Adolescências e Tessituras

Onde o adolescer acontece: cartografia do território

1

Livro

Onde o adolescer acontece: cartografia do território

Livro 1

Adolescências e Tessituras

Comissão editorial

Cristiane Grillo

Ana Paula Martins Lara

Andréa Chicri Torga Matiassi

Anna Karina Martins de Oliveira

Bárbara Oliveira Batista

Bianca Ferreira Rocha

Jacyane Melo de Oliveira Santos

Larissa Emerick

Laura Lemos Avelar

Marcella Hannah Nunes Urubatã

Mariana Prado de Souza

Marina Diniz Luna do Nascimento

Rejane Ferreira dos Reis

Silvia Coutinho Souza Lima

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

EXPEDIENTE

Ministério da Saúde

MINISTRO
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS

SECRETÁRIA
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

COORDENAÇÃO-GERAL DE ACESSO E EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CGAEQ
Lilian Silva Gonçalves

Coordenação de Atenção as Pessoas em Conflito com a Lei – COAPC

COORDENADORA
Ethel Proença Braga

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

REITOR
Alessandro Fernandes Moreira

VICE-REITOR
Alamanda Kfoury Pereira

Faculdade de Medicina da UFMG

DIRETORA
Andréa Maria Silveira

VICE-DIRETORA
Zilma Silveira Nogueira Reis

Departamento de Medicina Preventiva e Social

CHEFE DE DEPARTAMENTO
Alzira de Oliveira Jorge

Projeto Adolescências e Tessituras

COORDENAÇÃO GERAL
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

COORDENAÇÃO ACADÊMICA
Marília Faleiro Malaguth Mendonça

COORDENAÇÃO TÉCNICA
Vinício Araújo Martins

ASSESSORIA DA COORDENAÇÃO GERAL E TÉCNICA
Ana Luiza de Oliveira Moreira

ASSESSORIA DE METODOLOGIA
Patrícia Regina Guimarães
Thereza Christina Portes Ribeiro de Oliveira

CONSULTORIA
Eloisa Grossman
Juliana Maddalena Trifilio Dias

COORDENAÇÕES TERRITORIAIS
Andréa Chicri Torga Matiassi
Bianca Ferreira Rocha
Bruna Simões de Albuquerque
Gabriela Antunes Ferreira
Gisele Araújo Magalhães
Lisley Schlens Braun
Marina Diniz Luna do Nascimento
Patricia Spyer Prates
Rejane Ferreira dos Reis

ASSESSORIAS TERRITORIAIS
Bárbara Oliveira Batista
Esther Maria Dias Kfuri
Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Larissa Brunna Marques Emerick
Laura Lemos Avelar
Marcella Hannah Nunes Urubatã
Mariana Prado de Souza
Mateus Henrique Santos de Souza Jr.
Silvia Coutinho Souza Lima

Grillo, Cristiane de Freitas Cunha [G859o]
Onde o adolescer acontece: cartografia de território / Comissão Editorial: Cristiane de Freitas Cunha, Ana Paula Martins Lara, Andréa Chieri Torga Matiassi et al. Belo Horizonte: Projeto Adolescências e Tessituras, 2026.
144p.; + anexo – (Adolescência e Tessituras, v. 1).

ISBN: 978-65-977432-2-3

1. Adolescente Saúde. 2. Estatuto da criança e do adolescente (1990). 3. Adolescentes - Relações com a família. I. Lara, Ana Paula Martins. II. Matiassi, Andréa Chieri Torga. III. Título. IV. Série.

CDU 159.922.8
CDD 155.5

Elaboração: Helenice Rêgo dos Santos Cunha – CRB 1461

Projeto gráfico
Julio Abreu

Diagramação
Julio Abreu
Nathália Guedes Lobato Tavares

Revisão
Diogo da Costa Rufatto

Produção editorial
Ana Clara Bastos

Sumário INTERATIVO

SUS e adolescências 7
- Breve histórico do SUS 8
- Avanços e conquistas do SUS 11
- Desafios estruturais 13
- Determinantes Sociais da Saúde (DSS) 15
- O SUS continua em disputa 16
- SUS, ECA e a urgência do cuidado: tecendo a rede de proteção para adolescências 17
- Referências bibliográficas 24

Educação em saúde 32
- O que significa ser educador/a no nosso dia a dia de trabalho? 34
- Em que momentos o trabalho interprofissional pode se tornar parte da rotina na APS e promover a educação em saúde? 37
- Como assegurar que ações de promoção e educação em saúde estejam alinhadas com a APS? 45
- Em quais dimensões podemos atuar para potencializarmos as práticas de educação em saúde destinadas aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo? 52
- Referências bibliográficas 54

Direito do/a adolescente à família e à comunidade 58
- Apresentação 59
- Família e comunidade 60
- Como se configuram os domicílios no Brasil? 62
- O direito à convivência familiar e comunitária: "Construir pontes e problematizar muros" 66
- Continuidade dos vínculos na saída da medida 74

Considerações finais 75
Indicações bibliográficas 77
Referências bibliográficas 78
Apêndice 81

Cultura da paz: o que está em jogo? 83
Cultura da paz e adolescência 84
Como enlaçar cultura da paz e saúde? 86
Cultura da paz na prática! 95
Referências bibliográficas 100

Direito à cidade: Lugar geopsíquico –
um fio entre histórias, palavras e escuta 104
Referências 121

Bios dos autores 123
Lista de siglas 129
Glossário SUS 134
Glossário dos capítulos 137

SUS e adolescências

Alzira de Oliveira Jorge
Márcia Rocha Parizzi
Jacyane Melo de Oliveira Santos
Anna Karina Martins de Oliveira
Ana Luiza de Oliveira Moreira
Rejane Ferreira dos Reis

Este capítulo traz uma contextualização histórica do sistema de saúde brasileiro, desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até o presente, destacando seus princípios, avanços e desafios, assim como apresenta uma breve introdução sobre o arcabouço legal voltado para os direitos das crianças e adolescentes, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). É com esta fundamentação – o entendimento do SUS como política de Estado e do ECA como imperativo legal de prioridade – que convidamos você a avançar. O texto conecta a discussão sobre o direito universal à saúde e avança para a proteção integral e os direitos específicos de crianças e adolescentes, segmento que, conforme o texto indica, vem enfrentando iniquidades históricas. O conteúdo objetiva conectar essa macroestrutura das políticas sociais aos microambientes de trabalho, possibilitando a reflexão cotidiana dos processos de trabalho e a transformação dos princípios em ferramentas práticas de acolhimento e cuidado em saúde.

Breve histórico do SUS

O sistema de saúde brasileiro antes do século 20 era bem precário, sua oferta se restringia a poucas ações de saúde pública e a atenção médica era restrita e direcionada apenas para quem tinha recursos para pagar pelos serviços. Restavam à população apenas alguns atendimentos, em geral hospitalares, apenas em algumas situações e instituições filantrópicas, como as

Santas Casas de Misericórdia, os hospitais de ensino que atendiam aos denominados "indigentes" ou outros serviços meramente caritativos e sempre focados no atendimento individual.

É somente em 1923 que é criada a 1ª Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), onde o Estado brasileiro, pela primeira vez, assume e garante a oferta de assistência médica aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. Essa se constituiu no embrião de um modelo de seguro social no país que, na década de 1930, se ampliou por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) por categorias profissionais que, posteriormente, são unificados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1966.[1]

1 Giovanella *et al.*, 2012.

Durante esse período, a assistência à saúde restringia-se aos trabalhadores formais do mercado, e havia categorias profissionais, como os rurais, as empregadas domésticas, os trabalhadores informais ou desempregados, que eram excluídas do acesso à saúde, assim como do processo econômico e social. O sistema atuava de forma pouco resolutiva, era fragmentado, de alto custo e sujeito a diversas ações de corrupção por conta da falta de controle e regulação dos prestadores de serviços.

É importante destacar que o contexto histórico e político das décadas de 1970 e 1980 era o da Ditadura Militar, com restrições políticas e de participação social, além de um forte conteúdo repressor do Governo. Muitos cidadãos foram torturados e mortos e, ao longo da década de 1970, foi crescendo a insatisfação social com o regime militar e a forte recessão econômica instaurada. Por conta disso, tomou corpo um movimento social de resistência contra a Ditadura Militar, com manifestações e organizações que começavam a vocalizar sua insatisfação.

Ao lado disso, como o sistema de saúde funcionava mal, com várias denúncias de filas enormes, falta de leitos, mau atendimento à população e notícias na mídia sobre casos de corrupção na saúde, também cresceu uma mobilização social buscando melhorias e avanços no sistema. Assim, os movimentos em prol da redemocratização do país foram catalisadores, impulsionando o debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira, liderado por um amplo e diversificado grupo composto por profissionais de saúde, intelectuais, estudantes, usuários e partidos políticos.

No início da década de 1980, esse Movimento da Reforma Sanitária ganhou força e culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que contou com a participação de 5.000 pessoas, apesar de ter sido planejada para apenas 1.000 delegados. A participação popular foi massiva e gerou uma importante crítica ao sistema de saúde existente. A partir daí, lançaram-se as bases para a proposição de um novo sistema de saúde: único, universal, gratuito e como direito de cidadania. Essa Conferência foi um divisor de águas que, pela sua legitimidade social, ao serem apresentadas aos deputados constituintes as propostas do novo sistema de saúde, esses as assumiram e as transformaram no **capítulo de saúde** da Constituição Federal de 1988.[2]

2 Brasil, 1988.

Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a **saúde como direito de todos e dever do Estado** e tendo como princípios e diretrizes fundamentais a universalidade, a igualdade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. A sua regulamentação ocorreu por meio das Leis Orgânicas da Saúde – Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 –[3] e definiu as bases para a organização e operacionalização do SUS no Brasil.

3 Brasil, 1990a; Brasil, 1990b.

Desse modo, é relevante destacar que o SUS não surgiu de uma canetada governamental, mas a partir

de décadas de lutas e mobilização social que visavam a uma saúde pública de qualidade e acessível a todos os cidadãos brasileiros. E vem se consolidando como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, marcado por vários e significativos avanços nestes mais de 35 anos de sua existência, embora também com desafios persistentes que têm dificultado sua plena efetivação.

Avanços e conquistas do SUS

Desde sua criação, o SUS tem acumulado avanços expressivos, com a implementação de diversos programas e políticas de saúde. Vale destacar algumas relevantes conquistas:

- O Brasil é um dos poucos países que oferece à sua população todas as vacinas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e com um trabalho relevante para garantia de altas coberturas.

- O SUS construiu, ao longo destes anos, uma ampla rede de serviços de saúde que vai desde as unidades básicas de saúde, passando por ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais de pequeno, médio e grande porte, unidades de vigilância em saúde, transplantes e serviços de alta complexidade, entre outros serviços, configurando hoje uma rede com cerca de 290 mil unidades de saúde espalhadas pelo país.[4]

4 Brasil, 2024a.

- Ampliação do acesso à Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em cada um dos 5.570 municípios brasileiros,

totalizando hoje mais de 50 mil equipes e quase 300 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS).[5]

5 Brasil, 2024a.

◢ Oferta de medicamentos gratuitos para as principais condições de saúde da população.

◢ Constituição de redes de atenção à saúde contemplando esse conjunto de unidades de saúde – Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatórios de especialidades, SAMU, UPA, hospitais, atenção domiciliar, academias da saúde etc. – articuladas com outras políticas setoriais como as de educação, alimentação, assistência social, saneamento, entre outras, buscando um cuidado continuado, integral, de qualidade e integrado em rede.

◢ Atendimento exclusivo ou majoritário à população, como o tratamento gratuito e integral às pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (em inglês: *Human Immunodeficiency Virus* – HIV); atendimento das urgências e emergências, e daqueles que necessitam de serviços de alta complexidade, destacando-se, por exemplo, que 90% das diálises ofertadas e 95% dos tratamentos de câncer e das cirurgias cardíacas ocorrem no SUS, que também possui o maior programa público de transplantes do mundo.

◢ Concretização da participação da comunidade na fiscalização do sistema de saúde por meio dos cerca de 70 mil conselheiros de saúde que atuam do nível local ao federal, bem como as Conferências de Saúde que acontecem periodicamente para definir as políticas de saúde e prioridades a serem implementadas.

- Melhoria dos indicadores de saúde, tais como a redução de mortalidade infantil e mortalidade materna, o aumento da expectativa de vida, o aumento da cobertura vacinal,[6] o controle das doenças epidêmicas e endêmicas e a expansão do acesso à atenção primária, além da criação e ampliação de equipamentos de saúde nos diversos níveis assistenciais no país.

6 Victora *et al.*, 2011.

Desafios estruturais

Também são muitos e relevantes os desafios que se constituem em barreiras estratégicas que impedem a plena efetivação e consolidação do SUS no Brasil.

Dentre eles, destaca-se a necessidade premente de **reduzir o subfinanciamento crônico** existente desde a criação do SUS, objetivando a inversão dos percentuais de gastos e aumentando os gastos públicos, visto que hoje o maior percentual do PIB e o gasto per capita anual são majoritariamente relativos ao setor privado no Brasil, apesar de atenderem apenas 50 milhões de pessoas e não em todas as suas necessidades de saúde.[7] Por outro lado, o sistema público/SUS tem como missão o atendimento de forma universal e gratuita a toda a população, atende todo o resto da população de forma integral e universal, além desses beneficiários de planos de saúde em várias situações, como no caso das imunizações, de todos os serviços de vigilância à saúde, dos transplantes e da maior parte dos serviços de alta complexidade. Para conseguir melhorar o financiamento do SUS, é fundamental também acabar com os subsídios públicos aos planos de saúde e reduzir as isenções tributárias ao setor privado, que envolvem bilhões de reais.

7 Piola; Vieira, 2024.

Outro desafio muito relevante para o sistema é o enfrentamento da relação público-privada no contexto

brasileiro, buscando **regular de forma mais pública e efetiva as operadoras de planos de saúde e prestadores privados**. Essa relação se constitui numa questão que tensiona cotidianamente o sistema de saúde, pois, como ele é altamente dependente do setor privado na média e alta complexidade, esse setor, por meio de seus interesses, disputa intensamente com o SUS a prestação de serviços, o financiamento e o conjunto de recursos técnicos e simbólicos do sistema.[8]

8 Teixeira; Souza; Paim, 2023; Paim; Almeida-Filho, 2023.

É fundamental garantir a **expansão do uso de tecnologias de informação e comunicação** para maior integração e articulação dos serviços, redes e políticas públicas, assim como **promover políticas de desenvolvimento industrial, ciência e tecnologia e inovação em saúde** para fortalecimento do complexo produtivo brasileiro.

Uma questão crucial para o aprimoramento do SUS consiste no desafio de **reorientar o modelo de atenção à saúde** ainda predominantemente biomédico, hospitalar e procedimento-centrado, fortalecendo práticas de promoção à saúde e ações intersetoriais direcionadas aos determinantes sociais da saúde, bem como a ampliação da cobertura na atenção básica e especializada e melhorias da qualidade do cuidado em saúde. Ao lado disso, não podemos esquecer de reforçar e consolidar a estratégia de **construir a articulação dos serviços em redes**.

Outro desafio relevante é melhorar a eficiência do SUS por meio da **profissionalização da gestão, reforço e implementação de um processo de regionalização efetiva e solidária, bem como a qualificação e fortalecimento das políticas de pessoal em saúde**, reduzindo terceirizações e a precarização do trabalho.

Por fim, é importante reafirmar a necessidade de ampliação de **investimentos em políticas promotoras de pleno emprego e de combate às desigualdades**

de renda, visto que o país, apesar de vários avanços nas últimas décadas, ainda convive com importantes desigualdades sociorregionais e agressões ao meio ambiente. Vale ressaltar que a melhoria dos indicadores de saúde também foi significativamente impulsionada não apenas pelas melhorias do sistema de saúde, mas também e especialmente por políticas como Bolsa Família, políticas de alimentação e nutrição, de educação, assistência social e todas as que incidiram para a redução das desigualdades socioeconômicas, regionais e culturais, apesar de ainda haver muito por fazer nessa direção.[9] Para isso, torna-se imprescindível discutir e atentar para a determinação social do processo saúde-doença, considerando necessário o enfrentamento aos Determinantes Sociais da Saúde.

9 Barreto *et al*, 2025; Hone *et al*, 2019; Rocha *et al*, 2021.

Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) se constituem nos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.[10] Trata-se de determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde tanto internamente quanto entre países. "Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente".[11]

10 O que é DSS, [200-?].

11 World Health Organization, 2008, p. 17, tradução nossa.

As diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores para além dos individuais, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda. Cita-se, como exemplo, que o Japão é um dos países com maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam

menos ou fazem mais exercícios, mas porque é um dos países mais igualitários do mundo. Assim, não são as sociedades mais ricas as que apresentam melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social.[12]

12 Pickett; Wilkinson, 2015; Rose; Marmot, 1981.

Aqui, vale destacar que a pandemia de covid-19 desnudou as desigualdades sociais do país e expôs a falta de investimentos e priorização das políticas sociais para conter as iniquidades, considerando os recortes de classe, raça/etnia e gênero. As pesquisas denunciaram o quanto a pandemia agravou as situações de violência a partir da interseção de marcadores, como o machismo e o racismo, o desamparo social, as desigualdades, a desatenção às necessidades específicas e a tentativa de invisibilização por parte do Estado, por exemplo, em relação à vida das pessoas LGBTQIAPN+.[13] Assim, torna-se fundamental fortalecer políticas voltadas para as demandas dos territórios e populações específicas, em especial as negras, pobres, periféricas, indígenas, pessoas em situação de rua, jovens e adolescentes em atendimento socioeducativo, além de pessoas com deficiências e outras necessidades. E, ao lado disso, reafirmar a defesa do SUS como sistema público, universal, integral e de acesso gratuito que atue na promoção, proteção e recuperação da saúde.

13 Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022.

O SUS continua em disputa

Conforme visto nos desafios ainda a serem enfrentados, nosso sistema de saúde necessita completar o seu projeto de reforma sanitária, conforme nos alerta Paim.[14] Apesar de ele estar implantado, ainda não está consolidado. E enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados às operadoras de planos de saúde, às empresas de publicidade e às indústrias farmacêuticas

14 Paim, 2009.

e de equipamentos médico-hospitalares. Por isso, conforme os autores, o maior desafio do SUS é político.[15]

15 Paim; Almeida-Filho, 2023.

Há que se reconhecer a necessidade de atuação junto à sociedade civil para a conscientização sobre o que está em disputa em relação ao nosso sistema de saúde e que o SUS só se consolidará se reforçarmos o projeto democrático popular defendido pelos atores que defendem um sistema público, gratuito e universal fortemente tensionado pelo projeto neoliberal conservador vinculado ao setor privado na saúde cujo interesse é o oposto disso, ou seja, flexibilizar cada vez mais a gestão e o financiamento de forma a ficar com a maior parcela de recursos e implementar seu modelo procedimento-centrado e hospitalar.[16] Tudo ainda está em disputa. E caberá aos usuários e à sociedade civil, incluindo o conjunto dos trabalhadores da saúde, universidades e movimentos sociais, atuarem politicamente para a defesa e o fortalecimento do SUS.

16 Paim, 2009.

SUS, ECA e a urgência do cuidado: tecendo a rede de proteção para adolescências

Consoante a toda mobilização política e social com a promulgação da Constituição Cidadã, o campo das garantias de direitos e das diversas políticas públicas seguiu em pauta; em relação à concepção da infância e adolescência, os debates promoveram um avanço importante e significativo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),[17] que excluiu o Código de Menores de 1979, reconheceu crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, e definiu que esses sujeitos devem ter:

17 Brasil, 1990c.

> [...] primazia nas políticas públicas, sendo dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do

> poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.[18]

18 Brasil, 1990c, Art. 4º.

E essa **garantia de prioridade** absoluta deve compreender a:

- primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e
- destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Ademais, os direitos enunciados no ECA:

> aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.[19]

19 Brasil, 1990c, Art. 3º, parágrafo único.

Para a construção de políticas públicas voltadas para o público infantojuvenil, qual faixa etária define o período da adolescência? A Organização Mundial da Saúde considera adolescente a pessoa na faixa etária

de 10 a 19 anos completos (19 anos, 11 meses, 29 dias), conceito também adotado pelo Ministério da Saúde (MS). São também consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade.[20] No entanto, no **campo jurídico**, a conceituação de adolescência, conforme o ECA, abrange as pessoas com a idade de 12 a 18 anos. Inclusive, para os adolescentes que se encontram nessa faixa etária, o ECA estabelece que medidas socioeducativas estão previstas em **caráter de excepcionalidade**, até mesmo porque o impacto gerado ao jovem, principalmente se privado da liberdade, pode levar a repercussões graves no seu desenvolvimento, com risco de trazer danos físicos, emocionais e sociais.[21]

20 Brasil, 2013.

21 Brasil, 1990c; Brasil, 2019.

Apesar dos avanços proporcionados pela Doutrina da Proteção Integral, definida no ECA há mais de três décadas, pela qual crianças e adolescentes deixaram de ser denominados **menores** e passaram a ser nomeados **pessoas em desenvolvimento**, as políticas públicas para crianças e adolescentes ainda são muito insuficientes em praticamente todas as áreas dos direitos sociais, com grandes repercussões negativas em suas vidas, sobretudo para aqueles que vivem nas periferias dos grandes centros, onde a população é majoritariamente negra e pobre.[22]

22 Magalhães; Bezerra, 2025.

Assim, em um contexto bem distante do ideal, muitos adolescentes e suas famílias encontram-se expostos a situações históricas e diversas de vulnerabilidade social, sendo recorrente, por exemplo: a condição de pobreza e distribuição desigual das oportunidades, vivência de abandono, evasão escolar, exploração do trabalho infantil — sendo o tráfico de drogas uma de suas expressões mais cruéis —, prisões arbitrárias, trajetória de vidas nas ruas, violência sexual, ameaças e agressões, mortes violentas, dentre outras situações extremamente graves.[23]

23 Cerqueira; Bueno, 2025; Conselho Nacional de Justiça *et al.*, 2021.

Um dado alarmante, que demonstra claramente esse quadro de violações no Brasil, é a mortalidade por causas externas. Esta ocupa o primeiro lugar na mortalidade de adolescentes e jovens negros, em uma proporção de 73% das mortes.[24] Como exemplo, em 2023, a taxa de Morte Violenta Intencional foi de 33,4 vítimas para cada 100 mil adolescentes entre 10 e 19 anos do sexo masculino e da cor/raça negra, enquanto a taxa relacionada com adolescentes da cor/raça branca do sexo masculino foi de 8,2 mortes por 100 mil. Essa comparação expressa o peso que o fator cor/raça tem na dinâmica da violência letal para essa faixa etária.[25]

Outra circunstância refere-se aos impactos ambientais decorrentes das mudanças climáticas e suas consequências na vida das comunidades de baixa renda, vitimizando, sobretudo, as populações racializadas (negros, indígenas, povos e comunidades tradicionais), periféricas, migrantes, entre outras. As crianças, adolescentes e suas famílias que vivem nessas comunidades vulneráveis (como favelas e periferias) são as primeiras a sentir os efeitos devastadores de enchentes, secas e desastres naturais. Dessa forma, o racismo ambiental tem um impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos atingidos, pois, além de os deixar expostos ao risco imediato de morte, restringe o acesso a serviços básicos, como água potável e saneamento, de estrutura urbana e de condições de moradia digna. Além disso, pode agravar ainda mais os impactos das mudanças climáticas, ocasionando enchentes e deslizamentos. Por essas razões, o conceito de promoção da saúde também deve estar acoplado ao de justiça ambiental![26]

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), esse contexto grave de múltiplas violações de direitos fundamentais tem como pano de fundo a perversidade do racismo estrutural no Brasil, responsável por

24 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2025.

