA/SERVICIO] para [revisión lingüística, corrección gramatical y/u organización textual]. Después de usar la herramienta/servicio, el/los autor(es) revisó(aron) y editó(aron) el contenido según fuera necesario, asumiendo plena responsabilidad por su contenido".

## Resultados

Presentan los datos recopilados de forma clara, objetiva y lógicamente secuencial, con el objetivo de cumplir los objetivos de la investigación. Pueden utilizar texto, gráficos, tablas y figuras para su presentación.

## Discusión

En el caso de la investigación cualitativa, la discusión puede presentarse junto con los resultados. Consiste en destacar e interpretar los principales hallazgos de la investigación, enfatizando los aspectos nuevos y relevantes. Debe establecer un diálogo con el marco teórico adoptado y con la literatura científica nacional e internacional, presentando las coincidencias

y discrepancias con otras investigaciones con evidencia científica actualizada por medio de un lenguaje crítico y en el tiempo pasado.

## Conclusiones o Consideraciones finales

Reafirma la tesis/objetivo del trabajo, basándose en el nuevo conocimiento generado, sin repeticiones textuales. Destaca los principales hallazgos, así como las contribuciones y limitaciones del estudio. Indica la necesidad de mayor investigación, así como las implicaciones de los hallazgos para el campo de la salud en general y la Salud Colectiva en particular. No incluya referencias ni citas en esta sección.

## ACTIVOS DIGITALES

El número máximo de figuras, gráficos, diagramas o tablas por texto debe ser de cinco (con un máximo de dos páginas cada uno), y deben estar en un formato abierto y editable. En el caso de fotografías, dibujos y mapas, deben presentarse en alta resolución (al menos 300 ppp), en color, blanco y negro o escala de grises.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben presentarse en archivos separados, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el texto (deben estar numerados e incluir título y fuente). En el texto, solo se debe identificar dónde se insertarán, con su respectivo número y título. Si se utilizan fotos, no se podrá identificar a los sujetos a menos que lo autoricen por escrito para fines de divulgación científica.

Los títulos de figuras, gráficos, diagramas o tablas deben ser claros, informativos y presentar su contenido. Incluya la ubicación y el año en que se realizó el estudio. Separe los términos con comas y no incluya un punto al final de los títulos.

## CITAS Y REFERENCIAS

### Citas

Se enumeran consecutivamente, en números arábigos superíndices, sin paréntesis y sin mencionar los nombres de los autores (excepto aquellos que constituyen un marco teórico o metodológico). En caso de ser secuencial, se indican el primer y el último número, separados por un guion. Ej.: Saúde em Debate<sup>1-4</sup>; al intercalar, deben separarse con una coma. Ej.: ... Saúde em Debate<sup>1,2,4</sup>. No debe haber espacio entre la cita numérica y la palabra que la precede. Ej.: ... Saúde em Debate<sup>3-6,16,21</sup>.

### Referencias

La revista 'Saúde em Debate' utiliza el Estilo Vancouver para las citas. Solo los autores citados en el texto deben incluirse en las referencias. Para ver ejemplos de cómo citar artículos publicados en la revista, consulte la plantilla.

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

### DOCUMENTOS QUE DEBEN INGRESARSE AL SISTEMA AL ENVIAR EL MANUSCRITO

#### 1) Carta de presentación (cover letter)

#### Muestra de carta al editor

Estimado(a) Editor(a) Jefe:

Le presento a su consideración el manuscrito titulado 'Título del Manuscrito' para su posible publicación en la revista 'Saúde em Debate'. El estudio presenta (breve descripción del tipo de estudio — p. ej.,

análisis documental, investigación empírica, revisión sistemática/de alcance, ensayo teórico, etc.) y aborda (tema central y principales contribuciones del trabajo).

El manuscrito contribuye significativamente a (destaque brevemente la importancia, originalidad o aplicabilidad de los resultados).

El tema abordado se ajusta a la política editorial de 'Saúde em Debate' (justifique).

Declaramos que el manuscrito no está siendo evaluado por otra revista y que sigue las directrices de envío establecidas por la revista.