25 Fundo das Nações Uidas para a Infância (Unicef), 2024.

26 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2010; Porto; Rocha, 2018; Madeira, 2024; Brasil, 2024b.

manter a população negra e indígena, historicamente vulnerabilizadas, expostas a um estado de estresse elevado e crônico – "estresse tóxico" –, com impactos irreparáveis na infância, adolescência e nas perspectivas e aspirações de vida futura.[27] De acordo com Cerqueira e Bueno:

> [...] o crivo dos marcadores raciais evidencia que, mesmo com a agenda pública nacional mais permeável ao debate racial, permanece vívida uma zona do não ser, que recusa dignidade às pessoas negras. E quando o assunto são homicídios, a recusa fica evidente.[28]

Esse cenário perverso evidencia de forma contundente a gravidade da desigualdade social no país intimamente relacionada às diferenças étnico-raciais,[29] apontando para a necessidade premente de intervenção para mudar essa realidade. Nesse sentido, nas últimas décadas, diversas políticas públicas de promoção da igualdade racial e dos direitos humanos vêm sendo implementadas no país em todas as áreas, com ações voltadas à reparação e correção de injustiças históricas, combate ao racismo, enfrentamento das desigualdades raciais com ações afirmativas e fomento ao desenvolvimento pleno de populações tradicionais e quilombolas![30]

27 Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 2010.

28 Cerqueira; Bueno, 2025, p. 73.

29 Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 2010.

30 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2025.

Vamos refletir?

- Quais princípios do ECA orientam seu atendimento?
- Como esses contextos de vulnerabilidade afetam os direitos e o cuidado de adolescentes no seu território?
- Quais competências são essenciais para o atendimento a adolescentes e como sua equipe se capacita para desenvolvê-las?

No âmbito do SUS, como uma das formas de ofertar aos/às adolescentes expostos às vulnerabilidades e iniquidades o acesso a bens e serviços sociais, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para Mulheres, Conanda, Conass e Conasems, formularam a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei* (PNAISARI) – conforme Portaria Consolidada/MS n. 2, Anexo XVII, de 2017, e Portaria Consolidada/MS n. 6, Seção V, Capítulo II, de 2017.[31]

31 Brasil, 2017ab, 2021.

Para conhecer mais detalhadamente esse percurso, convidamos você para a leitura do capítulo "Da invisibilidade ao cuidado integral: a construção histórica da PNAISARI no Brasil", assim como a navegar pela linha do tempo ***Direitos das crianças e adolescentes no Brasil, uma jornada de 500 anos: da invisibilidade à proteção integral***.

Para além da PNAISARI, frente aos grandes desafios evidenciados no enfrentamento das situações de violações de direitos humanos dos/as adolescentes e jovens, dentre as quais a morbimortalidade desse segmento populacional, espera-se também que, em breve, seja publicada a ***Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens*** (**PNAISAJ**) pelo Ministério da Saúde, direcionada para os cuidados em saúde aos adolescentes e jovens e integrada às outras políticas públicas. A PNAISAJ, que recentemente passou por consulta pública, é aguardada com grande expectativa! Quando publicada e implementada, poderá facilitar o acesso e o acolhimento adequado dos adolescentes nos serviços de saúde, uma vez que, lamentavelmente, esse público ainda permanece em grande parte invisível no sistema de saúde, cujos profissionais com frequência apresentam muitas lacunas e falta de conhecimento sobre as especificidades no

atendimento dos adolescentes, culminando no afastamento desse segmento populacional dos serviços de saúde essenciais.

Assim, considerando que a promoção da equidade, um dos princípios do SUS, está diretamente relacionada aos conceitos de igualdade e de justiça social, aos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, a maioria em condições indignas de vida, é extremamente necessário que o Estado assuma efetivamente seu papel de proteção, promoção do desenvolvimento e do bem-estar desses jovens e de suas famílias,[32] garantindo-lhes **cidadania**, com direito a justiça ambiental, moradia, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam na promoção da saúde.

32 Brasil, 2014, 2018, 2019.

SESSÃO PIPOCA

O documentário *Meio aberto*, uma produção da Visão Mundial em parceria com a Bonita Produções, oferece um olhar profundo e inspirador sobre o impacto das medidas socioeducativas em meio aberto. Disponível no canal do YouTube da organização, o filme é um recurso essencial para profissionais e pesquisadores da área. O projeto audiovisual é um desdobramento da pesquisa **Diagnóstico sobre a Política de Atendimento Socioeducativo em Meio Aberto**, realizada pela Visão Mundial a partir de um edital do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Dossiê Abrasco**: pandemia de covid-19. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2022. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2023/11/20231116_Abrasco_Dossie_Pademia_de_Covid-19_versao-final.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BARRETO, Maurício L. *et al*. **Desigualdades sociais e saúde**: abordagens inovadoras para avaliar seus efeitos na população brasileira. Salvador: EDUFBA, 2025. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/42377. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 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 – SINAJUVE. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 11 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, anexo XVII, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXVII. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2017/portaria_consolidacao_n_6_28_09_2017.pdf/view. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de Missão a Unidades Socioeducativas do Estado do Espírito Santo**. Brasília: MNPCT, 2019. Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202019/RELAT%C3%93RIO_DE_MISS%C3%83O_A_UNIDADES_SOCIOEDUCATIVAS.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo_pnaisari.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **O que é racismo ambiental e de que forma ele impacta populações mais vulneráveis**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contra-fake/noticias/2024/o-que-e-racismo-ambiental-e-de-que-forma-impacta-populacoes-mais-vulneraveis. Acesso em: 20 nov. 2025.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira. (Coords.). **Atlas da violência 2025**. Brasília: Ipea; FBSP, 2025. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/276. Acesso em: 23 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ) *et al.* **Manual para incidência da temática do tráfico de drogas como uma das piores formas de trabalho infantil**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/12/manual-incidencia-tematica-trafico-de-drogas-como-uma-das-piores-formas-de-trabalho-infantil.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Breves considerações conceituais e metodológicas sobre o Mapa de Conflitos envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: https://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/breves-consideracoes-conceituais-e-metodologicas-sobre-o-mapa-de-conflitos-e-injustica-ambiental-em-saude-no-brasil/. Acesso em: 20 nov. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **1º informe epidemiológico sobre a situação de saúde da juventude brasileira**: Violências e Acidentes. Rio

de Janeiro: Fiocruz, 2025. Disponível em: https://fiocruz.br/documento/2025/08/1o-informe-epidemiologico-sobre-situacao-de-saude-da-juventude-brasileira. Acesso em: 22 out. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O impacto do racismo na infância**. Brasília: UNICEF, 2010. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/1731/file/O_impacto_do_racismo_na_infancia.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, (2021-2023)**. São Paulo: UNICEF, 2024. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20(003).pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

GIOVANELLA, Lígia *et al*. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. ver. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

HONE, Thomas *et al*. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities. **The Lancet Global Health**, [*s. l.*], v. 7, n. 11, p.e1575-e1583, nov. 2019. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)304097/fulltext. Acesso em: 02 set. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Catálogo de políticas públicas**: Igualdade Racial. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: https://catalogo.ipea.gov.br/area-tematica/32/igualdade-racial. Acesso em: 20 nov. 2025.

MADEIRA, Daniela. O Judiciário frente às vulnerabilidades ligadas aos desastres climáticos. **Correio Braziliense**, Brasília, 30 out. 2024. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/opiniao/2024/10/6976190-o-judiciario-frente-as-vulnerabilidades-ligadas-aos-desastres-climaticos.html#google_vignette. Acesso em: 19 nov. 2025.

MAGALHÃES, A.; BEZERRA, N. Desafios para a garantia de direitos: medidas socioeducativas, maternidades e 'novas' invisibilidades institucionais. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 12 ago. 2025. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/colunista/rema/2025/08/18/desafios-para-a-garantia-de-direitos-medidas-socioeducativas-maternidades-e-novas-invisibilidades--institucionais/#. Acesso em: 29 ago. 2025.

O QUE é DSS. **Portal Fiocruz**, **[**Rio de Janeiro, 202-?]. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o--que-e/. Acesso em: 23 set. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva *et al*. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde)

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Reforma Brasileira em perspectiva e o SUS. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (orgs.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.

PICKETT, Kate. E.; WILKINSON, Richard. G. Income inequality and health: A causal review. **Social Science & Medicine**, [*s. l.*], v. 128, p. 316e326, mar. 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614008399?via%-3Dihub. Acesso em: 18 set. 2025.

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil**: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Brasília, DF: Ipea, jun. 2024. (Texto para Discussão, n. 3010). DOI: http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/fe0ed194-a4cb-498c-921f-564cc04d2129/content. Acesso em: 23 nov. 2025.

PORTO, Marcelo Firpo; ROCHA, Diogo Ferreira da. ¿Desarrollo para qué y para quién? La experiencia del Mapa de Conflictos Relacionados con la Injusticia Ambiental y la Salud en Brasil. Commons. **Revista de comunicación y ciudadanía digital**, [*s. l.*] v. 7, n. 1, p. 193-221, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.25267/COMMONS.2018.v7.i1.07. Disponível em: https://revistas.uca.es/index.php/cayp/article/view/4067/4029. Acesso em: 19 nov. 2025.

ROCHA, Rudi *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, [*s. l.*], v. 9, n. 6, p.e782-e792, jun. 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00081-4/fulltext. Acesso em: 18 set. 2025.

ROSE, G.; MARMOT, M.G. Social class and coronary heart disease. **Br Heart Journals**, v.45, n.1, p. 13-9, jan. 1981. DOI: https://doi.org/10.1136/hrt.45.1.13. Disponível em: https://heart.bmj.com/content/45/1/13. Acesso em: 10 set. 2025.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (orgs.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.

VICTORA, Cesar G. *et al*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, [*s. l.*], v. 377, p. 32-46, maio 2011. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract. Acesso em: 12 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Closing the gap in a generation**: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1. Acesso em: 21 set. 2025.

Educação em saúde

Amanda Cardelis Lins Magalhães
Ana Luiza de Oliveira Moreira
Ana Paula Martins Lara
Anna Karina Martins de Oliveira
Luciana Souza d'Ávila

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), publicada pela Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014, tem como objetivo geral "garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade".[1] Nesse sentido, para garantir a atenção integral à saúde dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo, a política define que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado dos/as adolescentes, sendo a Educação em Saúde um dos eixos dessa diretriz.

1 Brasil, 2014.

Dessa maneira, discutiremos aqui o conceito ampliado de educação em saúde e a importância das práticas de educação em saúde no trabalho dos profissionais da APS com os/as adolescentes em atendimento socioeducativo.

Você sabe o que é educação em saúde?

> A educação em saúde é um campo de teorias e práticas que trata das relações entre o conhecimento e os processos de saúde e doença das pessoas e das comunidades.[2]

2 Minas Gerais, 2023.

O conceito de educação em saúde se baseia no diálogo e na valorização de todos os saberes e experiências, tendo também como fundamento a emancipação e a corresponsabilidade no cuidado com a saúde. Sendo

assim, quando oportunizamos a troca de vivências em um ambiente acolhedor, essa prática amplia perspectivas, rompe com paradigmas estabelecidos e incentiva atitudes autônomas frente às questões de saúde.

Podemos dizer que, para estabelecer a educação em saúde, considerando a complexidade do processo saúde–doença, é fundamental conhecer, de forma integral, a realidade, as potencialidades, os hábitos e comportamentos que porventura vulnerabilizam os/as adolescentes.[3] Muitas vezes, os/as adolescentes em atendimento socioeducativo chegam aos serviços marcados/as por experiências de exclusão social, violência e estigmatização. Dessa forma, a educação em saúde, quando realizada de forma dialógica e acolhedora, pode se tornar um caminho para ressignificar essas trajetórias.

3 Santos *et al.*, 2014.

É importante pensarmos que, quando falamos de educação em saúde na APS, isso diz respeito diretamente às práticas que fazem parte do cuidado em saúde.

> ⚠ Assim, a prática educativa é parte integrante da própria ação de saúde!

Portanto, o encontro entre os/as adolescentes, a família, a comunidade, nós – profissionais de saúde –, a equipe de saúde, o/a gestor/a, ou outros atores que fazem parte da realidade vivenciada por esses/as jovens, possibilita a construção de novos conhecimentos e de mudanças favoráveis à saúde e à vida desses/as adolescentes.

O que significa ser educador/a no nosso dia a dia de trabalho?

Se entendemos que a educação ocorre nas relações com as pessoas, com a família, com o território e com os/as

trabalhadores da saúde, podemos dizer então que todos/as somos educadores/as. Vamos ver alguns exemplos?

Durante a visita domiciliar, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) orienta uma adolescente grávida sobre a importância de realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas aproveita para informar sobre hábitos de alimentação saudáveis e higiene para esse momento da gestação.

No grupo educativo com adolescentes sobre prevenção às ISTs/HIV eles/as compartilham experiências e sentimentos, discutem ideias e conceitos sobre saúde e doença. Por meio do grupo, é possível a promoção de um processo de troca de saberes e construção conjunta de um novo conhecimento. Ao final do grupo, são distribuídos preservativos e uma cartilha com orientações.

Diante disso, a APS se apresenta como um lugar privilegiado para as práticas de educação em saúde. São os/as trabalhadores/as da APS que conhecem a vida da comunidade, seus saberes populares e as necessidades das pessoas que vivem naquele território.

Nesse contexto, as práticas educativas, que buscam a integração de saberes, a autonomia e emancipação dos sujeitos, devem ser desenvolvidas com os adolescentes, promovendo o pensamento crítico e reflexivo frente às realidades vivenciadas, possibilitando a opinião nas decisões de saúde para cuidar de si.[4]

4 Santos *et al.*, 2014.

Apesar das ações de educação em saúde estarem presentes no dia a dia de trabalho na APS, muitas são as dificuldades no seu desenvolvimento. Podemos nos deparar, por exemplo, com a resistência inicial e a baixa

adesão dos adolescentes, dificuldade de diálogo com diferentes culturas juvenis, além da alta demanda de trabalho que prioriza as ações curativas em detrimento das atividades de promoção à saúde.

Esses desafios reforçam a importância da adoção de novas metodologias participativas, a construção de vínculo entre esses jovens e toda a equipe, além da formação permanente de todos os profissionais da APS (Santos *et al*., 2014).

Ao mesmo tempo, precisamos ter em mente que a educação em saúde é responsabilidade de todos/as os/as profissionais envolvidos/as no cuidado com o/a adolescente. Desse modo, nossas ações devem se dar na perspectiva interprofissional, ou seja, devemos trabalhar em conjunto, pautados nos princípios do SUS, inclusive nas ações educativas.

O trabalho interprofissional propõe a perspectiva de construir objetivos compartilhados, planejar de forma conjunta, reconhecer e articular diferentes saberes e corresponsabilizar-se pelos resultados do cuidado.[5]

5 Pan American Health Organization, [20--?].

Na prática, isso significa "sair da sua caixinha", estar disposto/a a trocar experiências e aprender com os/as demais. Essa circulação de saberes gera aprendizagem mútua e melhores resultados nas ações em saúde.[6] Vamos ver alguns exemplos?

6 Peduzzi; Agreli, 2018.

O dentista aprende com o psicólogo estratégias de comunicação com adolescentes, visando maior adesão ao tratamento.

Os agentes comunitários compartilham informações do território nas reuniões de equipe para o planejamento de ações coletivas que conversem com a comunidade.

No contexto da educação em saúde com adolescentes em atendimento socioeducativo, é importante que o trabalho interprofissional considere a complexidade de suas trajetórias e os/as escute como especialistas de si. Além disso, cada membro da equipe de saúde e da rede intersetorial deve contribuir com seu olhar sobre o/a adolescente, sua família e o território, compondo um mosaico de saberes que se complementam para o cuidado integral.

Dessa forma, as ações do serviço se tornam realistas, respeitosas e centradas no diálogo, valorizando saberes e experiências, sem reduzir a educação em saúde à transmissão de informações.

Em que momentos o trabalho interprofissional pode se tornar parte da rotina na APS e promover a educação em saúde?

- No cuidado cotidiano.
- Nas reuniões de equipe.
- Nas atividades coletivas.
- Nas ações intersetoriais realizadas no território.

Por exemplo, a equipe organiza uma roda de conversa sobre prevenção do uso de substâncias. Em vez de apenas listar riscos e consequências, os profissionais escutam como os/as próprios/as adolescentes percebem a questão em seu cotidiano, discutem alternativas viáveis no território e, junto com eles/as, definem pequenas metas de autocuidado, como reduzir a frequência do uso em determinados contextos ou identificar pessoas de confiança para buscar apoio.

Durante uma atividade do Programa Saúde na Escola, os/as adolescentes demonstram interesse por fotografia. A equipe, junto a um coletivo cultural do território, organiza uma oficina em que os/as jovens registram cenas do bairro e produzem um mural fotográfico sobre saúde, violência e convivência comunitária. O processo incentiva a reflexão crítica sobre o território e possibilita a expressão de suas vozes.

Apesar disso, a realidade dos serviços de saúde pode apresentar obstáculos ao trabalho interprofissional, como barreiras estruturais, organizacionais e culturais que dificultam a integração entre os/as profissionais e a articulação com outros setores (Quadro 1). Nesse sentido, identificar os desafios e refletir sobre caminhos possíveis significa permitirmos a construção de estratégias que fortaleçam a prática profissional, ampliem a resolutividade das ações em saúde e garantam maior conexão com a realidade do território.

Quadro 1 – Desafios e caminhos possíveis para o trabalho interprofissional na APS

DESAFIOS	CAMINHOS POSSÍVEIS
Falta de tempo e sobrecarga de trabalho	Inserir a perspectiva interprofissional em momentos já existentes na rotina de trabalho.
Comunicação fragmentada	Alinhar as informações fornecidas pela equipe.
Hierarquização entre as profissões	Estimular a valorização de todos os saberes, reconhecendo o papel de todos/as os/as trabalhadores.

Foco excessivo no modelo biológico	Promover a participação interdisciplinar e interinstitucional no cuidado em saúde.
Rotatividade de profissionais e fragilidade de vínculos	Evitar centralizar as ações, visando continuidade e corresponsabilidade.
Pouca articulação com outros setores	Fortalecer o vínculo com instituições do território, ampliando oportunidades de promoção de saúde.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Rawlinson *et al.* (2021).

Frente a isso, qual o nosso papel?

Podemos atuar como facilitadores/as de conexões dentro da equipe e com o território. Isso significa estarmos atentos/as para identificar oportunidades de integração, propor parcerias com outros trabalhadores e setores e estimular momentos de troca de experiências.

⚠ Mais do que dominar apenas o nosso trabalho, é essencial que saibamos cultivar o diálogo, transmitir saberes e criar vínculos.

Como fazer isso no dia a dia do trabalho?

VAMOS REFLETIR?

◢ Quais atitudes pessoais e profissionais posso adotar para favorecer a prática interprofissional?

◢ Quais barreiras ainda existem para a comunicação e o planejamento conjunto na minha equipe, e como posso contribuir para superá-las?

◢ Quais oportunidades existem no território para ampliar a articulação intersetorial e potencializar as ações de educação em saúde?
◢ O que significa, na prática, ser corresponsável com minha equipe?

Além de buscarmos, no nosso cotidiano de trabalho, uma atuação interprofissional, precisamos levar em conta que o grau de efetividade dessas práticas depende da adoção de um modelo de educação em saúde que considere os saberes e a realidade dos/as adolescentes no desenvolvimento de nossas práticas educativas.

As práticas de Educação em Saúde se dividem em duas correntes teórico-metodológicas principais: **o Modelo Tradicional e o Modelo Dialógico**, sendo que cada um apresenta concepções e características específicas que os fundamentam.

O modelo tradicional de Educação em Saúde caracteriza-se pela relação verticalizada entre educador – considerado o detentor do conhecimento – e o educando, considerado o receptor passivo do conhecimento. Este modelo pressupõe a adoção de comportamentos pré-definidos como ideais considerados mais saudáveis, incentivando a mudança de comportamentos de risco, sem avaliar as singularidades e os determinantes sociais envolvidos.[7]

7 Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021.

Nesse sentido, o modelo tradicional de educação está centrado na doença e na transmissão de conhecimentos técnicos sobre as patologias, determinando quais são os comportamentos "certos e errados" e desconsiderando o saber popular das pessoas.

Na realidade vivenciada na APS, a formação de um/a adolescente que se torna somente um/a receptor/a de

informações faz com que, dificilmente, ele/a transforme suas atitudes e comportamentos, já que sua realidade não é considerada pelo/a profissional durante as atividades de Educação em Saúde.[8]

8 Figueiredo; Rodrigues-Neto; Leite, 2010.

⚠ A falha em incorporar a realidade dos/as adolescentes pelo/a profissional durante o processo resulta em um conhecimento potencialmente desconectado e inaplicável.

Por outro lado, o modelo dialógico, proposto por Paulo Freire no Brasil, promove uma relação horizontal, na qual educadores/as e educandos/as aprendem por meio do diálogo, assumindo um papel ativo no processo de aprendizagem, por meio de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade. O conhecimento é construído coletivamente mediante a problematização e reflexão sobre a vida das pessoas.

Para que uma ação educativa seja promotora de um processo de aprendizagem, é necessário que exista uma situação que desafie o adolescente, de modo que ele tenha a necessidade de aceitar esse desafio, transformando-o em uma aprendizagem nova ou em novos sentidos e significados sobre a sua saúde. No modelo dialógico de educação, a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores, considerando o saber de cada um.[9]

9 Figueiredo; Rodrigues-Neto; Leite, 2010.

Dessa forma, o Modelo Dialógico de Educação em Saúde se destaca pelas experiências dos/as adolescentes e dos/as profissionais e pela possibilidade de uma construção coletiva do saber e uma visão crítico-reflexiva da realidade, favorecendo o empoderamento dos/as adolescentes como corresponsáveis pelas decisões relativas à sua saúde.

Sabemos que não há fórmulas prontas para o desenvolvimento de ações educativas, e é preciso reconhecer que adotamos práticas de atuação que são baseadas em ambos os modelos de educação em saúde: o tradicional e o dialógico. Pode haver uma mistura dos dois, ou a prevalência de um, de acordo com o contexto em que se está trabalhando.

⚠ Diante do que discutimos aqui, é importante caminhar ao encontro de práticas dialógicas de educação, considerando os saberes e as realidades dos/as adolescentes.

Portanto, para a operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, é necessário ir além do repasse de informações puro e simples e da prescrição de comportamentos saudáveis. Precisamos considerar os/as adolescentes em todas as suas dimensões, permitindo que cada um/a se expresse sobre si mesmo, reflita e tome decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida, sem a perspectiva de um modo de ser ideal, mas sim de modos melhores de viver.

Para isso, podemos considerar que cada ação educativa é uma oportunidade de encontro, que possibilita construir outro modo de relação, menos vertical e mais horizontal, que leva em consideração saberes e saúde envolvidos no seu cuidado. Veja algumas dicas que podem ajudar você no trabalho educativo com os/as adolescentes em medida socioeducativa, nas práticas de grupos e individualmente.

◢ Ouvir e acolher as falas do/a adolescente, tentando não colocar juízo de valor.
◢ Estimular a fala, a participação e a expressão de sentimentos e dúvidas.

- Ouvir e acolher as falas do/a adolescente, tentando não colocar juízo de valor.
- Estimular a fala, a participação e a expressão de sentimentos e dúvidas.
- Valorizar as diferenças entres os/as adolescentes.
- Escutar e compreender as necessidades individuais e do grupo.
- Conversar sobre temas diversos, conforme os interesses manifestados.
- Fazer das necessidades dos/as adolescentes e do grupo o ponto de partida para as ações educativas.
- Atentar para que, em situações de grupo, determinados/as adolescentes não assumam todo o tempo de fala e concentrem os assuntos somente em seus interesses.
- Reconhecer que os aspectos culturais e as crenças pessoais influenciam sua compreensão sobre saúde e seus modos de vida.
- Fortalecer o vínculo e a confiança entre adolescente/comunidade e equipe de saúde.
- Atentar para a linguagem utilizada, que precisa estar compreensível para todos.
- Discutir sobre a importância do/a adolescente e do grupo na comunidade.

Quando falamos de educação em saúde, sobretudo no território e na APS, é impossível ignorarmos os determinantes sociais. Eles são elementos estruturais que atravessam a vida dos/as adolescentes e definem em grande medida as possibilidades de viver com qualidade. A Constituição Federal de 1988 já reconhece que moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer e acesso a serviços essenciais são condições indispensáveis para a saúde.[10]

10 Brasil, 1988.

Nesse sentido, os determinantes sociais afetam questões muito próximas do nosso cotidiano, como:

racismo, violência institucional, vínculos familiares frágeis, segurança alimentar, cultura, lazer, qualidade do sono, coleta de lixo, segurança, proteção social, distribuição de renda e gênero.[11]

11 Darsie *et al.*, 2022.

⚠ São fatores que, quando desiguais, produzem mais vulnerabilidades.

Além disso, é fundamental considerarmos os determinantes subjetivos, ou seja, a forma como cada sujeito interpreta sua história, constrói sentidos para suas experiências e projeta expectativas de futuro. Essas subjetividades emergem nas narrativas, nos silêncios, nas resistências e nos modos de se vincular às instituições. Reconhecê-las é essencial para que a educação em saúde não seja apenas normativa, mas se torne um espaço de escuta, diálogo e construção compartilhada de saberes.

A PNAISARI reconhece que os/as adolescentes em atendimento socioeducativo não podem ser vistos/as apenas a partir de seus atos infracionais, mas sim considerando a rede de determinantes sociais que atravessa suas trajetórias de vida. Esses fatores influenciam tanto a produção da vulnerabilidade quanto as possibilidades de cuidado.[12]

12 Brasil, 2014.

Para que efetivamente ocorra a inclusão desses/as adolescentes, é importante refletir sobre os conceitos de igualdade e equidade. Enquanto a igualdade pressupõe tratamento igualitário a todos, a equidade busca garantir que pessoas diferentes recebam tratamentos adequados às suas necessidades, abrangendo também as famílias e as comunidades locais.[13]

13 Grillo; Raymundo; Martins, 2023.

Por isso, as estratégias de educação em saúde voltadas a esse público não podem se restringir à transmissão

unilateral de informações. Devem ser pensadas como processos dialógicos e emancipatórios, nos quais os/as adolescentes sejam reconhecidos/as como sujeitos de saber e experiência. A articulação entre determinantes sociais e subjetivos permite compreender que práticas educativas só fazem sentido quando conectadas às condições concretas de vida e acolhem as expressões singulares dos/as jovens.

Como assegurar que ações de promoção e educação em saúde estejam alinhadas com a APS?

Observe o Quadro 2:

Quadro 2 – Ações de promoção e educação em saúde e APS

O QUE	COMO
Reconhecer a intersetorialidade e a interprofissionalidade	Conectando: saúde, educação, assistência social, cultura e justiça
Valorizar a escuta qualificada	Identificando necessidades clínicas, sociais e subjetivas, situadas no território, considerando demografia, urbanização e mobilidade.
Promover protagonismo juvenil	Possibilitando que adolescentes participem ativamente do planejamento e da avaliação das ações.
Criar espaços coletivos de reflexão	Fortalecendo vínculos comunitários e ressignificando trajetórias.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dessa forma, a educação em saúde deixa de ser mera ferramenta de transmissão de informações e passa a ser instrumento de promoção da equidade e da autonomia. Ela amplia as possibilidades individuais e atua sobre as condições sociais que estruturam a vulnerabilidade, promovendo a saúde integral dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo.[14]

14 Darsie *et al.*, 2022; Brasil, 2014.

Colocar em prática esse modelo de educação em saúde envolve também efetivar o acesso dos/as adolescentes aos serviços de saúde, tendo como eixo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual, como vimos anteriormente, reforça que o acesso deve garantir a longitudinalidade do cuidado, ou seja, a construção de uma relação entre o/a adolescente e a equipe de saúde ao longo do tempo.

Esse processo nos exige a responsabilização, a manutenção de vínculo e o acompanhamento permanente, em articulação com toda a rede de atenção, considerando as diferentes condições sociais, culturais e econômicas, principalmente dos grupos mais vulnerabilizados.[15] Em outras palavras, a APS deve permitir que os/as adolescentes reconheçam os/as profissionais de saúde **como referência de cuidado,** garantindo acompanhamento contínuo e integral, não apenas físico, mas também psicológico e relacional.

15 Brasil, 2017a.

Mas, afinal, o que é considerado acesso aos serviços de saúde na APS?

O acesso envolve dimensões que garantem que as pessoas realmente consigam utilizar os serviços de forma adequada, oportuna e resolutiva, respeitando os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.[16] Além disso, o acesso envolve disponibilidade e oferta, ou seja, a existência de serviços próximos ao território onde o/a adolescente vive, horários de

16 Brasil, 2017a.

ao território onde o/a adolescente vive, horários de funcionamento compatíveis com suas necessidades, equipe multiprofissional completa e qualificada para atender a demanda.

É importante lembrarmos que o acesso não se restringe apenas à consulta, incluindo também ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, garantindo a integralidade.

⚠ Essas premissas são importantes ao colocarmos em prática a educação em saúde em todos os momentos do cuidado.

Para nos aproximarmos mais ainda da prática da educação em saúde, é importante lembrarmos que, entre os/as adolescentes em atendimento socioeducativo, a utilização da educação em saúde se revela não só como uma etapa do cuidado integral, mas também uma estratégia emancipatória, que pode ampliar as possibilidades de escolha desses jovens quanto ao seu corpo, à sua saúde e ao seu projeto de vida.

Antes de conhecermos as principais ferramentas e metodologias da educação em saúde voltadas para os/as adolescentes, vamos recordar alguns princípios e premissas que embasam todo esse processo?

Primeiro, a maior parte dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo vêm de contextos marcados por condições de desigualdades sociais profundas, por um meio ambiente degradado pela violência, pelo racismo e pela dificuldade de acesso à educação, à saúde e a outros direitos fundamentais. Essa realidade traz consigo consequências importantes, que reforçam e potencializam sua situação de vulnerabilidade, como o uso abusivo de álcool e de outras drogas; a

ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST); a insegurança alimentar; entre outros agravos.[17]

17 Brasil, 2010.

Esquema 1 – Princípios e premissas das metodologias e ferramentas da Educação em Saúde voltada para adolescentes



[1] É considerar seus projetos de vida e valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia, é acreditar que eles/as aprendem a lidar com seus problemas e seu contexto de vida, tendo o apoio e a corresponsabilidade dos/as trabalhadores da saúde, sem moralismos, controle e opressão.

[2] Busca uma forma de ajudar adolescentes e jovens a construírem a sua autonomia, por meio da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais, seja na escola, seja na comunidade e na vida social mais ampla.

[3] Envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valores pessoais.

[4] É a tomada de decisão, pelo/a adolescente, quanto á sua conduta, em lugar de ser submetido/a a valores e normas que o/a impedem de exercer seu direito de escolha na administração de sua própria vida.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Brasil (2010, 2017b)

Tais premissas e princípios se baseiam na ideia de que a informação e a educação em saúde, num sentido amplo, possibilitam ao/à adolescente dispor de conhecimentos que lhe permitirão tomar as decisões quanto à sua vida, em um caminho para o desenvolvimento de uma pessoa saudável e cidadã, e não apenas um/a usuário/a de programas. Além disso, significam acreditar que os/as adolescentes e jovens são promotores da transformação social, contribuindo decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das ações de saúde.

⚠ Ou seja, trata-se de trazê-los/as para o centro do processo como sujeitos de direitos!

Há diversas metodologias que podemos utilizar para colocar em prática a educação em saúde, as quais vão além da transmissão de informações, envolvendo a aprendizagem lúdica, a participação ativa e até mesmo a vivência comunitária.[18]

As atividades em grupo costumam ser priorizadas, uma vez que o grupo é um espaço privilegiado de escuta, trazendo o sentido de pertencimento, além de promover a construção de uma rede de proteção social. É importante, no entanto, levarmos em conta que se fazem necessárias, em alguns momentos, outras abordagens, principalmente nos casos em que os/as adolescentes precisam compartilhar questões íntimas e pessoais.[19]

Não é uma receita de bolo; o que podemos dizer é que vale a pena, diante do potencial de transformação das vidas dos/as adolescentes. Trouxemos algumas metodologias e experiências interessantes que podem ajudar nessa tarefa.

18 Brasil, 2010; Lima; Lage, 2020.

19 Gonçalves *et al.*, 2020.

Vamos lá? Clique em cada foto para saber sobre cada metodologia.



Oficinas



Jogos



Dinâmicas



Outras ferramentas

Além dessas metodologias tradicionais no âmbito da educação em saúde, discutiremos neste livro as conversações clínicas, uma importante ferramenta para o cuidado integral dos/as adolescentes. Para saber mais, veja também o capítulo “Metodologias vivas para tecer uma rede sob medida”.

Para a escolha de qual método ou tecnologia educativa vamos utilizar, é importante termos em mente qual a temática a ser trabalhada, o perfil dos/as adolescentes e sua situação de saúde, para que realmente consigamos fomentar o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia a dia, bem como o

desenvolvimento de sua autonomia e de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, às inseguranças, aos medos e aos preconceitos.[20]

Além disso, uma questão fundamental é que a adesão e o desenvolvimento de comportamentos e atitudes preventivas não dependem simplesmente da escolha pessoal dos/as adolescentes. O contexto de vida e as condições disponíveis também determinam o quanto eles/as vão conseguir esses resultados. Considerar esse processo durante a abordagem pode ajudar.

Nesse sentido, podemos nos questionar: será que temos olhado para os/as adolescentes em atendimento socioeducativo tentando enxergar além do ato infracional cometido?

20 Brasil, 2017b.

21 Grillo; Raymundo; Martins, 2023.

22 Pinheiro; Mattos, 2001.

Figura 1 – Nenhum adolescente deve ser definido por um único capítulo de sua vida



Ilustração: Alexandre Palheta Coelho
Fonte: Anjos; Ramos; Pereira (2021, p. 4)

Em quais dimensões podemos atuar para potencializarmos as práticas de educação em saúde destinadas aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo?

Quadro 3 – Dimensões para potencializar as práticas de educação em saúde destinadas aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo

DIMENSÃO DO CUIDADO
1. Propor o diálogo interdisciplinar e intersetorial com os/as adolescentes, respeitando sua cultura, seu histórico de vida, suas vulnerabilidades e seus conhecimentos adquiridos, articulados com a rede socioeducativa. **2.** Fomentar nos/as adolescentes o desejo genuíno em procurar as equipes de saúde como uma porta de entrada efetiva que favoreça o verdadeiro encontro, o vínculo. **3.** Considerar a identificação das necessidades dos/as adolescentes e de suas famílias e a absorção dos conhecimentos pelos/as usuários, o que favorece o fortalecimento do acesso aos direitos e uma maior organização dos serviços de saúde.
DIMENSÃO DA GESTÃO
◢ Garantir um acesso que assegure as respostas às demandas e às reais necessidades dos/as adolescentes, visando superar uma visão fragmentada e compreendendo os vários aspectos que fazem parte das suas necessidades de saúde. ◢ Construir propostas envolvendo uma rede de atenção e proteção articuladas para acesso dos/as adolescentes aos serviços de saúde. ◢ Ressaltar a importância da educação permanente em saúde no preparo dos/as profissionais para o trabalho com os/as adolescentes em medidas socioeducativas.

DIMENSÃO POLÍTICA

- Reafirmar o papel estratégico da APS na garantia do direito à saúde dos/as adolescentes, incentivando o conhecimento dos/as profissionais sobre essa população.
- Fortalecer o sistema integrado de serviços e políticas (rede de proteção social) para proteger, cuidar e promover o desenvolvimento integral do/a adolescente em atendimento socioeducativo.
- Apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais (saúde, assistência social e justiça), que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Vale lembrar que os/as adolescentes apresentam múltiplas dimensões de desenvolvimento em diversos contextos: social, cultural e étnico,[21] ou seja, devemos considerá-los/as de forma integral, atendendo às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e culturais, de modo a garantir ações de cuidado, educação e proteção.[22]

Portanto, não podemos esquecer que esses/as jovens, com frequência, vivenciam situações atravessadas por dimensões biológicas, emocionais, sociais, culturais e jurídicas – entre elas, a pobreza, o racismo, o estigma, a insegurança alimentar, os vínculos familiares fragilizados, a evasão escolar, a moradia precária, a circulação por diferentes instituições e a violência no território. Assim, é importante considerar os conceitos que discutimos ao longo do texto, para a prática da educação em saúde com os/as adolescentes.

21 Grillo; Raymundo; Martins, 2023.

22 Pinheiro; Mattos, 2001.

Referências bibliográficas

ANJOS, Suany Naira Rosa dos; RAMOS, Maély Ferreira Holanda; PEREIRA, Erika Cristina de Carvalho Silva. **Adolescentes em conflito com a lei**: Uma educação possível. Belém, PA: Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolecentes.pdf/view. Acesso: 21 set. 2025.

DARSIE, Camilo *et al*. A covid-19, os determinantes sociais da saúde e as iniquidades dos territórios de saúde brasileiros. **Sanare**: Revista de Políticas Públicas, [*s. l.*], v. 21, n. 2, 2022. DOI: https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1659. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1659. Acesso em: 24 set. 2025.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2025.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface**:

Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, p. e200806, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200806. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2025.

GONÇALVES, Gleice Adriana Araújo *et al*. Percepções de facilitadores sobre as tecnologias em saúde utilizadas em oficinas educativas com adolescentes. **REME**: Revista Mineira de Enfermagem, [*s. l.*], v. 24, 2020. DOI: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200002. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49982. Acesso em: 22 set. 2025.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; RAYMUNDO, Carmen Maria; MARTINS, Luiza Buzgaib. **Adolescências e juventudes na contemporaneidade**: diferentes perspectivas, diversidades, aspectos étnicos e culturais. Organização: TARCIA, Rita Maria Lino; MORAES, Sílvia Helena Mendonça de; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do (orgs.). Campo Grande, MS: Fiocruz Pantanal, 2023. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/29373/1/M%C3%93DULO-1.pdf. Acesso em: 22 set. 2025.

LIMA, Marinna Tavares Rocha; LAGE, Débora de Aguiar. **Guia de atividades lúdicas para o ensino de educação sexual**. Rio de Janeiro: NEPE/CAP-UERJ, 2020.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Curso EAD autoinstrucional**: Educação em Saúde nas práticas do ACS. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Interprofessional Health Teams**. Washington, D.C.: PAHO/WHO, [20--?]. Disponível em: https://www.paho.org/en/topics/interprofessional-health-teams. Acesso em: 23 set. 2025.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1.525-1.534, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/MR-86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt. Acesso em: 23 set. 2025.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; ABRASCO, 2001.

RAWLINSON, Cloe *et al*. An Overview of reviews on interprofessional collaboration in Primary Care: barriers and facilitators. **International Journal of Integrated Care**,[*s. l.*], v. 21, n. 2, p. 32, 2021. Disponível em: https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.5589. Acesso em: 23 set. 2025.

SANTOS, Jaqueline Silva *et al*. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, [*s. l.*], v. 14, n. 1, p. 20-26, 2014. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/article/educacao-em-saude-na-adolescencia-contribuicoes-da-estrategia-saude-da-familia/. Acesso em: 23 set. 2025.

Direito do/a adolescente à família e à comunidade

Andréa Chicri Torga Matiassi
Alessandra Félix Xavier
Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Patrícia Spyer Prates

Apresentação

Apresentação

Neste capítulo, abordaremos estratégias para garantir aos/às adolescentes o direito à convivência familiar e comunitária, um dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal[1] e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[2]

1 Brasil, 1988.
2 Brasil, 1990.

Garantir esse direito significa compreender que a convivência familiar e comunitária, além do aspecto afetivo, é um fundamento para o desenvolvimento integral do/a adolescente. É nesse espaço que ele/a constrói referências de cuidado, pertencimento e identidade, elementos indispensáveis para sua inserção social e para a prevenção de rupturas que podem levá-lo/a à exclusão.

Quando falamos da estrutura familiar e comunitária de adolescentes em atendimento socioeducativo, nos deparamos com informações muitas vezes frágeis ou incompletas sobre com quem o/a adolescente vive e convive, revelando trajetórias marcadas por rupturas de cuidado e vínculos que se desfazem, o que evidencia os efeitos da pobreza, do racismo e da violência nos territórios.

Nesse sentido, Estado, família e sociedade devem atuar de forma articulada, como propõe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), na perspectiva de um cuidado intersetorial e oferecendo condições para que cada

adolescente possa crescer em um ambiente de proteção, diálogo e reconhecimento de sua singularidade.

A partir de referências teóricas, como o livro *Janela da Escuta: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida*,[3] de orientações e publicações do Ministério da Saúde e de outros autores que apontam essa travessia delicada que é o tempo da adolescência, propomos um olhar atento e ético no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo.