Estamos a su disposición para cualquier aclaración o ajuste que sea necesario durante el proceso editorial.

Atentamente, (Nombre completo del autor/de los autores) (Afiliación institucional) (Correo electrónico de contacto)

## 2) Hoja de portada

Debe contener:

- Título en portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con mayúscula inicial para los nombres propios, con un máximo de 15 palabras.
- Nombre completo de todos los autores sin abreviaturas, instituciones afiliadas con hasta tres niveles jerárquicos, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico del autor correspondiente.
- Conflicto de intereses: declarar si existe conflicto de intereses. En caso afirmativo, justificarlo.
- Financiación: indique la fuente de financiación, incluyendo el número de la subvención, si corresponde.
- Agradecimientos: escriba un texto de reconocimiento de las personas e instituciones que deben aparecer al final del artículo.
- Acceda al modelo de la hoja de portada aquí.

## 3) Informe de aprobación del Comité de Ética de la Investigación

Si la investigación involucra seres humanos o animales, adjuntar el documento de aprobación del Comité de Ética correspondiente, o, para investigaciones realizadas en otros países, adjuntar una declaración que indique el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación vigente.

## 4) Declaración de responsabilidad, derechos de autor y autoría

Todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría y adjuntarla al sistema al momento de enviar el manuscrito.

## 5) Formulario de cumplimiento de Open Science

La revista adopta una política de ciencia abierta, que los autores deben seguir. Para ello, deben completar el Formulario de Conformidad de Ciencia Abierta y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del Artículo - Documento Suplementario'.

## 6) Registros

El preregistro es obligatorio para revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y ensayos clínicos. Los autores deben proporcionar el nombre del repositorio y el número de registro en la sección 'Material y métodos' y adjuntar la lista de verificación correspondiente.

## DOCUMENTOS QUE SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO TRAS LA ACEPTACIÓN DEL MANUSCRITO

### 1) Declaración de revisión de ortografía y gramática

Tras la aprobación, el texto se somete a estandarización por parte del equipo editorial, que enviará la versión estandarizada a los autores por correo electrónico para su revisión final y la revisión ortográfica y gramatical por parte de un profesional especializado. Los autores pueden elegir un revisor de la lista proporcionada por la revista. La versión devuelta con la revisión ortográfica y gramatical debe ir acompañada de una declaración firmada por el revisor.

### 2) Declaración de traducción

Si los autores están interesados en que su manuscrito se traduzca al inglés, en el caso de artículos enviados en portugués o español, deben manifestar su interés en recibir el manuscrito revisado en el idioma original. Para la traducción del manuscrito, los autores recibirán una lista de profesionales cualificados recomendados por la revista. El manuscrito traducido devuelto debe ir acompañado de una declaración firmada por el traductor.

### 3) Comprobante de pago de la tasa de publicación

Se cobra una tasa de publicación de BRL 1.000 (**actualizada en febrero de 2026**) para los manuscritos aprobados. Para los manuscritos aprobados para las secciones de entrevista y revisión, la tasa es de BRL 800. Tras la aprobación del manuscrito, los autores recibirán un correo electrónico con instrucciones sobre cómo abonar la tasa de publicación. El comprobante de pago debe enviarse a [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br) junto con el manuscrito revisado.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### Abreviaturas y símbolos

Los términos que generan abreviaturas, acrónimos o siglas deben escribirse completos la primera vez que aparecen en el texto, con las iniciales en mayúscula y el acrónimo junto a ellos entre paréntesis. Ej.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Sistema Único de Salud (SUS). Después, simplemente mencione el acrónimo.

Las siglas de hasta tres letras se escriben completamente en mayúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). Las siglas de cuatro o más letras, leídas letra por letra, se escriben todas en mayúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Excepción: se deben respetar las grafías adoptadas por las propias instituciones, incluso en los casos en que la grafía oficial de la sigla alterna entre mayúsculas y minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.). Las siglas con cuatro o más letras que se leen como palabras se escriben con sólo la letra inicial en mayúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sude, Uerj, Ufal, etc.).