3 Grillo; Rocha; Mourão, 2022.

Dessa forma, o intuito deste capítulo é pensarmos nas seguintes questões orientadoras:

- De que famílias estamos falando quando nos dedicamos aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo?
- Como podemos fortalecer os vínculos familiares e comunitários dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo?
- De que forma a sua equipe pode manter contato com o/a adolescente após a saída do meio fechado?
- Que ações intersetoriais podem ser desenvolvidas em sua região para favorecer a reinserção comunitária dos/as jovens?

Família e comunidade

Pensar um sujeito é compreendê-lo como parte de um contexto relacional, social e histórico. Todo/a adolescente está inserido/a em um ambiente familiar e comunitário que influencia diretamente seu modo "de ser, de viver e de interagir".[4]

4 Fensterseifer, 2017, p. 26.

A família e a comunidade são compreendidas, portanto, como espaços de formação e desenvolvimento humano, mas também de desafios e contradições.

Promover o diálogo, a escuta e o respeito mútuo é essencial para que os conflitos familiares e comunitários sejam enfrentados de modo construtivo.

Primeiro, é importante entendermos que a concepção de família para cada sujeito tem suas particularidades e que a ideia de composição familiar mudou e vem mudando ao longo dos anos.

O modelo tradicional – a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos/as – já não representa a única forma de organização existente. Hoje, convivemos com uma diversidade de arranjos: famílias recompostas, monoparentais, homoafetivas, extensas, entre outras. Cabe ao profissional da rede de proteção considerar a configuração familiar que o/a adolescente apresenta, valorizando os vínculos afetivos e de cuidado que a sustentam, independentemente de sua estrutura. Reconhecer a família em sua pluralidade e garantir a convivência familiar é reconhecer a dimensão humana do cuidado e reafirmar o compromisso com a reintegração social dos/as adolescentes.

Uma indicação de leitura é o texto de Maria Rita Kehl, "Em defesa da família tentacular", no qual a autora descreve a "família tentacular" como nome para os arranjos familiares contemporâneos – múltiplos, reconstituídos e com papéis menos fixos – em contraste com o da família nuclear patriarcal. Em vez de patologizar a diversidade, a autora propõe reconhecer que os "tentáculos" (novos/as cônjuges, enteados/as, netos/as, filhos/as de adolescentes, parentes acolhidos/as) ampliam a rede de cuidado e pertencimento; a autoridade paterna rígida se dilui, a maternidade não se reduz ao cuidado ao lar, e as posições tornam-se negociadas, exigindo outras formas de sustentação do conceito de família para as crianças. O desafio atual não é restaurar um conceito de família considerado "perdido", mas **dar suporte ético, jurídico e social** às configurações reais, sem culpa e sem moralismo. Assim, defender a família "tentacular"

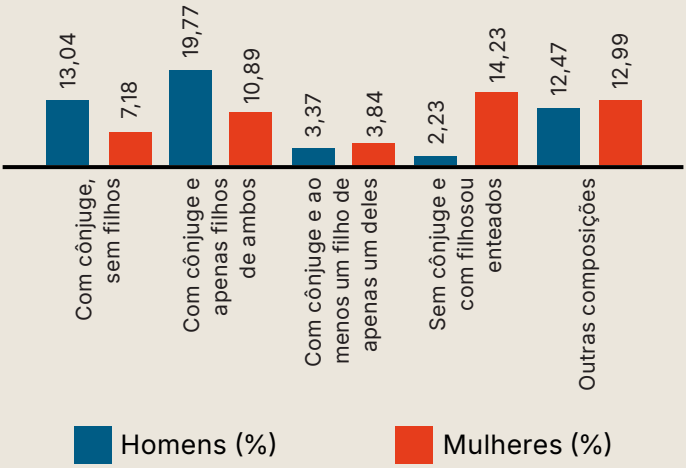
é apostar na potência desses laços plurais para produzir cuidado, em vez de tomar a diferença como sinal de decadência do conceito de família patriarcal.

Como se configuram os domicílios no Brasil?

A maioria dos domicílios no Brasil tem as mulheres como as principais responsáveis por sustentar seus lares. Muitas vezes, em condições marcadas pela desigualdade de gênero, raça e classe, representam também o núcleo de referência afetiva e material dos/as adolescentes e demais integrantes da família. Dos 75 milhões de lares, 50,8% têm liderança feminina, o que corresponde a 38,1 milhões de famílias. Já as famílias com chefia masculina somam 36,9 milhões. As mulheres negras lideram 21,5 milhões de lares (56,5%), e as não negras, 16,6 milhões (43,5%), segundo dados do terceiro trimestre de 2022.[5]

Em dados do CENSO 2020, é possível notar essa configuração muito específica. Vejamos a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Dados do Censo 2020 sobre composição de domicílios por sexo do responsável



Fonte: IBGE, 2020

5 Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), 2023, p. 6. Retirado do *Diagnóstico criança e adolescentes*.

Mais do que qualquer outra categoria, destaca-se o peso das mulheres como responsáveis pelos domicílios sem cônjuge e com filhos/as ou enteados/as: são **14,23% entre mulheres**, contra **2,23% entre homens**, indicando que esses lares são majoritariamente de responsabilidade das mulheres e que a carga cotidiana de cuidado e sustento recai com maior frequência sobre elas. Em contraste, nos arranjos com cônjuge há predominância masculina nos casais sem filhos/as (13,04% homens *vs* 7,18% mulheres) e com filhos/as de ambos (19,77% *vs* 10,68%).

Quando nos debruçamos sobre o público de adolescentes sobre os quais estamos tratando neste capítulo, é ainda mais expressiva a delicadeza da composição familiar de que falamos. De acordo com os levantamentos mais recentes do SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), como podemos verificar na Figura 2 abaixo, a mãe é, na maioria considerável, a principal responsável pelos/as adolescentes em atendimento socioeducativo.

Figura 2 – Adolescentes de acordo com o responsável principal em 2024, segundo dados do SINASE (2024)

Responsável pelo/a adolescente	Internação	Internação provisória	Internação sanção	Semiliberdade	Total	%
Avô/Avó	373	117	14	52	556	4,4%
Mãe	4.410	1.105	145	555	6.215	49,7%
Mãe e Pai	993	284	24	125	1.366	10,9%
Outros	1.075	324	54	150	1.603	12,8%
Pai	462	149	15	92	718	5,7%
Sem informação	1.241	409	42	266	2.048	16,4%
Total de adolescentes vinculados(as)	8.494	2.388	294	1.240	12.506	100,0%

Fonte: Brasil, 2026

Os dados reforçam a centralidade da **mãe** como responsável principal pelos/as adolescentes. Entendida como a pessoa que assegura cuidados, sobrevivência e desenvolvimento, é reconhecida como referência em **49,7%** dos casos e figura **sozinha** nessa posição. A responsabilidade **compartilhada por mãe e pai** aparece em **10,9%**, enquanto **apenas o pai** responde por **5,7%**.

Longe de ser circunstancial, essa centralidade materna ou a maternidade solo, em que a responsabilidade recai exclusiva ou predominantemente sobre a mulher, sem a presença ativa do pai ou do/a parceiro/a, trata-se de uma realidade estrutural entre adolescentes, em especial aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo.

Além de enfatizar o principal responsável pelo/a adolescente, outro dado importante é referente à residência dos/as adolescentes. O Levantamento Nacional do SINASE – 2024 ilustra o leque de alternativas sobre arranjos familiares, nos fazendo refletir sobre a pluralidade e a complexidade das configurações no Brasil. Na Figura 3, verificamos a distribuição dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo, segundo as diferentes composições domiciliares, permitindo uma leitura mais fina dos contextos familiares.

Figura 3 – Adolescentes de acordo com quem residem, dados do SINASE em 2024

Com quem reside	Internação	Internação provisória	Internação-sanção	Semi-liberdade	Total	%
Sem informação	5.020	1.157	161	334	6.672	53,4%
Mora com mãe somente	876	293	37	251	1.457	11,7%
Mora com mãe e irmãos/ãs	487	241	17	116	861	6,9%

Outros arranjos familiares	478	78	22	65	643	5,1%
Mora com mãe e pai	330	118	6	84	538	4,3%
Mora com avós	220	96	6	51	373	3,0%
Mora com outros familiares	201	61	13	70	345	2,8%
Mora com companheiro/a	174	43	7	52	276	2,2%
Mora com mãe, padrasto e irmãos/ãs	160	66	3	39	268	2,1%
Mora com mãe, pai e irmãos/as	147	37	9	56	249	2,0%
Mora com pai somente	133	66	3	37	239	1,9%
Mora com mãe e padrasto	117	39	4	36	196	1,6%
Mora sozinho/a	80	20	1	15	116	0,9%
Está em situação de acolhimento institucional	55	28	4	16	103	0,8%
Mora com pai e irmãos/ãs	54	24	1	7	86	0,7%
Mora com pai e madrasta	24	4	0	4	32	0,3%
Está em situação de rua	13	8	0	3	24	0,2%
Mora com pai, madrasta e irmãos	15	9	0	4	28	0,2%
Total de adolescentes vinculados/as	8.584	2.388	294	1.240	12.506	100,0%

Fonte: Brasil, 2025

Os dados continuam evidenciando a **maternidade como eixo do cuidado**: os arranjos em que a mãe está

presente, seja sozinha com os/as filhos/as, com filhos/as e irmãos/ãs, com o pai ou com o padrasto, aparecem com mais frequência do que quaisquer outros, enquanto os arranjos exclusivamente paternos são exceção. Ao mesmo tempo, chama atenção uma **grande lacuna de registro**: muitos casos não informam com quem o/a adolescente reside (53,7%). Essas ausências de informação tendem a **invisibilizar o trabalho materno** e dificultam o planejamento, o acionamento oportuno e a articulação das redes de proteção e apoio, nos fazendo perguntar: **onde esses/as adolescentes estão? Onde e com quem eles/as residem?**

VAMOS REFLETIR?

Com base nos dados apresentados, que reflexões podemos fazer na nossa prática sobre o atendimento em saúde com os/as adolescentes e com suas famílias? **Como a equipe de saúde da família pode intervir na busca desses/as adolescentes e na inserção deles/as nos cuidados em saúde?**

O direito à convivência familiar e comunitária: "Construir pontes e problematizar muros"

Como já foi dito, é dever do Estado, da família e da sociedade assegurar com absoluta prioridade os direitos dos/as adolescentes à convivência familiar e comunitária. **As adversidades – sobretudo vinculadas ao cumprimento de medidas socioeducativas – podem evidenciar fragilidades nas famílias, especialmente em contextos de vulnerabilidade social**. Muitas vezes elas evidenciam fissuras já existentes na organização familiar. Quando um/a adolescente cumpre medida socioeducativa, o afastamento temporário, as dificuldades de deslocamento e o estigma social podem

agravar essas fragilidades. Nesse cenário, a atuação dos/as profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) é fundamental para investigar, trazer perguntas e reflexões sobre o cotidiano e as adversidades, averiguando a real situação da estrutura familiar e os vínculos desse/a adolescente.

Outro ponto que cabe destacar é sobre os/as adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em municípios diferentes daqueles em que residem suas famílias. A garantia do direito à convivência familiar se torna ainda mais desafiadora. A distância física e as condições socioeconômicas não devem ser justificativa para a não efetivação desse direito.

De acordo com os dados do SINASE 2024, podemos observar uma predominância do cumprimento de medidas fora do município de residência: o equivalente a 49,1%, dado muito expressivo, ilustrado na Figura 4. Esse deslocamento é mais evidente nas internações e aparece também na internação provisória. Em sentido oposto, a semiliberdade ocorre, em geral, no próprio município, e a internação-sanção[6] mostra tendência semelhante. Esses dados ilustram o risco de ruptura de vínculos familiares e escolares, reforçando a necessidade de as redes de proteção e cuidado dos/as adolescentes estarem atentas para preservar ou promover esses vínculos, assegurando a convivência familiar, apesar do distanciamento.

Figura 4 – Adolescentes por município de cumprimento da medida socioeducativa, em 2024

Cumprimento da medida	Internação	Internação provisória	Internação sanção	Semiliberdade	Total	%
Cumprem no município de residência	3.837	1.112	152	767	5.868	46,9%

6 Internação-sanção é a medida restritiva de liberdade prevista no art.122, III, ECA, aplicada ao adolescente que descumpre medida mais branda, de forma reiterada e injustificada. Ela possui características específicas que as difere da internação definitiva, prevista nos demais incisos do mesmo artigo. (ALEXANDRE, 2018)

Não cumprem no município de residência	4.400	1.206	134	396	6.136	49,1%
Sem informação	347	70	8	77	502	4,0%
Total de adolescentes vinculados/as	8.584	2.388	294	1.240	12.506	100,0%

Fonte: Brasil, 2025

É fundamental que os/as técnicos das eSF impulsionem a construção de uma rede de cuidado que favoreça e sustente o vínculo familiar e comunitário. Essa rede pode envolver parcerias de modo a viabilizar estratégias, tais como:

1. Encontros virtuais entre adolescente e familiares.
2. Apoio financeiro e logístico para o transporte das famílias, em parceria com a assistência social e os conselhos de direitos.
3. Produção de materiais afetivos (cartas, vídeos, mensagens) que possam circular entre o/a adolescente e a família.
4. Criação de espaços comunitários de convivência, articulação com a escola e os equipamentos culturais, ampliando a rede de apoio e os laços comunitários.

Outro ponto que cabe destacar é a importância de garantir esse direito aos/às adolescentes com filhos/as e às adolescentes gestantes e/ou lactantes: "garantia de direitos de adolescentes e jovens a quem se atribua a prática de ato infracional e que estejam gestantes, lactantes, puérperas ou sejam mães, pais, ou cuidadores/as de crianças e pessoas com deficiência".[7]

7 Brasil, 2024b, p. 5.

Na Figura 5, temos os dados do SINASE de 2024 sobre esses/as adolescentes e podemos observar que a **maior concentração (57,1%)** corresponde a **adolescentes**

com filhos/as menores de 12 anos, sendo que **31 delas estão em regime de internação**, o que indica que **a maternidade precoce é uma realidade significativa entre adolescentes privadas de liberdade**. Em seguida, aparecem as **gestantes (9,5%)** e as **lactantes (6,3%)**, o que reforça a presença de **situações de gestação e maternagem dentro do sistema socioeducativo**.

O dado mais preocupante, contudo, é o de **22,2% sem informação**, o que revela **fragilidades no registro e acompanhamento institucional** – especialmente em um tema tão sensível quanto o exercício da maternidade na adolescência.

Figura 5 – Adolescentes que gestam 2024)

Adolescentes que gestam	Internação	Internação provisória	Internação-sanção	Semi-liberdade	Total	%
Com filhos/as menores de 12 anos	31	2	3	0	36	57,1%
Gestantes	2	2	0	2	6	9,5%
Gestantes e com filhos/as menores de 12 anos	1	0	0	0	1	1,6%
Lactantes	1	0	0	3	4	6,3%
Lactantes e com filhos/as menores de 12 anos	2	0	0	0	2	3,2%
Sem informação	9	3	0	2	14	22,2%
Total de adolescentes vinculadas	46	7	3	7	63	100,0%

Fonte: Brasil, 2025

A família e a comunidade nas quais o/a adolescente está ou esteve inserido/a podem se constituir tanto como espaços de proteção, cuidado e pertencimento, quanto como cenários de conflito, negligência, sofrimento ou risco. Da mesma maneira, a comunidade –

vizinhanças, espaços de convivência, equipamentos sociais – pode funcionar como rede de sustentação ou, em certos contextos, como lugar de exposição a vulnerabilidades e violências.

Reconhecer essa ambivalência é essencial para que os/as profissionais apostem na potência de cada adolescente, na capacidade que cada um/a tem de se reinventar e de construir laços significativos, mesmo em trajetórias marcadas por descontinuidades.

É fundamental escutar o/a adolescente para que ele/a possa, no próprio tempo, com seus silêncios e palavras, delinear os laços que lhe são possíveis e que favoreçam a construção ou o reconhecimento do seu lugar de pertencimento, de inserção social e garantia de seus direitos. Para que essa construção seja possível, é preciso ofertar ao/à adolescente, além da escuta delicada e respeitosa, aquilo que ele/a sabe sobre si, um espaço no qual ele/a se sinta seguro e confiante para dizer de si. O tempo para essa construção é o tempo do/a adolescente, e jamais um tempo imposto por protocolos e por expectativas externas.

Com isso em vista, é importante reconhecer e fortalecer os vínculos que o/a adolescente mantém, seja com familiares, seja com amigos, lideranças comunitárias e/ou outros atores sociais, considerando-os na elaboração de cada Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa diretriz privilegia a singularidade, que é parte importante do desenho de cada PTS, já que não considera um protocolo ou uma indicação preestabelecida para o cuidado daquele sujeito, mas busca – a partir da demanda que é dirigida ao/à profissional – a incorporação de elementos que são particulares de cada caso.[8] Alinhado ao desenho do SUS, o PTS parte do princípio da humanização, ou seja, da ideia da "valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde".[9]

8 Rio Grande do Sul, 2022.

9 Brasil, [2011], p. 15.

Outro instrumento que pode auxiliar na construção de pontes é o Plano Individual de Atendimento (PIA), que é desenvolvido pelo/a técnico/a de referência da medida socioeducativa, a partir de seu encontro com o/a adolescente. Conforme o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o PIA "estabelece metas e atividades voltadas ao desenvolvimento pessoal e social dos/as adolescentes no sistema socioeducativo",[10] e é tecido desde a inserção do/a adolescente nas políticas da socioeducação, sejam elas em meio aberto ou fechado. É importante que esse documento não seja **apenas** um cumprimento de protocolo, recaindo unicamente sobre o/a adolescente a responsabilização da medida.

10 Brasil, 2024c.

É dessa maneira, entendendo que há em cada adolescente uma infinidade de potências e de possíveis implicações, que o atendimento para esse público deve ser alcançado em maior integralidade. A partir desse olhar, podemos direcionar, por meio da articulação desses dois instrumentos de suma importância, o encontro do/a adolescente com a sua referência de saúde, sem desvinculá-lo/a de sua referência socioafetiva e do território para onde irá retornar.

São vários os desafios para garantir o acesso integral à saúde dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo, especialmente no meio fechado, situação em que, muitas vezes, esse sujeito conta com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. É papel das equipes da Saúde da Família resgatar, construir e ressignificar esses laços, considerando as condições de vulnerabilidade e de risco associadas a algumas trajetórias familiares e comunitárias.

O conceito de saúde abarca muito mais do que o bem-estar físico. Compreende também o "cuidado" como garantia de acesso aos direitos, ou seja, cuidar de adolescentes em atendimento socioeducativo é, entre outros aspectos, assegurar que eles/as tenham

o direito de conviver em família e comunidade, encontrando nesses espaços apoio, afeto e oportunidades de recomeço.

Separamos algumas perguntas que costumam nos orientar na promoção de uma conversa menos engessada com os/as adolescentes. Ressaltamos que não se trata de um roteiro fixo a ser metodicamente reproduzido, mas de ideias que podem nos mobilizar para outros tipos de encontro com o/a adolescente. Invariavelmente, é a partir da fala do/a adolescente que o/a profissional irá dirigir sua abordagem, respeitando a delicadeza de cada caso e de cada história e o limite que o/a adolescente apresenta. Essas perguntas, então, são sugestões, podendo ser feitas, ou não, no decorrer de alguns encontros. É importante que esse trabalho aconteça somente depois que o/a adolescente se sinta seguro/a, confiante e à vontade para falar conosco, profissionais de saúde. São elas (Figura 7):

Figura 7 – Questionamentos com potencial de promover conversas mais fluidas com adolescentes

◢ Que tal me contar algo sobre você?
◢ Existe algum lugar na sua comunidade em que você se sente bem?
◢ O que você quer falar sobre as pessoas com as quais você conviveu até hoje?
◢ Vamos falar sobre as suas relações de afeto e, se houver, de desafetos?
◢ Quais foram suas referências afetivas ou de cuidado durante a infância?
◢ Quem você considera importante para você nos dias de hoje?
◢ Você se sente responsável por alguém?

◢ Com quem você se importa?
◢ Houve rompimentos em alguma das suas relações? Com quem? Quando foi? O que você pensa sobre esse rompimento? Tem algo que você gostaria de fazer em relação a isso?

A cada final de encontro, vale certificar com o/a adolescente se a rede construída até então, que pode ser alterada em outros encontros, corresponde ao que ele/a apresentou. Lembrando que é importante sempre considerar o que o/a adolescente traz sobre sua própria história e o seu tempo de construção – que é também singular, é o tempo de cada um/a.

Mas a família e a comunidade? Onde entram nisso?

A abordagem da família e da comunidade deve ser inserida no projeto de cada adolescente, que pode ser trabalhado tanto no PIA quanto no PTS, já citados anteriormente. Esses documentos apontam o chamado e a participação da sociedade civil como interlocutora também das políticas de proteção, fomentando a garantia da continuidade das políticas do período pós-medida. Assim como a escuta do/a adolescente, a escuta da família deve ser respeitosa, ética, sem julgamentos morais e em ambiente seguro.

O contato com familiares deve ser construído com a participação do/a adolescente. Nem sempre a família se mostra disponível de imediato, e isso deve ser trabalhado levando em conta as razões que possam perpassar essa indisponibilidade. É importante que a família tenha também seus direitos garantidos, e essa garantia pode ser o primeiro passo para inseri-la no cuidado com o/a adolescente, de modo que ele/a retorne à família sempre que necessário, com sensibilidade e atenção, incluindo-a na rede de proteção dos seus direitos quando possível. Algumas sugestões de perguntas que podem ser feitas aos familiares (Figura 8):

Figura 8 – Sugestões de perguntas que podem ser feitas aos familiares no atendimento

◢ Você teve acesso às políticas sociais antes da medida do/a adolescente?
◢Você conhece o sistema de garantia de direitos?
◢Você tem/teve acesso ao SUS? Em qual situação?
◢Onde o poder público falhou com a sua família?
◢ Qual tempo você tem disponível para o cuidado desse/a adolescente?
◢ O que é possível fazer para garantir os direitos da sua família a partir de agora?
◢ Você tem alguma questão que gostaria de fazer ou algo mais a dizer?

Continuidade dos vínculos na saída da medida

Sobre as políticas pós-medidas no seu município, há uma política efetiva e inclusiva atuando em rede e salvaguardando vidas e a não reincidência?

É importante problematizar as **reincidências** e seus impactos, e garantir que os laços construídos ou fortalecidos no meio fechado possam persistir e serem reinventados na medida em meio aberto ou no retorno ao convívio social.

A saída da medida não pode ser vista apenas como um avanço jurídico ou administrativo; trata-se, sobretudo, de uma oportunidade de reinscrição do/a adolescente em sua história, em sua família e em sua comunidade. Manter e fortalecer esses vínculos é, portanto, essencial para que o/a jovem não retorne à posição de exclusão que pode contribuir com a prática infracional.

Quando o/a adolescente é desligado/a da medida socioeducativa, não é apenas a parte legal que

muda, é também um momento de encontrar um lugar. Para ele/a, isso pode ser vivido como uma passagem delicada, cheia de expectativas, medos e possibilidades, tornando a família e/ou a comunidade essenciais nesse processo. São esses vínculos que ajudam o/a adolescente a se reconhecer como sujeito, a encontrar pertencimento e a construir novos projetos de vida. O trabalho dos/as profissionais, nesse contexto, não termina quando a medida é extinta. Ao contrário: é fundamental manter a escuta e o vínculo para que o/a adolescente não viva esse momento como um abandono, mas como a abertura de novos caminhos.

Dicas

1. Sustentar espaços de escuta para que o/a adolescente possa falar da sua relação com a família e/ou com a comunidade.

2. Apoiar a mediação dos laços familiares, ajudando no diálogo e no fortalecimento das relações.

3. Articular parcerias com a escola, a saúde, a assistência social e a comunidade, ampliando a rede de apoio.

4. Continuar acompanhando o/a adolescente após a saída do atendimento socioeducativo, garantindo que ele/a se sinta lembrado/a e acolhido/a.

Considerações finais

Promover o direito à convivência familiar e/ou comunitária é um ato ético, político e clínico. Exige compromisso, escuta e presença ética. Ao trabalhar nessa direção, nós, profissionais da APS, contribuímos não

apenas para a saúde do/a adolescente e da família, mas também com o reconhecimento mais amplo e plural dos/as jovens como sujeitos de direitos. Salvaguardar os direitos das crianças e dos/as adolescentes é um compromisso de todos: **Estado, Sociedade e Família.**

O sujeito se constitui a partir dos vínculos que o atravessam – primeiro os vínculos familiares, depois os comunitários, sociais e institucionais. Para o/a adolescente em atendimento socioeducativo, muitas vezes marcado/a pela ruptura desses laços, o desafio é reencontrar na família, na comunidade, nos profissionais e na escola possibilidades de reconhecimento que lhe permitam (re)posicionar-se em sua própria história.

A manutenção e o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários não são apenas estratégias socioeducativas: são atos clínico-políticos, pois tocam diretamente na subjetividade do/a adolescente. Nesses laços, ele/a pode encontrar espaço para elaborar suas angústias, sustentar seu desejo e reconhecer-se como sujeito de direitos, e não apenas como objeto de medidas disciplinares.

Cabe a nós, profissionais, a conduta de não reduzir o/a adolescente à sua infração ou à sua condição de cumprimento de medida, mas escutá-lo/a em sua singularidade. Isso significa reconhecer sua palavra, sua história e seu contexto, apostando na potência que emerge quando é possível cuidar de um vínculo. Nesse sentido, a ética se alia ao cuidado como diretriz fundamental: cuidar é sustentar a presença, oferecer escuta, reconhecer diferenças e possibilitar caminhos.

Nosso trabalho como profissionais da saúde, ao apoiar a continuidade desses vínculos, inscreve-se, justamente, como ponto de abertura para que a saída da medida não seja vivida como abandono ou ruptura, mas como passagem para novas formas de pertencimento. A família, com todas as suas configurações,

e a comunidade, com suas diversidades e contextos, podem tornar-se referências importantes e seguras para os/as adolescentes construírem uma nova maneira de exercer sua cidadania. Conclui-se, portanto, que a aposta ética e clínica é no sujeito adolescente, em sua capacidade de reconstruir seu trajeto quando encontra vínculos nos quais pode se apoiar. A família e/ou a comunidade, articuladas pelo cuidado e pela escuta profissional, tornam-se atores imprescindíveis para que o/a adolescente encontre um lugar.

Indicações bibliográficas

ALEXANDRE, Márcio da Silva. A internação-sanção e o devido processo legal. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT)**, Brasília, DF, 5 fev. 2018. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2018/a-internacao-sancao-e-o-devido-processo-legal-juiz-marcio-da-silva-alexandre>. Acesso em: 8 jul. 2026.

BORGES, Giovanna Mara de Aguiar. O cuidado com a adolescência em rede: o Janela da Escuta e a tessitura artesanal do cuidado compartilhado. *In*: GRILLO, C.; ROCHA, B.; MOURÃO, M. (Orgs.). **Janela da Escuta**: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022. cap. VII, p. 381-388.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; ROCHA, Bianca Ferreira; MOURÃO, Mateus (orgs.). **Janela da Escuta**: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

KUPERMANN, Daniel. **Adolescências**: entre o mal-estar e o sintoma. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

LACADÉE, Philippe. **O despertar e o exílio**: adolescência e passagem. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

SIQUEIRA, Márcia Rocha Parizzi; COUTINHO, Fernando Libânio; SAADE, Ana Cristina Torga; BORGES, Giovanna Mara de Aguiar. Rede de atenção integral à saúde do adolescente de Belo Horizonte. *In*: GRILLO, C.; ROCHA, B.; MOURÃO, M. (Orgs.). **Janela da Escuta**: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022. cap. VII, p. 389-420.

Referências bibliográficas

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Caderno de textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização. [Brasília: Ministério da Saúde, 2011]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Guia para a qualificação da atuação do Poder Judiciário no Plano Individual de Atendimento Socioeducativo**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (CNJ); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2024a. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/10/guia-qualificacao-pia.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Guia para implementação da resolução CNJ n. 369/2021 no âmbito do sistema socioeducativo**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (CNJ); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2024b. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/06/guia-resolucao-369.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. CNJ lança guia para fortalecer atendimento individualizado a adolescentes do socioeducativo. **Portal CNJ**, [*s. l.*], 1 out. 2024c. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/cnj-lanca-guia-para-fortalecer-atendimento-individualizado-a-adolescentes-do-socioeducativo/. Acesso em: 24 dez. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento Nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 24 set. 2025.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Diagnóstico**: criança e adolescentes. São Paulo: DIEESE, 2023.

FENSTERSEIFER, Lisa. A capacidade de resolução de conflitos como indicador de saúde das famílias. *In*: GONÇALVES, B. D.; MARTINS, F. F. S. (Orgs.). **Esculpir a Psicologia**: diversidades e contribuições contemporâneas. Curitiba: CRV, 2017. p. 26-42.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; ROCHA, Bianca Ferreira; MOURÃO, Mateus (orgs.). **Janela da Escuta**: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2020**: população residente, por sexo e grupos de idade, segundo os municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/. Acesso em: 14 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

Apêndice

DOCUMENTO ORIENTADOR PARA APOIAR O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS FAMILIARES

1. Escuta e acolhimento

☐ Ofereci espaço seguro para o/a adolescente falar sobre sua família?
☐ Validei os sentimentos dele/a em relação às dificuldades vividas no ambiente familiar?
☐ Ouvi também a família, acolhendo suas angústias e expectativas?

2. Mapeamento de vínculos

☐ Identifiquei quem são as pessoas significativas para o/a adolescente (parentes, vizinhos/as, comunidade)?
☐ Entendi como esses vínculos funcionam (protetivos, fragilizados, conflituosos)?
☐ Registrei essas informações para orientar a equipe?

3. Apoio ao diálogo familiar

☐ Facilitei encontros mediados entre adolescente e família?
☐ Promovi rodas de conversa ou atividades conjuntas que favoreçam o diálogo?
☐ Incentivei a família a reconhecer avanços e conquistas do/a adolescente?

4. Articulação intersetorial

☐ Acionei serviços de apoio à família (CRAS, CREAS, CAPS, Conselho Tutelar)?
☐ Busquei parcerias com a escola e a comunidade para ampliar suporte?
☐ Encaminhei a família a benefícios sociais ou atendimentos de saúde, quando necessário?

5. Continuidade do acompanhamento

☐ Combinei formas de manter contato após a saída do meio fechado?

☐ Acompanhei a reintegração do/a adolescente à família e à comunidade?

☐ Incentivei a construção de um projeto de vida que envolva também a família?

6. Reflexão da equipe

☐ A equipe discutiu casos e estratégias para fortalecer vínculos familiares e comunitários?

☐ Identificamos práticas que estão funcionando bem?

☐ Reconhecemos pontos que precisam ser melhorados?

Dica

Este documento pode ser impresso, colocado em pranchetas ou usado em reuniões de equipe para orientar ações práticas e manter o foco na convivência familiar e comunitária.

Cultura da paz: o que está em jogo?

Alessandra Félix Xavier
Luciana Souza d'Ávila
Luan Gomide de Sousa Cândido
Letícia Caroline Faria Marcelino
Silvia Coutinho Souza Lima

A minha alma tá armada
E apontada para a cara
Do sossego
Pois paz sem voz
Paz sem voz
Não é paz, é medo
Às vezes eu falo com a vida
Às vezes é ela quem diz
Qual a paz que eu não quero conservar
Pra tentar ser feliz...

"Minha Alma", O Rappa (1999)

Cultura da paz e adolescência

Em territórios onde a desigualdade, a violência e o abandono fazem parte do cotidiano, o que estamos chamando de cultura de paz? Como falar sobre paz com adolescentes que cresceram tendo que se defender o tempo todo? Como criar espaços de cuidado quando a confiança nas instituições muitas vezes nunca existiu?

Ressignificar a paz em ações não violentas de promoção de direitos, pela vida e pela liberdade dos/as adolescentes é a orientação deste capítulo. Afinal, você tem saúde sem paz? Você tem saúde ou paz, sabendo de tantas violências ao seu redor?

A paz e a segurança pública que conhecemos hoje seguem marcadas pela lógica das armas e da violência. Antes da colonização, este território era chamado de

Pindorama, "terra das palmeiras" ou "terra sem males", pelos povos originários. *Lembá*, palavra da etnia africana bantu, aproxima-se do sentido de paz, enquanto *catu*, do tupi, remete ao "fazer o bem". No entanto, o Brasil foi construído sobre bases de exploração do trabalho, invasão de terras e mercantilização dos recursos, sustentando-se historicamente em estruturas racistas, patriarcais e voltadas ao acúmulo de riquezas por poucas famílias.

O racismo e a escalada da violência contra as populações originárias da América e da África e seus descendentes são exponenciais desde a colonização até os dias de hoje. O sociólogo argentino Raul Zaffaroni previu, em meados da década de 1970, o genocídio da juventude latino-americana ainda maior do que no período da colonização: "A projeção genocida de um tecno-colonialismo correspondente à última revolução (tecnocientífica) faria empalidecer a cruel história dos colonialismos anteriores".[1]

1 Zaffaroni, 1991, p. 6 *apud* Cândido, 2022, p. 56.

As projeções de Zaffaroni estão concretizadas nos dados da política de segurança pública e paz proposta pelo Estado. Atualmente, o País mata mais de cinco mil pessoas ao ano em operações policiais e aprisiona mais de um milhão, considerando unidades de internação, prisões e comunidades terapêuticas.[2]

2 Brasil, 2025.

Quando pensamos em cultura de paz, quais conceitos, imagens e simbologias costumam surgir? A origem religiosa é a primeira resposta que aparece em uma busca rápida na internet. Uma pomba branca arremessada ou voando ao céu, pessoas em cirandas irmanadas, entoando o grito pela paz... Mas que cultura de paz é essa? Como podemos pensar em cultura de paz para meninos e meninas que vivem em situações de vulnerabilidades desde que nasceram ou pouco depois disso? A paz pode ser então ter três refeições no dia, ter uma família com mãe e pai presentes, não ser atravessado

pela violência doméstica, conseguir frequentar escola, poder sair de casa e voltar sem medo de morrer...

Nesse contexto, então, a cultura de paz é permeada por negligências, invisibilidade, sonhos restritos, violência e desamparo social. A poeta Naruna faz uma denúncia impactante sobre a paz e nos convida a refletir sobre que sujeitos são esses de direitos, ora amparados na lei e ora desprovidos dela:

> [...] A paz é muito branca, a paz é pálida, a paz precisa de sangue, [...] A paz só aparece nessas horas em que a guerra é transferida, agora é que a cidade se organiza? Pra salvar a pele de quem? A minha que não é. [...] Quem vai ressuscitar o meu filho? Joaquim. [...].[3]

3 Poeta: Naruna, 2017.

Essa provocação nos convida a reconhecer a profunda contradição presente no discurso da cultura de paz em contextos em que direitos básicos seguem sendo negados. **Não há como promover políticas de paz eficazes quando as pessoas vivem sob a lógica da sobrevivência, encontrando inclusive na violência uma forma de afirmação, proteção e até de busca por dignidade**. Para esses sujeitos, "paz" não se traduz em ausência de conflito, mas em acesso a condições mínimas de existência: moradia digna, escola de qualidade, oportunidades de trabalho, segurança alimentar, afeto e pertencimento.

Como enlaçar cultura da paz e saúde?

Nos capítulos anteriores, vimos que a realização do direito à saúde está relacionada à garantia e ao exercício dos demais direitos humanos, entre eles, o direito à paz. Em outras palavras, podemos dizer que **ter o direito à paz garantido é ter a liberdade de experimentar a realização do direito à saúde e o direito à educação,**

a um salário justo e a uma moradia digna.[4] Será que temos conseguido promover políticas de saúde também em equipamentos precarizados, localizados em territórios vulnerabilizados em que a cultura de paz não é possível? No Brasil e em outros países que trazem a saúde como um direito fundamental, essa relação está presente no ordenamento jurídico – da Constituição, às políticas de saúde – tendo a defesa da Cultura da Paz como um dos eixos dessas políticas.[5]

4 Franco, 2007.

5 Brasil, 1988, 2018; Campos, 2021.

Ter essas premissas em mente é muito importante no cuidado de adolescentes em atendimento socioeducativo, uma vez que há uma ideia difundida na sociedade de que a garantia de direitos como ambiente saudável, alimentação adequada ou acesso à educação seriam regalias. Tal visão revela "uma concepção preconceituosa de que o adolescente deve ser punido e mantido na invisibilidade",[6] potencializando a exclusão social e a vulnerabilidade a que está submetido e alimentando o ciclo de violência.

6 Brasil, 2017, p. 55.

Nesse sentido, **promover a Cultura da Paz significa garantir e efetivar o direito à saúde e demais direitos fundamentais, buscando-se atuar nos determinantes da situação de violência que impactam na saúde dos/as adolescentes,** com vistas a enfrentar a crescente morbimortalidade por causas externas violentas diversas, como as violências física ou sexual, a negligência e a violência psicológica, o *bullying* e a violência autoinfligida.[7]

7 Brasil, 2010.

Desse cenário, podemos extrair dois conceitos importantes:

VIOLÊNCIA	PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ
Evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, governos ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.[8]	Significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das mudanças almejadas, tais como: justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo e da intolerância religiosa, eliminação do ageísmo,[9] respeito aos direitos humanos, equilíbrio ecológico, participação democrática e liberdade política. A cultura de paz é o elo que interliga todos esses ideais num único processo de transformação social e pessoal.[10]

Esse caminho de construção da Cultura de Paz, portanto, envolve fazer com que a paz seja a norteadora de todas as relações humanas e sociais, a partir de mudanças em valores, atitudes e estilos de vida, estrutura econômica, jurídica e participação cidadã. Para isso, podemos atuar do ponto de vista macro, por meio de processos sociais e coletivos, criando políticas públicas e estruturas institucionais, de forma interdisciplinar e intersetorial; ou micro, com respeito ao indivíduo, seus valores e realidade de vida.[11]

Dessa forma, no nosso cotidiano de trabalho, promovemos a Cultura da Paz quando temos, como eixos de atuação, as políticas e diretrizes dos direitos humanos e da Promoção da Saúde, criando oportunidades de convivência, solidariedade, respeito à vida e fortalecimento de vínculos e, principalmente, respeitando as diversidades:[12]

8 Brasil, 2017, p. 89.

9 Ageísmo: Também conhecido como etarismo, pode ser definido como uma forma de preconceito e/ou violência devido à idade da pessoa. Saiba mais em uma entrevista com a pesquisadora Mirian Goldenberg, referência nessa temática: https://oglobo.globo.com/brasil/educacao/enem-e-vestibular/noticia/2025/11/09/etarismo-idadismo-ou-ageismo-qual-e-o-certo.ghtml. Acesso em: 29 dez. 2025.

10 Brasil, 2022, p. 23.

11 Brasil, 2010.

12 Brasil, 2018.

De orientação sexual	De gênero	Territoriais
Étnico-raciais	De classe social	De identidade de gênero
Culturais	Relacionadas às pessoas com deficiências	Geracionais/ etárias

A diversidade é uma dimensão que representa a visão de como se deve pensar, planejar e organizar "as ações em saúde e educativas, nas unidades de saúde e socioeducativas e nas escolas".[13]

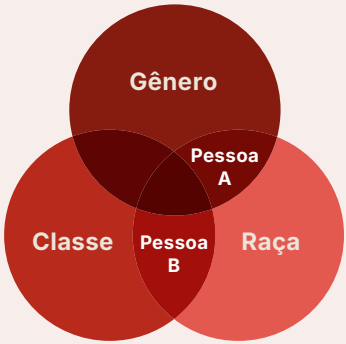
13 Brasil, 2022, p. 23.

É importante ainda considerarmos as interseccionalidades entre as desigualdades, ou seja, como características relacionadas à opressão e à discriminação se combinam, podendo vulnerabilizar ainda mais os/as adolescentes. Esse conceito de interseccionalidade busca explicar como a raça, o gênero, a orientação sexual e a classe social podem se sobrepor e se potencializar, levando a uma maior vulnerabilidade.[14]

14 Stelzer; Kyrillos, 2021.

Vamos ver dois exemplos?

⚠	Em determinada empresa, uma mulher negra (Pessoa A) ocupa cargos de menores salários que uma mulher branca e que um homem negro, mesmo tendo as mesmas qualificações, ou seja, essa mulher negra sofre os preconceitos de gênero e de raça ao mesmo tempo.
!!	Ou ainda, podemos citar o caso de um adolescente negro (Pessoa B), morador da periferia de uma grande cidade, o qual, além de enfrentar os desafios relacionados à sua classe social, como falta de saneamento básico ou baixo acesso a transporte público ou a uma alimentação adequada, apresenta maior risco de sofrer violência policial que um adolescente branco com as mesmas condições sociais.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Paula, 2024; Pereira, 2021; Stelzer; Kyrillos, 2021.

Na nossa prática, a identificação das interseccionalidades significa (re)conhecermos essas combinações de desigualdades para atuarmos de forma mais efetiva e, principalmente, evitarmos o aprofundamento das vulnerabilidades.

Saiba mais sobre a interseccionalidade em:



O que é interseccionalidade?
Com Karina Vieira



Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade

A Promoção da Cultura da Paz também tem o/a próprio/a adolescente como protagonista. Isso significa que, ao ter oportunidades de desenvolver as suas potencialidades individuais e habilidades sociais, ele/a se torna capaz de ter esse papel de agente da paz. Nós podemos atuar no sentido de favorecer esse processo, trazendo os/as adolescentes para o centro do seu cuidado, escutando e prestando atenção nos sinais de violência (sofrida ou infligida), sem julgamentos ou preconceitos.[15]

Nesse cenário de desamparo estrutural, pensar a garantia de direitos na perspectiva do cuidado e da saúde implica deslocar o foco da responsabilização individual para a corresponsabilidade coletiva e estatal. Significa criar políticas integradas que não apenas evitem a entrada dos/as adolescentes no sistema socioeducativo, mas que atuem antes disso, fortalecendo redes de proteção, ampliando o acesso a serviços de saúde, educação, cultura e proteção, garantindo políticas de renda e inclusão social. A cultura de paz, nessa

15 Brasil, 2010, 2022.

dimensão, não é um ideal abstrato, mas um projeto concreto de justiça social, que só se torna possível quando o Estado assume seu papel de garantir direitos e construir caminhos reais de emancipação para as adolescências historicamente negligenciadas.

Pensar e viver Cultura de Paz faz parte então do cuidado de si e do outro. Quando olhamos para esses/as adolescentes que muitas vezes perderam a esperança por acreditarem que a violência é o único caminho possível, precisamos oferecer escuta, presença e oportunidades concretas. Combater essa desesperança significa criar vínculos consistentes, reconhecer suas histórias e garantir acesso aos diferentes espaços onde eles/as desejem circular. O impasse é que muitas vezes iremos encontrá-los/as em cumprimento das medidas socioeducativas em meio fechado, e então o manejo das políticas de saúde será promovido nas estruturas dos muros altos e vigiados. Como podemos lidar com essa realidade? Como podemos ser pontes que interligam as políticas, interlocutores/as na prática da cultura de paz?