Los acrónimos que tienen una pronunciación mixta (parte pronunciada como letra y parte como palabra) se escriben en mayúsculas: Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD), Política Nacional de Atención Primaria (PNAB), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Departamento Nacional de Infraestructura de Transporte (DNIT), Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior (MDIC), Lesiones Personales Causadas por Vehículos Motorizados Terrestres (DPVAT).

Al citar ciudades, se debe indicar el estado. En textos escritos, la abreviatura del estado debe ir entre paréntesis. Ejemplo: 'La ciudad de Niterói (RJ) presentó el mejor desempeño en el índice de calidad de vida y el desempeño socioambiental del estado'. No abreviar los nombres de las ciudades (p. ej., Belo Horizonte - BH).

Aunque se aceptan las formas plurales de las siglas (PMs, CPIs, etc.), la revista 'Saúde em Debate' adopta la forma singular. El plural puede indicarse mediante el artículo o el término en plural. Ej.: Agentes Comunitarios de Salud (ACS); Comisiones Parlamentarias de Investigación (CPI), Policía Militar (PM). En la oración: los ACS; Las CPI... los PM de todos los estados.

Utilice el guión corto '-' (Ctrl -) en lugar del guión largo '—' (Ctrl Alt -) por motivos de diseño. El guión '-' se utiliza para unir palabras y formar palabras compuestas, así como en otras situaciones, como la enclisis/mesoclis, la separación de sílabas y en algunas palabras con prefijos (según las reglas del Nuevo Convenio Ortográfico de la Lengua Portuguesa - Naolp).

### Unidades de medida

Los símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) son invariables, no se usan plurales ni van seguidos de punto (p. ej., 5 kg, no 5 kgs. ni 5 kg.). Se debe dejar un espacio entre el número y el símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km;  $n = 5$ ;  $4 < 10$ ;  $7 > 3$ ; IC 95 %. Excepción: símbolo de porcentaje (10%, 30%). El símbolo °C, para grados Celsius, va precedido de un espacio para expresar la temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. No utilice 41,5°C ni 41,5° C.

Las unidades de medida, abreviaturas y símbolos deben presentarse con decimales. Los valores numéricos de las mediciones que no sean datos estadísticos proporcionados por los autores deben incluir preferiblemente un decimal, a menos que se requiera mayor precisión para su interpretación. No utilice más de dos decimales para la información demográfica básica. Ej.: 'Estatura promedio de los participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'La sala tiene una superficie de 25 m<sup>2</sup>'; 'La distancia entre los edificios es de 120,5 m'.

### Estadística

Valores p: pueden presentarse con dos decimales, excepto para  $p < 0,001$ , que debe incluir tres. Presente los valores p significativos y no significativos con un máximo de tres decimales. Utilice  $p < 0,001$  para valores inferiores a 0,001. No utilice «NS» para indicar resultados no significativos. Los intervalos de confianza (IC) y los cocientes de riesgo/riesgo (RR/HR) deben limitarse a dos decimales. Para los porcentajes, utilice un máximo de un decimal. Para muestras de 25 participantes o menos, prefiera números ('1 de cada 4 casos') en lugar de porcentajes (25%). Para instrumentos o escalas, indique el rango de referencia en tablas (en una nota al pie) o figuras, con referencia a la fuente.

### Números y expresiones numéricas

Utilice numerales (1, 2, 3...) en la mayoría de las circunstancias. Escriba solo: números del cero al diez (inclusive) y los términos cien, mil, un millón, mil millones, un billón y otros del mismo tipo; números al comienzo de oraciones, títulos o subtítulos; fracciones comunes (p. ej., tres cuartos, medio segundo); usos idiomáticos o expresiones establecidas; ordinales del primero al noveno y también centésima, milésima, millonésima, milmillonésima (use otros en numerales: 11.º, 20.º, 46.º, 90.º); cuando el número esté entre comillas o en títulos publicados. Décadas e intervalos: utilice años 1980, años 1990 (y no 80s, 90s, 1980s o 1990s). Intervalos de confianza: IC del 95 %, 20-30 (no es necesario ampliar). Para valores negativos: IC del 95%, -20 a -30.