No contexto da socioeducação, seja na cadeira do/a gestor/a, na direção de uma unidade de internação ou na atuação cotidiana dos/as profissionais que acompanham os/as adolescentes em suas rotinas, é comum nos depararmos com a máxima de que "fazemos apenas o que a lei determina". Essa frase, embora revele um compromisso com a legalidade, muitas vezes também escancara os limites de uma prática que se reduz ao cumprimento formal de normas, deixando em segundo plano a dimensão ética e humana que deveria atravessar o trabalho socioeducativo.

Na perspectiva do cuidado, fazer o que a lei não proíbe significa ampliar o horizonte da nossa atuação para além do cumprimento estrito de normas, incorporando à prática cotidiana gestos, estratégias e políticas que humanizem as relações e deem sentido à

socioeducação. Isso implica reconhecer que, mesmo dentro de um espaço que restringe a liberdade de ir e vir, todos os demais direitos devem ser assegurados. Nessa perspectiva, é importante termos em mente formas práticas de fomentar a dignidade dos/as adolescentes. Podemos construir essa práxis ao fortalecer a articulação com as diversas áreas que atravessam a vida dos/as adolescentes, criando fluxos que garantam acesso a direitos e ampliem oportunidades. Também passam nas pequenas ações: um "bom dia" genuíno, um sorriso, um olhar atento, uma escuta sem julgamento, gestos simples que comunicam ao/à adolescente que ele/a é visto como sujeito de direitos e potencialidades, e não como infrator.

Essa mesma cultura de paz precisa ter continuidade desde o sistema de justiça e suas determinações na aplicabilidade das medidas socioeducativas nos espaços fechados, que devem promover proteção conforme previsto nas leis que garantem seu funcionamento e manutenção. Um mecanismo essencial para horizontalizar essa cultura de paz é a justiça restaurativa, que deve ser instrumentalizada nas relações cotidianas do meio fechado, guiando práticas a partir do olhar e da escuta restaurativa. Nessa engrenagem da garantia de direitos, é essencial nos lembrarmos das famílias, como ocupantes de um papel central para a paz desses sujeitos.

A justiça restaurativa é uma política normatizada pela Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), n. 225 de 2016.[16] Define-se por um conjunto de princípios, métodos e ações que busca compreender e enfrentar as causas relacionais, institucionais e sociais dos conflitos. Na prática, é orientada pelos seguintes elementos:

16 Brasil, 2016.

- Participação do ofensor, vítima, famílias e comunidade envolvida.

- Mediação conduzida por facilitadores capacitados/as em práticas restaurativas.

- Foco na reparação do dano, responsabilização ativa e prevenção de novos conflitos.

- Empoderamento comunitário e recomposição do tecido social rompido.

Outro referencial importante para pensarmos na cultura de paz é a justiça de transição, colocada em prática por um conjunto de ações coletivas que visam transpor um cenário de violência e opressão para um outro de democracia e paz. Ela visa lidar com violações graves dos direitos humanos reparando danos, responsabilizando os autores e gerando transformações para evitar a repetição.

Um dos exemplos mais significativos de justiça de transição na América Latina é a descriminalização e regulamentação da maconha e do plantio de coca por povos indígenas. Em países como Bolívia e Colômbia, populações antes criminalizadas puderam legalizar suas atividades, cultivando as plantas de forma acessível e semelhante aos alimentos ou fitoterápicos. No Brasil, que foi o primeiro a criminalizar a maconha em 1830, o tema volta ao debate após quase dois séculos de políticas violentas. Atualmente, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já despenalizou o uso e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) trabalha na regulamentação, sobretudo para fins medicinais e terapêuticos.

Essas referências de um olhar mais amplo e menos simplista para se fazer justiça podem nos embasar para pensar as vidas dos/as adolescentes que estão inseridos/as na socioeducação. Enquanto houver meninos e meninas sobrevivendo com seus direitos negligenciados, submetidos ao circuito da violência social e

adentrando continuamente as unidades de internação, a promoção de uma cultura de paz seguirá sendo não apenas necessária, mas possível. Essa cultura exige o nosso compromisso ativo para que seja inclusiva e efetiva, capaz de sensibilizar outros interlocutores e mobilizar ações concretas na garantia de direitos básicos, como o acesso à saúde.

E aí sim, quando as estruturas do meio fechado, articuladas a essa grande rede que buscamos fortalecer, forem capazes de salvaguardar direitos e assegurar continuidade após a conclusão da medida para nossos/as adolescentes, poderemos começar a pensar em uma paz que se aproxime daquela simbolizada pela pomba branca e por tantos outros símbolos e forças, agora ressignificados no contexto das políticas de desinternação e desencarceramento.

Cultura da paz na prática!

No Brasil, programas estatais e iniciativas da sociedade civil têm mobilizado comunidades para enfrentar conflitos e reduzir violências. O Programa Fica Vivo, da Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais, e o Festival Juventudes Negras Vivas e Livres, da Associação Desinterna pela Vida e Liberdade das Juventudes, são exemplos de ações voltadas à diminuição de homicídios e de riscos. Essas experiências nasceram do trabalho comunitário com o hip-hop e a arte-educação em territórios historicamente marcados por negligências, mostrando que cidadania e integração social podem ser promovidas pela cultura, pela expressão e pela organização coletiva.

O Festival Juventudes Negras Vivas e Livres realiza ações e eventos com adolescentes, lideranças comunitárias e profissionais de equipamentos públicos locais. Em um ambiente festivo, com batalhas de rima, slam,

grafite, dança, artes visuais e iniciativas comunitárias, os adolescentes abordam seus conflitos em uma linguagem própria, promovendo diálogo com o Estado e fortalecendo vínculos com a comunidade. Além de aproximar diferentes atores sociais, o festival contribui para a resolução de conflitos no território, ajudando a reduzir homicídios, feminicídios e casos de violência doméstica.

No contexto das políticas públicas, discursos sobre cultura de paz costumam ser direcionados às populações periféricas como se nelas residisse a raiz do problema da violência. Frequentemente, narrativas oficiais e intervenções institucionais colocam sobre indivíduos dessas regiões a responsabilidade pela "mudança de comportamento", desconsiderando o papel central das estruturas sociais e econômicas na produção dos conflitos. Assim, ao apontar soluções que dependem de transformação interna dos sujeitos, reproduz-se um modelo que ignora fatores históricos, como a segregação territorial, a precarização de direitos e a ausência do Estado na garantia de condições mínimas de cidadania.

É preciso destacar que tais estruturas fundamentam e legitimam a existência dos chamados guetos e territórios de exclusão, categorias analisadas de modo crítico pela criminologia contemporânea. O espaço marginalizado não surge casualmente, trata-se do resultado de decisões políticas e econômicas que concentram vulnerabilidades e estigmatizam seus habitantes. Nesse contexto, medidas como a justiça restaurativa e a mediação de conflitos, quando aplicadas sem uma leitura estrutural, podem servir apenas para suavizar os sintomas de desigualdade, em vez de combatê-la de fato. A expectativa de reconciliação e diálogo é, assim, deslocada para a esfera individual, deixando de lado questionamentos sobre desigualdade e exclusão institucional.

No Brasil políticas como as polícias comunitárias e as UPPs (Unidades de Polícia Pacificadora) foram apresentadas como alternativas pacificadoras em territórios marginalizados, propondo proximidade e redução da letalidade. Porém, análises críticas mostram que mantiveram a lógica da necropolítica (termo discutido no capítulo "O racismo e o negro no Brasil: contribuições para a prática dos profissionais da atenção primária à saúde e dos profissionais da PNAISARI"), reforçando a militarização e criando zonas de exceção onde o Estado decide quais vidas proteger e quais podem ser sacrificadas em nome da ordem.

As normas legais reforçam a lógica de exclusão ao usar o aparato penal para controlar grupos considerados "perigosos". Nesse cenário, a **criminalização seletiva se evidencia: não são os/as adolescentes que entram em conflito com a lei, mas a lei que entra em conflito com suas vidas ao ser aplicada de forma desigual**. Avançar rumo a uma cultura de paz exige então enfrentarmos as raízes estruturais da violência e transformarmos práticas institucionais e sentidos atribuídos à periferia.

A poeta Luz Ribeiro declama seu tocante poema sobre os/as adolescentes nesse contexto, intitulado "Menimelímetros", e nos diz em um trecho:

> Você já parou para ouvir alguma vez o sonho dos meninos? É tudo coisa de centímetros. Pirulito, picolé, pai, uma mãe, um chinelo que lhe caiba no pé. Um aviso, quanto mais retinto o menino mais fácil de ser extinto. Seus centímetros não suportam nove milímetros...[17]

17 Menimelímetros: Luz Ribeiro, 2016.

Diante desse cenário, é fundamental irmos além da lógica de segurança baseada em controle e punição. O abolicionismo penal propõe formas de justiça centradas na reparação, no diálogo e na restauração social,

fazendo da justiça restaurativa um pilar de convivência que reconhece a dignidade de todos, especialmente das populações periféricas criminalizadas. Ao desafiar a naturalização do encarceramento, aponta que apenas práticas comunitárias e inclusivas podem sustentar uma cultura de paz, rompendo com a criminalização seletiva e transformando a periferia em espaço de potência e criação coletiva, e não de repressão constante.

Podemos concluir então que a construção de uma cultura de paz em sociedades marcadas por desigualdades estruturais é um desafio que ultrapassa a mera ausência de conflito armado ou criminalidade explícita. Pensar uma cultura de paz pede, assim, uma abordagem popular e emancipatória, baseada na educação crítica e na garantia de direitos fundamentais. Os direitos à moradia, educação, saúde, lazer e participação política devem ser vistos como pilares dessa construção.

◢ Promover a cultura de paz é construir possibilidades onde antes havia apenas punição:

◢ É reconhecer que o cuidado em saúde é também um ato político e que nossa atuação pode contribuir diretamente para romper ciclos de violência e exclusão.

◢ É olhar para adolescentes historicamente negligenciados/as e enxergá-los/as como sujeitos de direitos, capazes de projetar futuros inéditos.

◢ É atuar de forma integrada e corresponsável, mobilizando redes e fortalecendo vínculos.

◢ É transformar cada espaço de cuidado em um espaço de escuta, reconhecimento e construção de caminhos.

- É reafirmar nosso compromisso ético com a vida!

Nesse sentido, podemos conceber a **cultura da paz como prática concreta, postura ética e horizonte de trabalho em todas as etapas do cuidado integral dos/as adolescentes**. Isso nos demanda uma escuta sensível, ações comprometidas e uma perspectiva que considere as múltiplas dimensões de vulnerabilidade e exclusão que atravessam suas trajetórias.

Como profissionais de saúde, temos um papel estratégico nessa transformação. Somos muitas vezes o primeiro contato desses/as adolescentes com políticas públicas, e nossos espaços de assistência podem ser também espaços de resistência e reconstrução. **Ao promovermos saúde, promovemos paz. Ao fortalecermos vínculos, fortalecemos direitos. Ao escutarmos histórias silenciadas, ajudamos a reescrevê-las. Nosso desafio é grande, mas também é profundamente necessário. Porque não há saúde sem paz, nem paz sem saúde.**

Que nosso trabalho cotidiano possa ser, então, parte dessa construção coletiva por um futuro em que adolescentes possam viver com dignidade, liberdade e esperança. Vamos juntos/as?

Referências bibliográficas

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_integral_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução n. 255, de 31 de maio de 2016**. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_225_31052016_02062016161414.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolecentes.pdf/view. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola**: promoção da cultura de paz e direitos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_cultura_paz.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Mapa da Segurança Pública 2025**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mapa-da-seguranca-publica-2025-brasil-reduz-homicidios-dolosos-e-bate-recorde-em-apreensoes-de-drogas/mjsp-mapa-da-seguranca-publica-2025.pdf. Acesso em: 13 set. 2025.

CAMPOS, Roberta C. Balbi. Cultura de paz e direito à saúde. **Galileu**: Revista de Direito e Economia, [*s. l.*], v. 22, n. 1, p. 31-52, jan./jun. 2021. DOI: https://doi.org/10.26619/2184-1845.XXII.1.3. Disponível em: https://repositorio.grupoautonoma.pt/entities/publication/160224dd-0b78-410b-b0f9-feaf8a48a578. Acesso em: 23 set. 2025.

CÂNDIDO, Luan Gomide de Sousa. **Comunicação abolicionista**: alternativas à produção de conteúdo à segurança pública contra o punitivismo, encarceramento, tortura e letalidade policial. Belo Horizonte: Universidade FUMEC, 2022.

FRANCO, Saúl. Dos derechos al revés: reflexiones sobre los derechos a la vida y a la paz en el mundo actual. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 315-323, dez. 2007. DOI: https://doi.org/10.18294/sc.2007.150. Disponível em: https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/150. Acesso em: 25 set. 2025.

MENIMELÍMETROS: Luz Ribeiro. [*S. l.*: *s. n.*]. 21 mar. 2016. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Mundar TV. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=09KDfTVPAeE. Acesso em: 3 out. 2025.

MINHA alma (A paz que eu não quero). Intérprete: O Rappa. *In*: LADO B Lado A. Intérprete: O Rappa. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1999. 1 disco sonoro (4 min 59 s), estéreo.

PAULA, Matheus Oliveira de. A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 4, e230828pt, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2024.v33n4/e230828pt/pt. Acesso em: 16 de nov. 2025.

PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. **Civitas**: Revista de Ciências Sociais, [*s. l.*], v. 21, n. 3, p. 445-454, 2021. DOI: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/article/view/40551. Acesso em: 16 de nov. 2025.

POETA: Naruna. [*S. l.*: *s. n.*], 22 nov. 2017. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Manos e Minas. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=XDK64q-H0X0. Acesso em: 22 set. 2025.

STELZER, Joana; KYRILLOS, Gabriela M. Inclusão da interseccionalidade no âmbito dos direitos humanos. **Revista Direito e Práxis**, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 237-262, jan./mar. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/44747. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/ccVJTdKcSWtVxdpmVPjkwZx/?lang=pt. Acesso em: 28 set. 2025

Direito à cidade: Lugar geopsíquico - um fio entre histórias, palavras e escuta

Juliana Maddalena Trifilio Dias

Você sonha em conhecer algum lugar? Já esteve em algum lugar e não se sentiu bem? Existem lugares em que você ama estar? Qual seu lugar preferido? Já se perguntou: como alguém pode ficar nesse lugar? Ou ainda: como alguém pode gostar desse lugar?

Vamos conversar sobre essas perguntas? Espero que sim. Observe que são perguntas sobre lugares, mas não somente. São perguntas que, ao mesmo tempo, falam sobre lugares e sobre pessoas. Esta é a ideia: pessoas e lugares juntos. Não vamos falar sobre lugares sem pessoas, e sim sobre algo que acontece para cada um/a de nós quando falamos sobre lugares.

Para este caminho, vou (re)contar algumas histórias de pessoas que generosamente as partilharam comigo e outras que vivi durante o desenvolvimento da pesquisa. Realizei um doutorado em Geografia na Unicamp e defendi a primeira tese no Basil que trabalhou o encontro da Geografia com a Psicanálise a partir de um novo termo: lugar geopsíquico.

Para começar, apresento o pilar da definição de lugar geopsíquico: ele é vivido topologicamente com as dinâmicas internas e as dinâmicas externas, ou seja, com as dinâmicas psíquicas e as dinâmicas terrestres.[1] Então, vou escolher algumas características dessas dinâmicas e falar um pouco sobre esse termo "topologicamente" enquanto vamos refletindo sobre lugares de nossa vida.

1 Dias, 2019; 2022; 2025.

Há alguns anos estive na casa de dona Celma. Aquele encontro mudou o rumo da minha pesquisa e me levou para novas e antigas terras. Era um final de tarde com céu nublado e temperatura amena. Naquele dia, minha preocupação se concentrava em conversar com idosos sobre seus lugares. Procurei apenas conversar. "Apenas" não no sentido do que é menor, mas como algo que me permitisse estar exclusivamente com aquela senhora. Um apenas que me levou a suspender o que já sabia ou imaginava, a me desfazer como pesquisadora e a me colocar como alguém que conversava junto.

Fiquei ansiosa e receosa por estar naquele campo. Ansiosa por ouvir histórias e receosa por ter a sensação de que estaria invadindo a intimidade e as memórias de alguém. Fiquei com medo de trazer incômodos ao ficar proseando sobre outros tempos e esbarrar em algo que pudesse doer em alguém que estava quieta em casa e, de repente, estaria me contado alguns episódios de sua vida. De alguma forma, confiei que ela iria me dizer o que fosse possível de ser dito e que não estaria ali para esmiuçar qualquer sofrimento que pudesse emergir. Fui ao encontro do que não supunha, do que não conhecia e do que a pesquisa não controlava.

Toquei a campainha, aguardei alguns instantes e ela abriu sorridente. Uma senhora branca, de grandes e expressivos olhos azuis, um enorme sorriso e um abraço aconchegante. Ao vê-la, disse que queria papear e ouvir histórias. Dona Celma deu uma gostosa gargalhada, me convidou para entrar e tomar um café.

Ao entrar pela sala, vi que suas duas filhas também estavam lá e sentaram-se conosco. Cumprimentei-as, sentei-me no sofá e começamos a conversa por um pão que ela havia tentado fazer, mas que não tivera sucesso. Nossos assuntos transitavam por erros e acertos na cozinha numa conversa que parecia me distrair de um convencional papel de pesquisadora. Porém, apesar de

estar verdadeiramente imersa naquela conversa, por alguns instantes, me ausentei mentalmente e pensei, de maneira instintiva, “o que estou pesquisando?”. Num diálogo interior, identifiquei que não sabia a resposta para tal pergunta e, após um tempo, decidi que apenas conversaria com aquela senhora agradável que abrira as portas de sua casa para mim. Era o que queria: ouvi-la por meio de uma conversa.

Dona Celma se apresentou como filha de imigrantes italianos e como alguém que sempre morara naquela rua. Suas filhas também sempre haviam morado ali e, por algumas vezes, as narrativas se entrecruzaram e se misturaram. Não havia motivo nem condição de dizer que a conversa seria apenas com a mãe. As três apresentaram uma rotina em que estão sempre juntas, vão ao supermercado, à igreja, visitam parentes, cozinham e fazem tricô juntas, o que me levou a entender a presença de todas naquela sala.

Estávamos em uma casa localizada numa das ruas mais movimentadas da cidade de Juiz de Fora (MG), e dona Celma me contava com entusiasmo do tempo em que brincava subindo e descendo aquela ladeira. Seu sorriso e olhar saudosos relembravam o futebol, a bolinha de gude, o pular carniça, as corridas de saco e o rodar argola. Brincava e corria tanto que, entre subidas e descidas de árvores e na própria rua, cortou-se com um caco de vidro; ela me mostrou a marca segurando o queixo.

Dona Celma passou sua infância e juventude na casa de frente para onde estávamos e, desde que se casou, mora na atual casa. Na casa onde viveu, havia um porão onde ela e os meninos entravam com velas até no fundo para pegar ovos de galinhas que a mãe criava. Sem medo de entrar ali, passaram a se esconder do pai quando aprontavam e sabiam que levariam alguma bronca. Medo ela só tinha das histórias de mula

sem cabeça que sua irmã contava! Dizia que não tinha medo do porão nem do escuro daquele lugar; ao contrário disso, gostava de ir e brincar no porão. Dona Celma continuava a me apontar lugares de sua antiga casa. Ela me mostrou qual era a janela do quarto das meninas, o dos meninos, a sala, o armazém e os degraus onde papeava. Mas, para mim, a casa dela não estava mais lá. A casa que ela me apontava não era a casa à qual se referia. Mas ela continuava a me apontar e dizer sobre sua casa. Até que, de repente, olhou para a casa e disse: "olha, ali era meu quarto".

Dona Celma enxergava uma casa que eu, ao seu lado, não via. Não se tratava de ponto de vista nem de qualquer outra dificuldade sensorial. O que estou a dizer é que materialmente sua casa não existia mais, no entanto, o uso da expressão "ali" sinalizava que, sim, seu quarto estava naquele lugar, assim como o uso do verbo "olhar" indicava algo, num movimento que me convocava a enxergar um quarto que ela estava enxergando. Mas repito, eu não podia vê-lo. O que podia fazer era ouvi-la, acompanhar sua narrativa e imaginar sua casa.

Aquela conversa foi tão forte, significativa e movente que permitiu o desvelar de uma grande inquietação: como eu poderia refletir e responder geograficamente sobre aquele "olha, ali era meu quarto"?

Na época me perguntava: por que ela escolheu aquele quarto para me mostrar? Como fazer para enxergar algo que materialmente não estava mais lá? Hoje, posso perguntar: quais lugares você escolhe mostrar para as pessoas? Quando está no trabalho em diferentes territórios, quais lugares as pessoas te "mostram"? Do mesmo modo como dona Celma pronunciava o verbo "era", os lugares deixam de existir? É possível pensarmos em lugares que "eram" mas "continuam sendo"? Quando alguém nos diz "olha", como olhar pela palavra escutada?

O encontro com dona Celma me fez conhecer o termo "realidade psíquica", adotado por Freud a partir de *A interpretação dos sonhos*, de 1900, "relacionado ao Inconsciente como a verdadeira realidade psíquica, como uma forma especial de existência e uma realidade decisiva".[2]

2 Dias, 2025, p. 7.

Para Laplanche e Pontalis,[3] esse termo não é determinado pelo campo da psicologia, mas se refere ao que assume valor de realidade no psiquismo do sujeito, como os processos inconscientes. Esse núcleo do psiquismo se refere à forma como a realidade é significada e nossa história é representada para nós mesmos em nossas vidas. "O lugar geopsíquico em todos os seus afetos e significância é vivido por meio da realidade psíquica".[4] Por isso, não é aleatório que um lugar seja significativo para uma pessoa e para outra não. "A realidade psíquica é algo que nos permite viver o mundo a partir de nossas experiências e em coletividade. O modo como estamos no mundo está diretamente atrelado à mediação da realidade psíquica e isto se localiza na revolução epistemológica realizada pela teoria freudiana".[5] É possível estar ao lado de uma pessoa em um mesmo ponto da Terra e uma poderá, por exemplo, amar o lugar, enquanto a outra não. Essa diferença ocorre porque não estou considerando apenas os elementos da paisagem, mas alguém diante deles, por isso, o lugar não será o mesmo.

3 Laplanche; Pontalis, 1997.

4 Dias, 2022, p. 211.

5 Dias, 2025, p. 8.

A partir do termo "realidade psíquica", podemos nos aproximar de outro mecanismo importante sobre nosso funcionamento psíquico e fundamental para a compreensão do lugar geopsíquico. Você se lembra o que sonhou esta noite? Já sonhou com alguém e no dia seguinte disse: "sonhei com você, mas você era diferente no meu sonho".

Durante a pesquisa, Sebastião me contou que havia feito uma viagem com sua esposa para Paraty-RJ: *"Ah, este fim de semana fui em Mambucaba e Paraty de moto com minha esposa. Olha, Paraty é Tiradentes com água do mar. Fiquei à vontade lá, pois lembrei da casa de minha vó. As janelas, que para abrir tem que levantar, as tábuas corridas das casas, o cheiro das igrejas, o silêncio das ruas de pedra. Olha, me senti em Ressaquinha, foi ótimo conhecer Paraty. Lembrei muito de minha vó e meu pai"*.

Por que, ao falar de Paraty, Sebastião evocou as cidades mineiras Tiradentes e Ressaquinha? Qual associação Sebastião fez ao dizer que Paraty é Tiradentes com água do mar e o fez sentir em Ressaquinha? Por que a lembrança da casa da avó o fez se sentir à vontade em Paraty?

Em tese, ele poderia ter dito que Paraty é uma cidade e Tiradentes é outra, inclusive em um estado diferente. No entanto, havia algo que se dava enquanto ele dizia sobre a viagem, sobre as cidades, sobre sua avó e sobre seu pai. Sebastião ficou entusiasmado ao conhecer Paraty, mas, para contar sobre a cidade, outros exemplos anteriores que envolvem pessoas, experiências e lugares também foram narrados. Estar naquela cidade foi viver uma experiência de um lugar atrelado a outros lugares, como se outros lugares se presentificassem e se sobrepusessem em Paraty. Como isso é possível? A pista para essa pergunta está nos sonhos.

No início do século XX, Freud[6] publicou a importante obra *A interpretação dos sonhos*. Por meio de análises de sonhos de seus pacientes e de uma vasta revisão bibliográfica, nos apresentou os mecanismos psíquicos que produzem os sonhos. A pergunta que se coloca é: qual a relação entre a formação dos sonhos e os lugares geopsíquicos?

6 Freud, 2019 [1900].

"O sonho é um fenômeno psíquico."[7] Ele é escorregadio e opera com disfarces e deformações produzidas pela

7 Freud, 2014 [1916-1917], p. 135.

condensação e pelo deslocamento. Existe um processo de simbolização em que a ideia se transforma em imagem com representações condensadas e em deslocamento. Na formação onírica, coisas importantes podem estar nas sutilezas dos sonhos e restos da atividade psíquica, ligados aos estímulos externos e internos.[8]

8 Dias, 2022.

"A deformação do sonho é que faz com que ele nos pareça estranho e incompreensível."[9] Seguindo com as perguntas sobre os lugares geopsíquicos, você já se viu falando sobre um lugar e, ao final, fala sobre outro lugar?

9 Freud, 2014 [1916-1917], p. 183.

Essa deformação nos sonhos pode ser lida na relação com os lugares geopsíquicos pela plasticidade que se coloca nos lugares quando alguém nos diz sobre o lugar X, associado ao Y, junto com o Z, misturado com o V, com aparência de W etc. Os lugares geopsíquicos têm sua forma alterada quando alguém se põe a falar sobre eles. Não há restrição na linguagem para se começar a falar sobre Paraty e continuar com Tiradentes. Nossas fronteiras geográficas não se sustentam quando alguém se coloca no movimento do dizer sobre lugares geopsíquicos.[10]

10 Dias, 2022.

Para Freud,[11] no trabalho do sonho – o mecanismo da condensação – elementos latentes podem se apresentar como reunidos em uma unidade no sonho manifesto. Ele nos exemplifica com um convite para observarmos nossos próprios sonhos e nos pergunta se já sonhamos com uma pessoa com aparência A, com trajes de B, com ações de C, mas que nos faz dizer que sonhamos com a pessoa D. Nesse exemplo, quatro pessoas estão misturadas e reunidas em uma única. A riqueza desse mecanismo pode unir pensamentos diferentes em um sonho manifesto, através da mistura de pessoas, objetos ou lugares, em um entrelaçar que nos apresenta um material e se remete a outro.[12]

11 Freud, 2014 [1916-1917].

12 Dias, 2022.

A condensação dos lugares não precisa ocorrer apenas com elementos que nos parecem semelhantes,

como poderiam ser as janelas que fizeram Sebastião ligar Paraty a Ressaquinha. Lugares, em suas ambiguidades, também podem ser condensados, porque não estamos regidos por uma lei da consciência por aproximações, mas pelo funcionamento inconsciente em sua relação com a consciência e as expressões dos lugares geopsíquicos na linguagem.

Com base nesse trabalho psíquico e nas manifestações inconscientes, os lugares geopsíquicos possuem um centro de ordenamento, que pode ser inconsciente, através do qual outros elementos das experiências espaciais subjetivas vão se agrupando. Quando alguém se põe a falar e ler seus lugares, é possível identificar elementos comuns que podem alinhar diferentes lugares por meio de traços subjetivos. Essa perspectiva nos amplia a possibilidade de nos interrogarmos e elaborarmos perguntas à paisagem.[13]

13 Dias, 2022.

Mas as perguntas podem continuar: as cidades históricas se enlaçam por si? Quem, com sua experiência e por meio da linguagem, as enlaçou? O que dessa pessoa se faz presente nessas cidades e não em outras? O que essas cidades possibilitam aparecer daquele que as vive? O que é vivido e registrado nesse encontro entre Sebastião-Paraty-Tiradentes-Ressaquinha? Para Sebastião, qual é o ponto central que enlaça esses lugares? Ao enlaçá-los, o que faz lugar geopsíquico com Sebastião-Paraty-Tiradentes-Ressaquinha?

Certa ocasião, fui convidada para trabalhar com a equipe de técnicos que faziam os encaminhamentos da população em situação de rua na Praça da Sé, em São Paulo, para os serviços públicos oferecidos. Um profissional se indagava: "*Como pode alguém não querer sair da praça para dormir no abrigo?*". Essa pergunta não

tem uma resposta pronta e universal, mas, se estamos no princípio do lugar geopsíquico, precisamos da praça e de alguém junto dela para respondermos. Então, a pergunta se singularizou e tenho duas respostas para partilhar. Um rapaz nos disse: "*Fico aqui porque aqui é mais seguro com meu amigo. Se eu sair daqui, não vou ficar perto do meu amigo*". Leia novamente. Ele falava sobre a praça? Sobre o amigo? Sobre segurança? Sobre o que nos falava?

Outro rapaz nos disse: "*Saio no domingo porque as lojas fecham. Não gosto de ficar aqui vazio. Gosto do movimento. Aí depois eu volto*". Podemos continuar com as perguntas. Ele fala da praça? Ele fala de gente? Ele fala de movimento? O que é o movimento para ele?

Agora pense nas mesmas frases. Se você estivesse na praça, talvez teriam sido suas respostas? O que te faz se vincular a um lugar? Não há uma resposta que se apresente como única para todos nós. Se voltamos à pergunta do profissional: o que é abrigo? Talvez não seja um prédio, mas possa ser um amigo ou o movimento com as lojas abertas.

Seguindo com essa concepção que relaciona diretamente pessoas e lugares, apresento Roseli, uma mulher com aproximadamente 45 anos que já morou na Região Norte e retorna para Juiz de Fora, onde havia vivido por muitos anos: "*Quero te falar sobre um lugar especial... sobre o parque do Museu Mariano Procópio, sabe? Falar de lá é falar também sobre partes da minha infância e juventude. Fico me lembrando que das poucas vezes em que visitei o parque, elas foram com minha família. Sempre era um dia especial desde o momento em que decidíamos ir passear no parque. Não era só eu, tinha mais umas dez crianças, minha*

avó, minha mãe e as tias. Aliás, o motivo dessas visitas ao parque era porque uma dessas minhas tias, irmã da minha avó que morava no Rio de Janeiro, vinha nos visitar duas vezes por ano e trazia mais duas netas que regulavam idade com a gente.

Quando era criança fui lá no museu mesmo, sabe? Fui com a escola e pude ver os objetos, como: cama, roupas, cadeiras, o trono do rei, pratos, louças, talheres, tinha muita coisa. Imaginar que reis, rainhas e príncipes tinham estado ali e utilizado os objetos era algo que mexia comigo.

Na minha juventude voltei outras vezes para passear no parque do museu, andar no bosque, nos barquinhos, ver os animais, e numa dessas fui acompanhada do meu namorado, hoje marido. Uma vez, marcamos de nos encontrar no parque num domingo à tarde para passearmos e visitarmos a casa do museu.

Relembrar os momentos que vivi naquele lugar, lembrar de cada objeto que outrora tinham tantos significados. Agora não os tenho mais e fico pensando que vivi, senti e agora acabou. Por que fazia tanto sentido para mim e hoje não faz mais? O que está faltando para que eu possa reencontrar com aquela atmosfera especial que tinha o poder de me levar a um tempo que não vivi, mas que está presente nos objetos? Se escolhi falar do parque do museu é porque ele é importante, não é? Mas não sinto mais a mesma coisa... não sei o que aconteceu..."

Roseli narra sua relação com o parque marcada por momentos diferentes de sua vida, repletos de intensidade, e não por uma alta frequência de idas até lá. Ela nos demarca três momentos: a infância, a juventude e a vida adulta; e três circunstâncias: com a família, com a escola e com o namorado. Na sua infância, a ida ao parque trazia movimento para sua casa, e sua família se reunia em torno desse passeio. Era um lugar

para levar as pessoas queridas. Sua ida ao museu com a escola traz uma outra dimensão: a vivência do saber escolar em um espaço não escolar. Com a excursão, a ênfase estava nos objetos museais, e aqueles artefatos aguçavam sua imaginação e lhe provocavam a sensação de deslizar sobre o fluxo do tempo.

Roseli escolheu voltar ao lugar com mais uma pessoa importante em sua vida: seu namorado. Ela procurou refazer caminhos e ações com ele. Existe um outro deslizar sobre o tempo em sua escolha por incluir o namorado em um lugar e passeio que fazia quando criança.

Atualmente, ela não esperava não reencontrar mais aquilo que chamou de atmosfera. Como poderia não sentir aquele lugar da mesma forma? As questões de Roseli também nos possibilitam refletir sobre a ressignificação de um lugar. É bonito acompanhar Roseli percebendo seu próprio estranhamento. É como se ela nos dissesse que um lugar importante deveria ser conservado em seus efeitos por toda a vida. Todavia, não conseguimos, conscientemente, guardar ou reter sentimentos que foram vividos.

As experiências vividas por Roseli lhe trouxeram para aquilo que ela nomeia de atmosfera, mas é algo que compunha sua realidade psíquica e a permitia ver e sentir o parque de forma singular. Ela tenta repetir a atmosfera, mas a mudança se presentificou para ela. Curiosamente, em um parque de um museu imperial, onde as marcas de um passado coletivo se presentificam em cada objeto.

Parte significativa do que vivemos irá compor nossa memória e poderá ou não ser relembrado, rememorado, reimaginado e revivido. Nossas experiências estão imbricadas em nossas ações e no modo como vivemos o mundo. Para Lacan,[14] a presença do passado é a realidade da transferência.

O conceito de transferência está diretamente ligado ao modo de tratar os pacientes e, para Lacan, a

14 Lacan, 2010 [1960-1961].

transferência na análise “encontra seus fundamentos estruturais e pode muito bem ser o único modo de introduzir a universalidade da aplicação desse conceito”.[15] O que podemos ler é que, com o lugar geopsíquico, as pessoas estabelecem relações transferenciais entre si, e tais relações incidem no modo como os lugares são constituídos para cada um.

15 Lacan, 2008 [1964], p. 125.

Durante as conversas, encontrei pessoas que, com amor, respeito e admiração por alguém, a cidade do amado também passou a receber os tais afetos pela pessoa que amava – como se concomitantemente o investimento amoroso fosse na pessoa amada e em sua cidade, feito uma torcida para que os dois relacionamentos prosseguissem. Da mesma forma que ouvi pessoas que diziam que, ao término de um namoro à distância, a cidade do ex-namorado se tornou mais longe, menos atraente e com menos ou nenhuma possibilidade de ser um destino de viagem.

O sentido de lugar muda para cada pessoa e ao longo da vida. Nem os objetos, nem o parque do museu trouxeram o que Roseli buscava, porque outros sentidos foram sendo tecidos em sua vida e outros significados foram deslizados.

As pessoas transferem aos lugares aquilo que sentem por alguém, o que é possível de ser visto por meio da palavra. Estabelecer vínculos intensos com os lugares não está separado de ter um importante vínculo com alguém associado ao lugar em questão. Se nossos sentimentos vividos em outros momentos da vida se presentificam em uma relação transferencial, isso também acontecerá na relação com os lugares.

A realidade psíquica tem uma cadeia de significantes operando no sujeito, o que quer dizer que não é fixa; da mesma forma, os afetos e significados dos lugares também não. Suas relações transferenciais foram decisivas no modo como o museu foi significado como um

lugar geopsíquico, e Roseli percebe sua ação que tenta preservá-lo, mas ele já não é o mesmo. Sendo assim, pergunto: em algum momento o lugar foi o mesmo?

Certo dia meus alunos relataram algo que acontecia com uma determinada linha de ônibus da cidade. Eles foram fazer estágio e, quando entraram no ônibus, perceberam uma certa dificuldade em escolher um assento. Os moradores haviam dividido o ônibus pelas regiões do bairro e não "se misturavam", como diziam. Não havia uma demarcação métrica nem dentro do ônibus nem no percurso pelo bairro, mas algo extrapolou as relações vividas em determinadas ruas e passou a integrar aquela divisão. Ou seja, o ônibus poderia transitar pelo centro, mas as ruas X e Y continuavam a demarcar o bairro em outra espacialidade.

Se o lugar geopsíquico é marcado pelo encontro entre sujeito e Terra, nós somos e carregamos nossos lugares. A imagem do ônibus em movimento com pessoas do bairro em outra espacialidade nos ajuda. Estar no centro da cidade não anulou de qual parte do bairro elas vinham.

Você já viveu algo parecido? Já se perguntou por que alguém não frequenta um serviço "próximo" de casa? Desde o início do texto estamos trabalhando exemplos que não se restringem à métrica. Isso significa que perto e longe são dimensões que aceitam a incidência daquilo que vivemos sobre elas. Com a topologia, temos a plasticidade dos lugares, então, dizer que é perto não é sinônimo de metros ou quilômetros, mas de algo que nos move ao encontro.

Com a topologia, é possível trabalharmos com transformações espaciais contínuas, como deformações que esticam, encolhem, torcem e dobram as formas;

com elas, podemos, nos perguntar sobre lugares e sobre relações espaciais que estabelecemos na e com a Terra. A topologia se volta às mudanças de formas, à posição dos elementos e ao esvaziamento de sentidos. O psicanalista francês Jacques Lacan[16] explorou a topologia ao longo de sua obra com uma concepção de topologia ligada a uma "geometria flexível que trata matematicamente questões de vizinhança, de transformação contínua, de fronteiras e de superfície, nem sempre fazendo intervir a distância métrica".[17] É com base nessa perspectiva que posso afirmar que a constituição do lugar geopsíquico ocorre na dobra topológica através da qual interno (dinâmicas psíquicas) e externo (dinâmicas terrestres) se dobram topologicamente na constituição e nas experiências dos lugares geopsíquicos.

16 Lacan, 2003 [1961-1962].

17 Chemama, 1995, p. 212.

Essa imagem da dobra topológica tem inspiração em uma figura conhecida como Banda ou Faixa de Moebius e pode facilmente ser encontrada em buscadores na internet, como na arte do holandês Maurits Escher, onde formigas andam pela banda. Escolha uma formiga e verá que ora estará "dentro", ora estará "fora". Assim como no lugar geopsíquico, ora o lugar diz da gente, ora nós dizemos sobre ele. Juntos.

Considerar a dobra topológica vivida no lugar através da realidade psíquica na Terra é afirmar o lugar no movimento interno e deslocamento externo. Nessa perspectiva, quem faz o lugar é a pessoa, com um movimento que pode ser tanto em direção ao lugar como também em evitá-lo.

Simone, uma mineira de 45 anos, me procurou quando soube da pesquisa. Ela queria me contar sobre um lugar onde costumava aproveitar suas férias de verão. No litoral capixaba, sua família possuía uma casa

que aconchegava suas mais doces lembranças. Desde muito nova, brincava na rua onde estava aquela casa, mas não somente nela, corria e brincava com uma sensação de liberdade que não vivia em sua cidade natal.

Algumas pessoas que viveram com ela naquele lugar já faleceram, e os sentimentos estavam misturados entre a falta do lugar, a saudade das pessoas e o vazio por não ter continuado naquela casa, com aquelas pessoas e vivências. Simone se emocionou muito ao dizer sobre a tristeza que foi quando seu pai vendeu aquela casa. Sua dor era porque suas intensas experiências não seriam mais vividas naquele lugar ou em nenhum outro. De uma só vez perdeu a casa, a rua, aqueles amigos e aquela liberdade. Posteriormente, seu pai comprou outra casa no litoral fluminense e lhe disse que a nova casa seria como a anterior. Nunca foi.

Décadas depois, ela voltou para a cidade capixaba. Em sua narração, menciona as reações diferentes entre as pessoas que viveram ou sabiam sobre a casa de veraneio. Algumas delas rapidamente quiseram entrar, mas ela não. Simone disse que não queria ver como os novos moradores haviam mobiliado a casa, queria deixar o registro de como seus pais haviam feito. Trata-se de uma opção por continuar a ver, pelos olhos da lembrança de sua realidade psíquica, um lugar que materialmente já se apresentava em outra configuração.

No texto *Além do princípio do prazer*", Freud[18] nos assegura que a regulação dos processos psíquicos é marcada pelo que chamou de princípio do prazer. Nesse princípio, não só buscamos o prazer, mas também o encontramos ao evitarmos o desprazer. Com essa regulação, também temos certa estabilidade diante das oscilações de prazer e desprazer. A renúncia ao prazer ou adiamento da satisfação são exemplos desse funcionamento na substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade. Simone fazia um movimento de

18 Freud, 2010 [1920].

evitar o encontro com a mudança na casa, por exemplo, e isso, de alguma forma, mantém o lugar das lembranças, aparentemente, seguro. Segundo Freud,[19] essa regulação nos traz a possibilidade de esquecermos algumas experiências, mesmo que continuem incidindo inconscientemente em nós. Essa busca carrega marcas inconscientes e conscientes, portanto, movimentos com escolhas não apenas deliberadas.[20]

19 Freud, 2010 [1920].

20 Dias, 2025

O lugar é para cada um, tanto na experiência, quanto na lembrança, na narrativa, no efeito e naquilo que pode emergir desse encontro. Simone opta por não entrar na casa ocupada por outra família em uma tentativa de preservar o lugar que foi constituído na infância e lembrado naquela visita. Sua decisão a levou ao movimento de evitar o lugar ao mesmo tempo que, paradoxalmente, ela tentava ir ao encontro desse lugar em suas lembranças. Ela caminhava pelas ruas e buscava se encontrar com lembranças que a tomaram e a envolveram em outra atmosfera.

Este texto é um convite. Um convite para prestarmos atenção aos lugares e às pessoas. Ao modo como somos e vivemos com e nesses lugares. Às palavras que cada um de nós parece escolher para falar sobre lugares geopsíquicos – parece porque, desde o início, estamos considerando o inconsciente.

O funcionamento do lugar geopsíquico marca nosso modo de estar na Terra através das dinâmicas psíquicas. Porém, é preciso que tenhamos atenção, porque ele também ocorre com nossos alunos, adolescentes e com o público que acessa os serviços da Rede. Ou seja, não são apenas os profissionais que estabelecem relações com os lugares, somos todos nós em diferentes territórios. Então, o texto também é um convite para

que possamos nos interessar e nos dirigir às pessoas e aos seus lugares. É um convite à escuta de si e à escuta do outro. Um convite à escuta das experiências singulares na imensidão da Terra.

Referências

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1995.

DIAS, Juliana Maddalena Trifilio. **Lugar geopsíquico**: contribuições da psicanálise para uma epistemologia da geografia. 2019. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

DIAS, Juliana Maddalena Trifilio. **Lugar geopsíquico**: onde a psicanálise e a geografia se encontram. Goiânia, GO: C&A Alfa Comunicação, 2022.