### Producción y prueba

La versión formateada (prueba digital) se enviará por correo electrónico a los autores para su revisión final, la cual deberán devolver dentro del plazo estipulado. En esta etapa del proceso editorial, los autores tendrán la oportunidad de comunicar si se requieren correcciones adicionales. No se permiten cambios de contenido.

### Orden y prioridad de publicación

Los manuscritos aprobados se publican en el siguiente orden: Editorial, Introducción, Artículo original, Ensayo, Revisión, Artículo de opinión, Informe de experiencia, Reseña de libro y Entrevista.

### CONTACTO

Editoras jefe (decisiones y quejas)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: [editorsaude Debate@cebes.org.br](mailto:editorsaude Debate@cebes.org.br)

Editora Ejecutiva (producción editorial)

Dirección de envío

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

Teléfono: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

## **Pareceristas que atuaram nesta edição**

*Reviewers who contributed to this edition*

*Revisores que contribuyeron a esta edición*

Camila Elizandra Rossi  
Celia Mathias  
Eduardo Giacomini  
Fernando Manuel Bessa Fernandes  
Flávia Cristina Silveira Lemos  
Gicelle Galvan Machineski  
Karla Coelho

Marcelo Rasga Moreira  
Maria de Fátima Lobato Tavares  
Mário Volpi  
Nilson do Rosário Costa  
Paulo Roberto Fagundes da Silva  
Raphael Mendonça Guimarães

**EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR**

Mariana Chastinet, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - e-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

**REVISÃO TÉCNICA | TECHNICAL REVIEW**

Luiza Nunes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> - e-mail: [luizapnunes@gmail.com](mailto:luizapnunes@gmail.com)  
Wanderson Ferreira da Silva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. e-mail: [revisao@cebes.org.br](mailto:revisao@cebes.org.br)

**DESIGN DE CAPA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | COVER DESIGN AND DESKTOP PUBLISHING**

Rita Loureiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <http://www.apoiocultura.com.br> - e-mail: [ritaloureiro@gmail.com](mailto:ritaloureiro@gmail.com)

**NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION**

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/englês)

André Luiz Frizon Faust (inglês/inglês)

Jean Pierre Barakat (inglês/inglês)

Lígia Girão (inglês/inglês)

Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

**INDEXAÇÃO | INDEXING****Coleções | Collections**

Portal de Periódicos da Capes

Biblioteca Virtual em Saúde

**Bases de indexação | Indexing bases**

Bibliografia Latino Americana (Biblat)

Google Scholar (Google Acadêmico)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

SciELO Brasil

SciELO Saúde Pública

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários.org)

**Repositórios temáticos | Thematic repositories**

Periódica, Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

**Diretórios | Directories**

Diadorim

Doaj

Migulim: Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

A revista Saúde em Debate é associada à  
Associação Brasileira de Editores Científicos

**CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)****DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)****NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)**

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa André Luiz da Silva Lima e Mello Alcides Silva de Miranda Claudia Maria de Rezende Travassos Itamar Lages

**CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL**

Iris da Conceição  
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)  
Maria Lúcia Freitas Santos  
**Suplentes | Substitutes**  
Ana Taisa da Silva Falcão  
Camilla Ramos Reis  
Maura Vanessa Silva Sobreira

**CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL**

Amanda Cavalcante Frota  
Carla Daniele Straub  
Carlos Octávio Ocké Reis  
Dalia Elena Romero Montilla  
Danilo Aquino Amorim  
Dimitri Taurino Guedes  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Jarmilli Silva Santos  
José Carvalho de Noronha  
Lizaldo Andrade Maia  
Luísa Regina Pessoa  
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Maria Edna Bezerra da Silva  
Ronaldo Teodoro dos Santos  
Ronaldo De Souza Costa

**SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY**

Giovanna Bueno Cinacchi

**GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER**

Cristina Santos

**EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM**

Clara Fagundes  
Francisco Barbosa  
Fernanda Regina da Cunha

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2026.

v. 50. n. Especial 1; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1



[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)