DIAS, Juliana Maddalena Trifilio. Lugar geopsíquico: o encontro entre as dinâmicas terrestres e as dinâmicas psíquicas. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, São Paulo, Brasil, v. 29, n. 1, 2025.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. [1920]. (Edição Cia das Letras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à psicanálise**. [1916-1917]. (Edições Cia das Letras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 13). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos**. [1900] (Edição Cia das Letras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 4). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 9**: a identificação. [1961-1962]. Trad. Ivan Corrêa e Marcos Bagno. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 8**: a transferência. [1960-1961]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Bios dos autores

Alessandra Félix Xavier
Pedagoga. Defensora Popular em Direitos Humanos/ Abolicionista de base e Coordenadora do Coletivo Vozes de Mães e Familiares do Sistema Socioeducativo e Prisional do Ceará, integra a equipe de formação do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente CEDECA-CE e o colegiado de Coordenação da Coalizão Nacional pela Socioeducação e colabora com essas instituições. Exerce a função de articuladora popular e territorial, incidindo também interinstitucionalmente em uma agenda itinerante do Projeto Desinterna-Desencarcera do Coletivo que segue em vigência. Consultora no Projeto Adolescências e Tessituras.

Alzira de Oliveira Jorge
Médica Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva. Tem experiência na área, com ênfase em Planejamento e Gestão em Saúde, tendo participado da direção das Secretarias Municipais de Saúde de Ipatinga-MG e Belo Horizonte, e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conta ainda com experiência em Gestão Hospitalar a partir de assessoria à direção do Hospital das Clínicas da UFMG e à Diretoria Geral do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Atualmente, é professora associada da Faculdade de Medicina da UFMG e orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública-PPGSP e Mestrado Profissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Violência.

Amanda Cardelis Lins Magalhães
Enfermeira. Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas e Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado/FMT-HVD. Graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com Residência em Saúde na área de Neurointensivismo (UFAM/HUGV). Possui especializações em Enfermagem Intensiva e Alta Complexidade, Enfermagem do Trabalho, Gestão da Qualidade, Educação na Saúde para Preceptores no SUS e Mediação de Processos Educacionais Digitais. Atualmente, é responsável pela Divisão de Ações Estratégicas de Educação na Saúde da Escola de Saúde Pública de Manaus (DIVA-EDS/SEMSA) e tutora na Especialização em Preceptoria para Educação Profissional em Saúde com ênfase na Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

Ana Luiza de Oliveira Moreira
Graduada em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG. Mestranda em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da FACE/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Assessora do Projeto Adolescências e Tessituras.

Ana Paula Martins Lara
Psicóloga. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (UFMG). Especialista em Políticas Públicas (UFMG), Apoio em Saúde (UNICAMP) e Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde Coletiva (UFRGS). Exerce função de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde

Pública da ESP-MG. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Andréa Chicri Torga Matiassi
Psicóloga e Psicanalista. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação (UFMG). Mestre em Educação Tecnológica pelo CEFET/MG. Especialista em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Coordenadora do Núcleo de Apoio e Experiência Docente – NAPED da Faculdade de Medicina AFYA Contagem. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Anna Karina Martins de Oliveira
Odontóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Odontologia (UFRGS). Exerce função de Analista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde atua na Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Psicóloga e Psicanalista. Especializanda em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina/UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Jacyane Melo de Oliveira Santos
Cirurgiã-Dentista, Especialista e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Sanitarista da Secretaria de Estado

da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, integra o Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e exerce atualmente a vice-presidência da Revista Diálogos em Saúde Pública e Revista Encontros & Ações. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Juliana Maddalena Trifilio Dias
Professora na Faculdade de Educação e no PPGE da Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui Licenciatura e Bacharelado em Geografia pela UFJF, Especialização em Psicanálise, Saúde Mental e Laço Social, Mestrado em Educação pela UFJF, Doutorado em Geografia pela UNICAMP e Pós-doutorado em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Coordena o grupo GhEnTE (Geografia Humanista-Ensino-Teoria-Experiência) e é autora do livro *Lugar geopsíquico: onde Psicanálise e Educação se encontram*.

Letícia Caroline Faria Marcelino
Trabalhadora do SUS na Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte/MG. Psicóloga de formação, com especialização em andamento pelo Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS, do Ministério da Saúde. Militante do movimento antimanicomial, antiproibicionista e abolicionista penal. Atua na Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, que compõe a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial e na Associação Desinterna MG, pela vida e liberdade das juventudes. Integra a equipe de governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Luan Gomide de Sousa Cândido
Jornalista, Pesquisador, Escritor, Cineasta e Redutor de Danos. Produziu os filmes *Tereza por direitos* (2025) e *Pedreira de cima a baixo* (2005), desenvolveu artigos

e o conceito “comunicação abolicionista” (2021). Diagramador das publicações do ISER, mobilizador da luta antimanicomial, antiproibicionista e antiprisional, sendo premiado pelo TJMG (2025). Trabalhou em projetos de saúde, cidadania e segurança pública, pela promoção dos direitos das juventudes. Como articulador social, criou iniciativas culturais e antirracistas, como o projeto Arte da Pedra e o Centro Cultural Flor do Cascalho nas periferias de Belo Horizonte e interior de MG. Ainda, atuou na assessoria de imprensa do Legislativo mineiro e na elaboração de campanhas contra violência policial e transformação social com recurso da ONU. Integra a equipe de governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Luciana Souza d’Ávila
Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Direito Sanitário pela ESP-MG e em Ergonomia pela UFMG. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde e Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da ESP-MG. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Márcia Rocha Parizzi
Médica pediatra com especialização em Saúde do Adolescente e doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Tem experiência na área de saúde pública na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, onde atuou como pediatra na Atenção Primária à Saúde de 1984 a 2009 e como gestora da Política de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente de 2007 a 2024. Como gestora, ocupou a função de Coordenação da Área Técnica de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente de 2009 a 2017, período em que participou da

implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) em Belo Horizonte, bem como da Linha de Cuidado de Atenção às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade, e seus filhos. Consultora do Projeto Adolescências e Tessituras.

Patrícia Spyer Prates
Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Saúde do Adolescente pela UFMG. Integra o colegiado do Programa de Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Rejane Ferreira dos Reis
Médica Pediatra, Cardiologista Pediatra, Epidemiologista, Sanitarista, Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Silvia Coutinho Souza Lima
Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Clínica Psicanalítica com Criança e Adolescente pela PUC-MG, Saúde da Mulher e do RN pelo HMOB e Especializanda em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Janela da Escuta. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Lista de siglas

ACE – Agente de combate às endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AEPETI – Ações Estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
AI-5 – Ato Institucional n. 5
ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados
ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APGAR – Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEGOV – Centro de Estudos Internacionais sobre Governo
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CHO – Contraceptivo Hormonal Oral
CIEN – Campo Interdisciplinar de Estudos sobre a Criança e o Adolescente
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNDH – Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
COC – Contraceptivo Oral Combinado
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DIU – Dispositivo Intrauterino
DSDR – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
Ebia – Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Educação de Jovens e Adultos
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eAP – Equipes de Atenção Primária à Saúde
eMulti – Equipes Multiprofissionais na APS
e-SB – equipes de Saúde Bucal
eSF – equipes de Saúde da Família
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FEBEM – Fundação do Bem-Estar do Menor
FEBRASGO – Associação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras
FM – Faculdade de Medicina
FNPETI – Fórum Nacional de Prevenção ao Trabalho Infantil
Funabem – Fundação do Bem-Estar do Menor
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial
HC – Hospital das Clínicas

HEEADSSS – *Home / Education Employment / Eating Disorders / Activities / Drugs / Sexuality / Security / Suicide*
HIV – Human Immunodeficiency Virus (Tradução: Vírus da Imunodeficiência Humana)
IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de Massa Corporal
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
IVJ – Índice de Vulnerabilidade Juvenil
IVJ-N – Índice de Vulnerabilidade da Juventude Negra
JAMA – Journal of the American Medical Association (tradução: Jornal da Associação Médica Americana)
LA – Liberdade Assistida
Lista TIP – Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MASP – Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand
MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MPA-D – Acetato de medroxiprogesterona
MS – Ministério da Saúde
Neaids – Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas
ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentáve
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PEP – Profilaxia Pós-Exposição
PIA – Plano Individual de Atendimento
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISAJ – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNB – Produto Nacional Bruto
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPCAAM – Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PSC – Prestação de Serviço à Comunidade
PSE – Programa de Saúde na Escola
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RD – Redução de Danos
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
Sesb – Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SGD – Sistema de Garantia de Direitos
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
SIU – Sistema Intrauterino

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SOGIA – Associação de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e da Adolescência
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFC – Universidade Federal do Ceará
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNA-SUS – Sistema Universidade Aberta do SUS
UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Tradução: Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UOM – Unidades Odontológicas Móveis
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPP – Unidades de Polícia Pacificadora

Glossário SUS

Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS): a AB/APS é o primeiro nível de atenção em saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigidas à população em um território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Equipes de Saúde da Família (eSF): são as equipes multiprofissionais que executam a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Elas trabalham no território definido, assumindo a responsabilidade sanitária pela população adscrita. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a eSF é composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- Médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade).
- Enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família).
- Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem.
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A equipe também pode ser complementada por Agente de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Além das eSF, a PNAB e as regulamentações mais recentes reconhecem e preveem a existência de diversas modalidades de equipes que compõem e complementam a APS no SUS.

Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti): instituída pela Portaria n. 635/2023, a eMulti é uma estratégia que reorganiza as equipes, incorporando profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento para atuar de forma integrada e complementar às equipes de Saúde da Família (eSF). Dessa forma, visa fortalecer o cuidado integral e ampliado na APS em diferentes modalidades (ampliada, complementar, estratégica), focando na resolutividade e longitudinalidade do cuidado.

Estratégia de Saúde da Família (ESF): é o modelo prioritário da PNAB para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil. Ela favorece uma reorganização do processo de trabalho na AB, com o maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades. A ESF consolida a APS e favorece uma abordagem territorializada, centrada na integralidade do cuidado, no acolhimento e no vínculo com os usuários.

Sistema Único de Saúde (SUS): é a denominação do sistema público de saúde no Brasil. Este sistema oferta ações e serviços de saúde pública, prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público; e por instituições privadas, de forma complementar.

Unidade Básica de Saúde (UBS): é um estabelecimento de saúde que funciona como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Compõe a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS.

Glossário dos capítulos

% de população urbana: Proporção da população total de um país que vive em áreas urbanas.

Aporofobia: Rejeição ou hostilidade contra pessoas pobres e a pobreza.

Assexual: Pessoa que sente pouca ou nenhuma atração sexual por outras pessoas.

Autonomia: Significa autogoverno, autodeterminação e é a capacidade que o ser humano tem de tomar decisões sobre a sua saúde, assumindo a responsabilidade sobre seu tratamento.

Bissexual: Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas de mais de um gênero.

Branquitude: Cida Bento define como branquitude a invisibilização das contribuições de outras raças que não sejam a branca para a construção da história das instituições e da própria sociedade. Essa invisibilização se dá a partir da transmissão de valores, ferramentas, processos e discursos homogêneos. Ao mesmo tempo, tem-se "um pacto de cumplicidade não verbalizado entre pessoas brancas, que visa manter seus privilégios".[1]

1 BENTO, Cida. **Pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022, p. 18.

Cisgênera: Pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascer.

Confidencialidade: Direito de preservar suas informações pessoais, de acordo com a sua capacidade, mesmo em relação a seus pais e responsáveis. Há limites pelo risco da saúde e da vida.

Desertos alimentares: Áreas geográficas nas quais a disponibilidade e a acessibilidade aos alimentos saudáveis são limitadas em 0 a 5 estabelecimentos que ofertam alimentos saudáveis em até 15 minutos de caminhada para cada 1 mil habitantes.[2]

Espiritualidade: Experiência que transcende sistemas de crenças e rituais das religiões organizadas, sendo uma dimensão inerente ao existir humano; dimensão mais ampla da vida humana, que nos auxilia a lidar com os mistérios da vida, como o sofrimento e a morte; relacionada "àquelas qualidades do espírito humano, tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia, que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros".[3]

Expressão de gênero: Modo pelo qual a pessoa exterioriza sua identidade de gênero, forma como ela manifesta seu gênero através de formas de se vestir, comportamentos, atitudes.

Gênero: Construção social, política e histórica que atribui sentidos ao que se entende por masculino e feminino, indicando o aspecto relacional, e não inato, não refletindo uma realidade biológica.

2 BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **O que é racismo ambiental e de que forma ele impacta populações mais vulneráveis**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contra-fake/noticias/2024/o-que-e-racismo-ambiental-e-de-que-forma-impacta-populacoes-mais-vulneraveis. Acesso em: 20 nov. 2025.

3 BOFF, Leonardo. A emergência da espiritualidade natural. **Portal Leonardo Boff**, [*s. l.*], 2024. Disponível em: https://leonardoboff.org/2024/12/09/a-emergencia-da-espiritualidade-natural/. Acesso em: 16 set. 2025.

Gordofobia: Preconceito e exclusão de pessoas gordas, visível em atitudes, discursos e barreiras sociais e institucionais.

Heterossexual: Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas de gênero diverso ao seu.

Homossexual (gay, lésbica): Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas do mesmo gênero que o seu. Dentro dessa definição, podemos distinguir gays como homens que se sentem atraídos por outros homens, ao passo que lésbicas são mulheres que se sentem atraídas por outras mulheres.

Identidade de gênero: Experiência interna e individual de cada pessoa em relação ao seu próprio gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento.

IDH: Composto pela expectativa de vida ao nascer, pela média de anos de escolaridade e anos esperados de escolaridade e pelo PIB per capita, sendo criado em 1990 como uma alternativa ao PIB, pois reflete outras dimensões da vida das pessoas e explica de forma mais completa o desenvolvimento dos países.

Índice Gini: Mede o desvio da distribuição de renda entre indivíduos ou famílias em relação a uma sociedade perfeitamente igual. Uma medida de 0 representa a igualdade perfeita, enquanto um índice de 100 implica a desigualdade absoluta, ou seja, quanto mais próximo de 100, maior é a desigualdade do país.

Interseccionalidade: É uma ferramenta teórica e metodológica usada para se pensar os diversos atravessamentos sociais a que um sujeito está exposto. Uma sobreposição de localizações que coloca alguns indivíduos em posição de maior vulnerabilidade em relação a outros. Termo criado no contexto do feminismo negro, uma vez que a mulher negra está sujeita a maiores vulnerabilidades que mulheres brancas e que homens negros, por exemplo.[4]

LGBTIAP+: Sigla que contempla lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexuais, assexuais, pansexuais e gêneros neutros. O uso do sinal "+" cumpre a função de busca por abarcar as diferentes formas de orientação sexual e identidade de gênero que sofrem discriminação e preconceito.

LGBTfobia: Denominação geral para manifestações de discriminação, preconceito e violência contra pessoas LGBTIAP+.

LGBTQIAPN+fobias: Discriminação e aversão contra pessoas LGBTQIAPN+, como homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia.

Letramento racial: De acordo com Pereira, o termo "letramento racial" diz respeito a uma leitura racializada dos processos sociais. Essa leitura leva em conta que a raça não diz respeito apenas às pessoas negras ou indígenas, por exemplo, mas também às pessoas brancas. Diante disso, a autora afirma que o letramento racial "é uma habilidade prática por meio da qual os indivíduos podem não apenas constatar a existência do racismo, mas também examinar os efeitos institucionalizados da raça sobre suas experiências e representações".[5]

4 AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

5 PEREIRA, Daiane da Fonseca. Letramento racial no contexto brasileiro de pesquisa. *In*: COPENE: Democracia, Poder e Antirracismos: avanços, retrocessos legais e ações institucionais, 12., 11-16 set. 2022, Recife. **Anais [...]**. Recife: Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN); Consórcio Nacional de Núcleos de Estudos Afro-brasileiros (CONNEABs), 2022, p. 1-8. Disponível em: https://www.copene2022.abpn.org.br/anais/trabalhos/anais01?simposio=221. Acesso em: 29 set. 2025, p. 3.

Misoginia: Ódio e desvalorização das mulheres, sustentando desigualdades e violências, como feminicídio e objetificação.

Mortalidade em menores de 5 anos: Número de óbitos de menores de cinco anos de idade por mil nascidos vivos. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários.

Mortalidade infantil: Número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. Compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Altas taxas de mortalidade infantil (50 ou mais) refletem baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Nome social: Designação pela qual uma pessoa travesti ou transexual se identifica e deve ser identificada socialmente. O respeito ao nome social independe de qualquer alteração em documentos.

Orientação sexual: Diz respeito à atração emocional, romântica e/ou sexual por outras pessoas.

Pansexual: Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas de qualquer gênero, não sendo o gênero um fator determinante para a atração.

Pântanos alimentares: Áreas geográficas onde há uma abundância de estabelecimentos que oferecem, sobretudo, opções alimentares não saudáveis, como os alimentos ultraprocessados. Ou seja, 15 estabelecimentos não saudáveis acessíveis em até 15 minutos de caminhada para cada 1 mil habitantes.[6]

6 BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **O que é racismo ambiental e de que forma ele impacta populações mais vulneráveis**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contra-fake/noticias/2024/o-que-e-racismo-ambiental-e-de-que-forma-impacta-populacoes-mais-vulneraveis. Acesso em: 20 nov. 2025.

Pessoa não binárie: Pessoa cuja identidade de gênero não se encontra localizada no binarismo homem/mulher.

PIB: É a soma de todas as riquezas produzidas por residentes de um país, adicionando-se os impostos sobre os produtos e subtraindo-se os subsídios não incluídos no valor desses produtos.

PNB: Refere-se à soma de todas as riquezas produzidas por um país, dentro do território nacional ou no exterior, sendo uma ótima medida para avaliar a capacidade de se investir no bem-estar da população.

Preconceito racial: De acordo com o dicionário *Aurélio*, preconceito é "uma ideia preconcebida. Suspeita, intolerância, aversão a outras raças, credos, religiões, etc".[7] Sendo assim, o preconceito racial é tudo o que pensamos sobre uma pessoa tendo apenas os aspectos de sua raça ou cor como orientador.

Privacidade: É o direito que o/a paciente tem de limitar o acesso à própria pessoa e à sua intimidade.

Promoção da cultura de paz: Significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das mudanças almejadas, tais como: justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo e da intolerância religiosa, eliminação do ageísmo, respeito aos direitos humanos, equilíbrio ecológico, participação democrática e liberdade política. A cultura de paz é o elo que interliga todos esses ideais num único processo de transformação social e pessoal.[8]

Raça: Foi criado para justificar a exploração de determinados corpos, sendo o homem branco europeu considerado o ideal universal, enquanto os demais

7 FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio século XXI escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Ver. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, p. 551.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola**: promoção da cultura de paz e direitos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_cultura_paz.pdf. Acesso em: 14 set. 2025, p. 23.

foram classificados como “outros raciais”.[9] O termo “raça” não tem nenhuma base biológica, trata-se de uma construção social ligada a interesses políticos e à expansão do capitalismo.

Racismo: Discriminação baseada na falsa ideia de superioridade racial, pautada em características fenotípicas, como: cor da pele, textura dos cabelos, traços do rosto, além de preconceitos em torno de uma cultura ou religião. Pode ser individual, institucional ou estrutural.

Racismo estrutural: O racismo se manifesta de forma estrutural ao excluir pessoas de cor das principais estruturas sociais e políticas, enquanto privilegia abertamente os brancos, mantendo os demais em desvantagem e à margem do poder.[10]

Racismo institucional: O racismo institucional pode ser definido como uma falha das instituições em garantir o atendimento apropriado aos indivíduos em relação a sua cor, cultura, origem étnica ou racial. O racismo institucional é percebido quando o Estado escolhe, desde o início, não atuar de forma ativa diante das desigualdades enfrentadas por uma parcela de sua população. Por esse motivo, o racismo institucional pode ser entendido também como uma violência do Estado contra esta população.[11]

Religiosidade: Derivada do latim *religare*, evocando seu propósito social de reconexão com o transcendente, isto é, com aquilo que escapa e vai além da materialidade da vida; maneira como cada pessoa ou grupo se relaciona com o sagrado ou o transcendente; ligada a símbolos, rituais, normas e valores transmitidos pela tradição; possivelmente vivida no contexto institucional, como em igrejas, templos, terreiros, mesquitas etc., ou de maneira individual, por exemplo, quando as

9 MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

10 KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

11 WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610. Acesso em: 29 set. 2025.

pessoas fazem suas preces, orações e rituais, sem a necessidade de participar de uma instituição.[12]

Sexismo: Discriminação amparada no sexo ou no gênero de uma pessoa. Esse conceito serve de base para a compreensão do machismo e da LGBTfobia.

Sexualidade: Para a OMS, trata-se de um aspecto central do ser humano ao longo da vida, que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Taxa de desemprego (% do total da força laboral): Esse indicador se refere à proporção da força laboral que está sem trabalho, mas disponível e procurando emprego.

Transgênera: Pessoa cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascer.

Travesti: Assim como o termo "transgênero", refere-se a pessoa cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascer. No entanto, trata-se de identidade de gênero exclusivamente feminina. O uso da nomeação "travesti" traz consigo forte carga política e social, sendo tomada como elemento de resistência, com uso predominante na América Latina.

Violência: Evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, governos ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.[13]

Violência de gênero: Nomeação dada à violência cometida a uma pessoa em função de seu gênero ou identidade de gênero, a partir de uma suposição de superioridade.

Xenofobia: Preconceito ou rejeição contra pessoas estrangeiras por sua nacionalidade, cultura ou origem.

12 PAIVA, Geraldo José de. **Psicologia da religião no Brasil**: história, pesquisa e ensino. Curitiba: Juruá, 2017.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolecentes.pdf/view. Acesso em: 21 set. 2025, p. 89.

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE