Adolescências
e Tessituras

Vulnerabilidades sociais e trajetórias de vida: a APS e a produção de saúde

3

Livro

Vunerabilidades sociais e trajetórias de vida: a APS e a produção de saúde

Livro 3

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 [G859v]
Vulnerabilidades sociais e trajetórias de vida: a APS e a produção de saúde / Comissão Editorial: Cristiane de Freitas Cunha, Ana Paula Martins Lara, Andréa Chieri Torga Matiassi et al. Belo Horizonte: Projeto Adolescências e Tessituras, 2026.
209p.; + anexo – (Adolescência e Tessituras, v. 3).

ISBN: 978-65-977432-0-9

1. Adolescentes. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Racismo. 4. Direitos humanos. 5. Segurança alimentar e nutricional. 6. Violência contra as mulheres. 7. Adolescentes - Comportamento sexual. 8. Tráfico de drogas. 9. Juventude – Vida religiosa. 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

O racismo e o negro no brasil: contribuições para a prática dos profissionais da atenção primária à saúde e dos profissionais da PNAISARI 9
- Introdução 10
- Glossário do capítulo 11
- O racismo no Brasil 12
- Racismo e políticas públicas 15
- Genocídio da juventude negra 19
- Vidas não passíveis de luto 20
- A guerra às drogas e o encarceramento da juventude negra 23
- Racismo e saúde 26
- Estudo de caso 27
- Para ver/ouvir/ler 28
- Referências bibliográficas 28

O direito ao amor: afetos, desejos e cuidado no socioeducativo 33
- Adolescência: tempo de travessia, tempo de desejo 35
- A sexualidade como vida, prazer e direito 36
- A negação institucional do afeto 37
- O racismo e a desautorização do desejo 38
- Amor e laço social: uma outra perspectiva 39
- Caminhos para a prática: implicar-se com o afeto 41
- Considerações finais 42
- Referências bibliográficas 43

Direitos humanos: contextualização 46
- E o que são os direitos humanos? 48
- E quais são esses direitos? 48
- O que isso quer dizer? 50
- Você já se deparou com essas violações interligadas no seu dia a dia de trabalho? 57
- Referências bibliográficas 58

Segurança alimentar e nutricional no contexto de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa: panorama, políticas e desafios 62
Glossário do capítulo 63
O que é Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)? 63
Panorama da Segurança Alimentar no Brasil 65
Panorama da alimentação em Unidades Socioeducativas 67
Articulação intersetorial para garantir SAN e EAN para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa 71
Segurança alimentar e o papel dos profissionais da APS 71
O profissional nutricionista na atenção à saúde 76
Desafios atuais na garantia da SAN nas UBSs 76
Iniciativa para a promoção da SAN aos/às adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa 77
Conclusão 78
Normas principais 79
Referências bibliográficas 81

Abordagem de mulheres em situação de violência: uma proposta de metodologia para a promoção da cultura de paz entre adolescentes, famílias e comunidades 88
Considerações iniciais 89
Programa Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós: um breve panorama histórico 90
Fotos das oficinas 93
Abordagem de cuidado integral e o processo de abertura de oficina 94
Aspectos fundamentais da abordagem das mulheres em situação de violência 97
Montando uma oficina: objetivo, metodologia e dicas práticas 102
Referências bibliográficas 105
Anexo 108

Gênero e sexualidade no sistema socioeducativo 117
Glossário do capítulo 118
Introdução 120
Opressões estruturais e seus efeitos 122
Pensar a prática: patologização e barreiras no acesso à saúde 123
O que está ao nosso alcance nesse contexto? Podemos somente assistir a todas essas violações? 126
Vulnerabilidades específicas no sistema socioeducativo 129
O reconhecimento da diversidade no sistema socioeducativo 130
Violências e violações de direitos 132
Marcos normativos e desafios na prática 134
Potências e caminhos possíveis 136
Referências bibliográficas 137

Adolescências e tráfico de drogas: a invisibilidade de uma das piores formas de exploração do trabalho infantil 142
A adolescência e o tráfico 143
O Manual para incidência da temática do tráfico de drogas como uma das piores formas de trabalho infantil – Conselho Nacional de Justiça (CNJ) 152
Referências sobre trabalho infantil: obras, estudos e análises 157
Referências bibliográficas 161

O direito à religiosidade e a atenção em saúde aos/às jovens que cumprem medidas socioeducativas: contradições, violações e caminhos possíveis 165
Juventudes, religiosidades e espiritualidades... O que eu tenho a ver com isso? 166
Garantindo o direito à religiosidade no cuidado em saúde aos/às adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas 172

Garantindo o direito à religiosidade
nas práticas de saúde 180
Referências bibliográficas 185

Bios dos autores 191
Lista de siglas 198
Glossário SUS 201
Glossário dos capítulos 203

O racismo e o negro no brasil: contribuições para a prática dos profissionais da atenção primária à saúde e dos profissionais da PNAISARI[1]

Gabriela Antunes Ferreira
Giovanna Mara de Aguiar Borges
Rejane Ferreira dos Reis

1 Esta pesquisa conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) sob código APQ-00762-22: Janela da Escuta e a adolescência: a tessitura de uma rede de cuidado no Estado de Minas Gerais – adolescentes e redes de saúde na perspectiva dos jovens.

Introdução

O racismo é tomado como estrutural e estruturante na sociedade brasileira. Por esse motivo, entendemos que esta é uma temática que se apresenta como chave de leitura para a maioria dos temas que estão sendo tratados neste livro. É provável que algumas discussões iniciadas neste capítulo apareçam em outros momentos, porque só é possível a compreensão da dinâmica do cuidado integral à saúde do adolescente em atendimento socioeducativo a partir do entendimento dos impactos do racismo no campo das políticas públicas e na vivência desses adolescentes.

Este capítulo tem como objetivo pautar o racismo como a base em que as relações sociais no Brasil estão ancoradas, de modo que a raça se constitui como fator de adoecimento, o que torna essa temática fundamental para se pensar a Atenção Primária à Saúde (APS) e o cuidado integral com os adolescentes em atendimento socioeducativo socioeducativa. Neste capítulo, optamos por realizar um recorte que trata do racismo direcionado aos corpos negros no Brasil.

Para o início desta conversa, apresentamos um glossário com alguns termos que podem aparecer ao longo do capítulo e em outros espaços midiáticos e de discussões sobre relações étnico-raciais. Conhecer o significado desses termos pode ser importante para uma melhor compreensão da temática e para uma tentativa de levar essa pauta para o nosso cotidiano de trabalho.

Glossário do capítulo

◢ **Raça:** termo criado para justificar a exploração de determinados corpos, sendo o homem branco europeu considerado o ideal universal, enquanto os demais foram classificados como "outros raciais".[2] O termo "raça" não tem nenhuma base biológica, trata-se de uma construção social ligada a interesses políticos e à expansão do capitalismo.

2 Mbembe, 2018a.

◢ **Racismo estrutural:** o racismo se manifesta de forma estrutural ao excluir pessoas negras das principais estruturas sociais e políticas, enquanto privilegia abertamente os brancos, mantendo os demais em desvantagem e à margem do poder.[3]

3 Kilomba, 2019.

◢ **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.[4]

4 Werneck, 2016.

◢ **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".[5]

5 Bento, 2022, p. 18.

◢ **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.[6]

6 Akotirene, 2019.

◢ **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 orientadores.

7 Ferreira, 2001, p. 551.

◢ **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, ela 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".[8]

8 Pereira, 2022, p. 3.

O racismo no Brasil

O Brasil é um país colonizado, e sua construção se deu a partir da mão de obra de pessoas negras escravizadas. Entretanto, após uma falsa abolição, essas pessoas foram colocadas para fora da dinâmica de

escravização e deixadas à própria sorte, sem nenhum tipo de política pública que desse condições para que essa população fosse inserida na dinâmica social brasileira de forma digna. Em contrapartida, houve a reparação aos proprietários de escravizados que perderam a sua mão de obra. Além disso, o branqueamento da população brasileira foi fomentado como uma política de Estado.[9]

9 Bento, 2022.

Desde o início, as relações sociais entre negros e não negros brancos no Brasil se deram de forma violenta e são baseadas no estabelecimento de uma diferença que coloca o outro racial como inferior ou alguém que deve ser tomado com suspeição. Sobre esse ponto, Guimarães[10] afirma que a dinâmica racial do Brasil foi construída a partir de bases importadas de teorias racistas europeias que tinham como referência de "ser humano" o branco europeu. Diante disso, a construção da nacionalidade do brasileiro tem como característica a aversão às diferenças. Sendo assim, o projeto de Brasil pós-abolição era torná-lo uma nação homogênea em relação às características físicas de seus cidadãos, aos costumes e à cultura.

10 Guimarães, 1995.

A formação da cidadania do brasileiro também foi influenciada pelo terror às diferenças, uma vez que foi construída a partir de um projeto das elites, e não em decorrência de lutas populares. Nesse sentido, o negro e o indígena brasileiro eram vistos apenas como meio de alcançar um Brasil homogêneo racialmente a partir da miscigenação. O negro e o indígena não eram vistos como sujeitos de direitos, por isso tiveram – e ainda têm – uma série de direitos ignorados pelo Estado Nesse sentido, a população negra e os povos indígenas foram historicamente submetidos a processos de exclusão e restrição de direitos, cujos efeitos ainda persistem. Embora importantes avanços legais e institucionais tenham sido alcançados, permanecem

desafios para a efetivação da equidade e da garantia plena de direitos.[11]

Diante disso, pode-se dizer que o racismo é estruturante na sociedade brasileira, uma vez que, desde o início, tem influência no modo como a sociedade se forma. O racismo é um dos alicerces sobre o qual o Brasil foi construído. É por isso que dizemos que, no Brasil, o racismo é estrutural.[12]

Outro ponto importante para essa discussão se refere ao racismo atuando nas esferas públicas e privadas. Quando se leva em consideração a história do Brasil, é possível perceber que o Estado escolheu atuar ativamente para o fomento das desigualdades. Ao longo da história do Brasil, o racismo foi incorporado às estruturas sociais e institucionais, produzindo e reproduzindo desigualdades que ainda impactam as condições de vida e de acesso a direitos da população negra.

Sendo assim, as pessoas negras vivenciam, até os dias atuais, os efeitos das desigualdades raciais historicamente construídas e reproduzidas na sociedade brasileira. colhem até os dias atuais as consequências da negligência do Estado. Isso pode ser visto, por exemplo, nos índices alarmantes de mortes violentas que atingem adolescentes e jovens negros. São eles também que compõem a maior parte da população em situação de rua e representam a maioria dos adolescentes que ingressam no sistema socioeducativo. Ao mesmo tempo, trata-se da população com maior vulnerabilidade social em decorrência da renda e dos não acessos aos mínimos sociais. Nesse sentido, o racismo aparece em sua forma institucional.

O *Atlas da violência 2025* aponta que, em 2023, uma pessoa negra tinha 2,7 vezes mais chances de ser vítima de homicídio em relação a uma pessoa não negra.[13] Além disso, o percentual de negros vítimas de mortes em decorrência de intervenções policiais representa 82%.[14]

11 Guimarães, 1995.

12 Almeida, 2018.

13 Cerqueira *et al.*, 2025.

14 Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025.

Junto a esses dados, ressaltamos que o último levantamento publicado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) aponta que o percentual de adolescentes negros, somando-se pretos e pardos, ingressos no sistema socioeducativo é de 72%.[15] Em continuidade a Esse cenário reflete desigualdades raciais historicamente construídas e evidencia a sobrerrepresentação da população negra nos sistemas socioeducativo e prisional.[16] uma tendência do Estado à criminalização dos corpos negros, os homens negros representam 68,7% das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

15 Brasil, 2025.

16 Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025.

Para a manutenção dessa estrutura racista e da institucionalização do racismo, há uma aliança silenciosa entre as pessoas brancas que se beneficiam da forma como as relações sociais e institucionais funcionam, o que é chamado de branquitude. É preciso que as pessoas brancas estejam cientes de seus privilégios e facilidades para que possam sair da posição passiva e atuar ativamente para que os alicerces sejam outros.

Racismo e políticas públicas

Há uma única menção à questão de raça, cor ou etnia no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que aparece da seguinte forma:

> Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei 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. [Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016].[17]

17 Brasil, 1990.

A partir disso, surge o questionamento: como assegurar a equidade na garantia de direitos e acesso às políticas públicas pelos/as adolescentes negros/as se o Estado não reconhece, de partida, a sua negligência frente a uma parcela da população que apresenta desigualdades históricas?, diante das desigualdades raciais historicamente construídas e de seus impactos persistentes sobre essa população?

Neste momento, é importante trazer o conceito de necropolítica, fundamental para pensar sobre o funcionamento das políticas públicas no Brasil. Necropolítica é um conceito firmado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe que diz respeito à gestão da morte pelo Estado. Sendo assim, a necropolítica se relaciona ao racismo, uma vez que ela é destinada a grupos de pessoas consideradas descartáveis. A necropolítica não é apenas matar diretamente, mas também se apresenta quando o Estado não se organiza para garantir direitos básicos para uma parte de sua população. Para falar de necropolítica no país, retomamos o fato de o fim da escravização no Brasil não vir acompanhado de processos de reparação aos escravizados, muito menos de políticas que garantiriam acesso a direitos sociais. Ou seja, quando o Estado brasileiro deixa de promover acesso e garantias a uma parcela já vulnerabilizada da população, ele está escolhendo quem vive e quem morre.

Neste momento, é importante apresentar o conceito de necropolítica, desenvolvido pelo filósofo camaronês Achille Mbembe, como uma ferramenta analítica para refletir sobre as desigualdades na garantia de direitos e no acesso às políticas públicas. Segundo o autor, a necropolítica refere-se às formas de exercício do poder que produzem diferentes condições de proteção da vida e de exposição à morte, atingindo de maneira desproporcional determinados grupos sociais. Nessa perspectiva, o conceito dialoga com o racismo estrutural, ao

evidenciar como processos históricos e sociais podem resultar em maior vulnerabilidade e em desigualdades persistentes no acesso a direitos.

No contexto brasileiro, esse debate é frequentemente relacionado aos efeitos duradouros da escravização e do racismo estrutural, cujos impactos permanecem presentes nas condições de vida, saúde e acesso a direitos da população negra. Embora o país tenha avançado na construção de marcos legais e de políticas públicas voltadas à promoção da equidade racial, persistem iniquidades que se expressam em diferentes indicadores sociais e de saúde, evidenciando a necessidade de fortalecer ações intersetoriais e estratégias capazes de promover a equidade e enfrentar as desigualdades raciais.

Isso acontece com o exercício do biopoder e da biopolítica, termos tomados por Mbembe de Michel Foucault, relacionando-os à questão racial. O biopoder se refere ao exercício do poder no controle da vida e dos modos de viver dos indivíduos como forma de determinar quem pode viver e quem deve morrer. Já a biopolítica seria os instrumentos e as formas institucionalizadas de controle do bem-estar dos indivíduos e das populações, extrapolando as esferas estatais de controle dos territórios. É um conceito que está intimamente ligado à questão de um corpo biológico apto a servir à produtividade fomentada pelo capitalismo.

E o que isso tem a ver com a trajetória de adolescentes nas políticas públicas? Esses/as adolescentes, em sua grande parte pretos/as e pobres, chegam ao atendimento com um histórico de violências e violações institucionalizadas pelo Estado, sendo que nenhum aparato legal foi capaz de protegê-los/as até ali. O que percebemos é que, mesmo com os avanços trazidos pelo ECA, as violências e violações contra crianças e adolescentes negros/as permanecem

crescentes. Então, é preciso que o Estado faça muito mais do que tem sido feito. A negligência da sociedade e do Estado em relação aos/às adolescentes negros/as é um projeto necropolítico, que não considera esses corpos dignos de existência.

E o que isso tem a ver com a trajetória dos(as) adolescentes nas políticas públicas? Em sua maioria pretos(as) e oriundos(as) de contextos marcados por desigualdades socioeconômicas, muitos desses(as) adolescentes chegam aos serviços públicos após vivenciarem múltiplas situações de violência, discriminação, exclusão social e violações de direitos ao longo de suas trajetórias. Esse cenário evidencia que as desigualdades raciais e sociais impactam diretamente as oportunidades de desenvolvimento e o acesso a direitos fundamentais.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tenha representado um importante marco na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, persistem iniquidades que afetam de forma desproporcional adolescentes negros(as), refletidas nos indicadores de violência, vulnerabilidade social e acesso às políticas públicas. Nesse contexto, torna-se fundamental fortalecer ações intersetoriais capazes de enfrentar o racismo estrutural e institucional e promover a equidade.

No âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel estratégico na redução dessas desigualdades, por meio de políticas que reconhecem os determinantes sociais da saúde e orientam a oferta de um cuidado integral, equânime e livre de discriminação. Instrumentos como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) e a atuação da Atenção Primária à Saúde reafirmam o compromisso do Estado com a promoção da equidade, a garantia

do acesso aos serviços de saúde e a proteção integral dessa população.

Reconhecer a existência do racismo e de seus impactos sobre as condições de vida e saúde não significa apenas identificar desigualdades, mas também orientar a formulação e o fortalecimento de políticas públicas capazes de enfrentá-las. Nesse sentido, incorporar a equidade racial às práticas de cuidado constitui um dos caminhos para garantir o direito à saúde e contribuir para a redução das iniquidades que afetam adolescentes negros(as).

Genocídio da juventude negra

A versão mais atual do *Atlas da violência 2025* aponta que, entre os anos de 2013 e 2023, as análises das taxas de homicídio de pessoas negras e não negras demonstram que há uma persistência na desigualdade racial na violência letal no Brasil. Mesmo que os dados apresentem uma redução geral dos homicídios no Brasil, ele não se aplica à violência destinada aos corpos negros; pelo contrário, de 2013 até 2023, há um aumento das chances de uma pessoa negra ser vítima de homicídio em relação a uma pessoa não negra.[18]

Além disso, o *Atlas da violência 2025* demonstra que "morte violenta é a principal causa de óbito de jovens entre 15 e 29 anos no Brasil".[19]

> Exemplo disso se extrai do indicador Índice de Vulnerabilidade da Juventude Negra (IVJ-N) 2024, elaborado a partir do modelo conceitual do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ) 2017, desenvolvido pela UNESCO e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) para medir a vulnerabilidade dos jovens brasileiros à violência. Mesmo considerando outras dimensões, para além do sistema de segurança pública e de justiça criminal, os

18 Cerqueira *et al.*, 2025.

19 Cerqueira *et al.*, 2025, p. 26.

> dados mostram uma persistência: esferas de políticas públicas, envolvendo direitos sociais, ainda não conseguem proteger a juventude negra, no mesmo patamar que a juventude branca. Ou seja, estamos lidando com um padrão de vulnerabilidade à violência suportado e dirigido aos jovens negros, o qual tem escapado do alcance da ação do Poder Público.[20]

20 Cerqueira *et al.*, 2025, p. 73.

A partir do exposto até aqui, podemos dizer que, no Brasil, há uma dinâmica de genocídio da Juventude Negra que se reafirma e se institucionaliza quando pensamos na necropolítica. Sobre genocídio, Reis afirma que ele se aplica a partir de ações que visem prejudicar as bases fundamentais da vida de grupos nacionais, estragando de forma direta instituições políticas e sociais. O genocídio inclui o plano de: "devastação da cultura, da língua, dos sentimentos nacionais, da religião e da existência econômica de grupos nacionais".[21]

21 Reis, 2017, p. 86.

Vidas não passíveis de luto

Como visto até aqui, o racismo contra o negro no Brasil não causa apenas o adoecimento, mas a morte física e simbólica de adolescentes e jovens marcados pelo fenótipo negro. São vidas que na maioria das vezes não são passíveis de luto. Diante disso, Reis, em sua dissertação de mestrado,[22] propôs instaurar um Memorial pela Vida da Juventude Negra. Em contraponto a uma política de morte pelo genocídio, o Memorial pode ser considerado uma política de vida, por meio de um lugar na memória.

22 Reis, 2017.

A morte de um adolescente por homicídio é um evento trágico e doloroso para a família e sua comunidade. Os sentimentos de raiva, angústia e, principalmente, inconformismo diante de uma morte considerada prematura alcançam as pessoas e ferem a dinâmica familiar.

Butler[23] nos faz pensar sobre as molduras pelas quais assimilamos ou não conseguimos assimilar a vida dos outros como perdida ou lesada e nos interroga sobre o que é uma vida. Segundo essa perspectiva, as vidas reconhecidas relacionam-se à incidência dos dispositivos das operações de poder dentro de uma sociedade. As vidas consideradas precárias estariam mais propensas à potencialização da violência. "O 'ser' do corpo é um ser que estará sempre entregue a outros, às normas, às organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros".[24]

23 Butler, 2015.

24 Butler, 2015, p. 15.

"Viver é sempre viver uma vida que é vulnerável desde o início e que pode ser colocada em risco ou eliminada de uma hora para outra a partir do exterior e por motivos que nem sempre estão sob nosso controle".[25] Algumas vidas, por não serem consideradas valiosas, são submetidas a condições indignas, obrigadas a suportar a carga da falta da escolaridade, da privação de direitos, do encarceramento, da exposição diferenciada à violência e à morte. A morte de adolescentes negros, em geral, não é lamentada pelo Estado. Os sentimentos são relativamente mantidos pela forma como interpretamos o mundo que nos cerca. A forma de interpretar o que sentimos pode alterar – e na verdade altera – o próprio sentimento. Essas vidas são consideradas por muitos como vidas sem valor. São vidas não passíveis de luto.

25 Butler, 2015, p. 51.

> São perdíveis, ou podem ser sacrificadas, precisamente porque foram enquadradas como já tendo sido perdidas ou sacrificadas, são consideradas como ameaças à vida humana como a conhecemos, e não como populações vivas que necessitam de proteção contra a violência ilegítima do Estado. Quando essas vidas são perdidas, não são objeto de lamentação,

> uma vez que na lógica distorcida que racionaliza sua morte, a perda dessas populações é considerada necessária para proteger a vida dos "vivos".[26]

26 Butler, 2015, p. 53.

Cada um desses adolescentes é precioso, tem história única e absolutamente singular. **Nenhum indicador de saúde jamais alcançará as histórias de vida e as histórias de morte**.

> Pense em todos os abraços, brincadeiras em família, costumes, cumprimentos, nomes, sonhos, todo o conhecimento partilhado e as capacidades de uma família negra injetados nesse vaso de carne e osso. E pense em como esse vaso foi arrebatado, estilhaçado no concreto, e todo o seu sagrado conteúdo, tudo o que nele entrara, fluindo de volta para a terra.[27]

27 Coates, 2015, p. 87.

Há certos sujeitos que são considerados pessoas "reconhecíveis". Outros são definitivamente mais difíceis de reconhecer. Algumas normas operam para tornar as pessoas menos "existentes". Admitir que algumas vidas possam ser perdidas, aniquiladas ou reiteradamente negligenciadas é realçar a precariedade dessas vidas. Os modos socialmente condicionados de sobreviver e crescer enfatizam a precariedade.

O fato de uma criança sobreviver ou não é importante, e sua sobrevivência depende do que poderíamos chamar de uma "rede social de ajuda".[28] No lugar em que não há nenhuma ou é escassa a proteção contra a aniquilação e onde o pacto social não assegura as condições para vidas vivíveis, estas vidas não são passíveis de luto. Na realidade, são vidas que não importam. É relevante perceber que as vidas que importam são passíveis de luto. Ser passível de luto é uma premissa para o surgimento e para a manutenção de uma vida. "Sem a condição de ser enlutada, não há

28 Butler, 2015, p. 32.

vida, ou, melhor dizendo, há algo que está vivo, mas que é diferente de uma vida".[29]

O Memorial pela Vida da Juventude Negra se propôs a dar-lhes um lugar de memória e como "ação coletiva transformou dados em informações e as informações em conhecimento".[30] "Abraçar o Memorial pela Vida da Juventude Negra significa comprometer-se eticamente por um Brasil no qual os corpos negros não sejam mais submetidos às históricas violências físicas e simbólicas".[31]

29 Butler, 2015, p. 33.

30 Cardoso, 2022, p. 653.

31 Cardoso, 2022, p. 654.

A guerra às drogas e o encarceramento da juventude negra

A Constituição Federal, também chamada Constituição Cidadã, em seu Art. 227, diz:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.[32]

32 Brasil, 1988.

À luz desse artigo constitucional, buscamos apontar a nossa implicação, enquanto sociedade, nos processos de cuidado e responsabilização de adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, principalmente no que se refere ao adolescente em situação de trabalho infantil no tráfico de drogas. Sabemos que, quando um adolescente é apreendido por tráfico, a ele é atribuída medida socioeducativa, em vez de uma medida protetiva, como preconiza a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que considera o tráfico de drogas uma

das piores formas de trabalho infantil.[33] É importante refletir a respeito do que a entrada no sistema do tráfico de drogas pode significar para um/a adolescente que tem seus direitos fundamentais negligenciados.

33 Brasil, 1999.

Apesar da tirania de suas regras, o tráfico pode fazer a função de dar lugar àquele/a adolescente que não se adequa à escola, que apresenta dificuldades de aprendizagem e no laço com o outro, ou adolescentes que desde muito cedo foram medicados por apresentarem comportamentos inadequados, que não conseguem responder ao imperativo capitalista do consumismo por não terem dinheiro. No tráfico, eles fazem seu nome, encontram um lugar de existência, nem que seja pela via da violência contra o outro ou contra si mesmos. Tornam-se trabalhadores incansáveis, em turnos extenuantes de trabalho, muitas vezes madrugada afora, em situações de grave risco para a própria vida. **Se a sociedade segrega, o crime acolhe.** Isso nos leva a pensar: **como nós, enquanto sociedade, podemos subverter essa lógica segregativa? O que da nossa postura pode apostar mais nas potencialidades desses sujeitos e reforçar menos os processos segregativos?**

O Estado é composto por pessoas que levam suas premissas para a execução de políticas públicas. Então, mais que responsabilizar o Estado, é importante refletir sobre o papel da sociedade na manutenção dessa engrenagem. A sociedade tem responsabilidade na disseminação de preconceitos, na conivência com as violações de direitos e na execução de políticas públicas que reforçam a exclusão – basta se deter um pouco na leitura de comentários que acompanham notícias nas redes sociais que falam sobre redução da maioridade penal e aumento de tempo de cumprimento de medidas socioeducativas. Por detrás dos teclados, vemos uma sociedade raivosa, vingativa, punitivista e racista.

O Estado é constituído por instituições e por pessoas que atuam na formulação, implementação e execução das políticas públicas, carregando valores, concepções e práticas que podem influenciar esses processos. Nesse sentido, para além da análise das responsabilidades institucionais, é fundamental refletir sobre o papel da sociedade na construção e na reprodução de práticas sociais que podem contribuir para a manutenção de desigualdades e violações de direitos.

As manifestações sociais em torno de temas como a redução da maioridade penal e o aumento do tempo de cumprimento de medidas socioeducativas evidenciam a presença de perspectivas punitivistas e de discursos que, em determinados contextos, podem reforçar estigmas e desigualdades, especialmente quando associados a marcadores como raça, território e condição socioeconômica. Dessa forma, torna-se necessário ampliar o debate público sobre direitos humanos, proteção integral e equidade, fortalecendo uma compreensão das políticas voltadas a adolescentes em conflito com a lei baseada no cuidado, na responsabilização e na garantia de seus direitos.

Esta sociedade elege as adolescências que podem fazer a travessia para a vida adulta de forma protegida e as adolescências que não podem cometer erros, pois responderão por seus atos com todo o rigor da lei. Aos corpos adolescentes negros, a punição é o que a sociedade endereça, em detrimento da proteção e do cuidado. Enquanto profissionais de saúde que se encontram nos territórios, é preciso estar advertido dessa dinâmica que marca nossa sociedade para se fazer uma leitura dos casos despida de preconceitos e alinhada com o princípio da equidade, tão cara ao cuidado em saúde.

Além disso, no Brasil, desde a falsa abolição, há a associação do negro ao criminoso. A criminologia tradicional (positivista, penal dogmática e política criminal

defensivista) foi construída com uma visão **etnocêntrica, racista, misógina e homofóbica**, que ainda hoje é dominante. A criminologia crítica latino-americana já denunciava isso há muito tempo, mostrando como o sistema penal é seletivo e serve para **controlar grupos considerados** indesejáveis.[34]

34 Carvalho, 2015.

No livro *A América Latina e sua criminologia*, Rosa del Olmo explica que, desde o início, índios e negros foram vistos como os "primeiros criminosos".[35] No fim do século 19, influenciados por Comte, Darwin, Spencer e Lombroso, especialistas diziam que os indígenas cometiam crimes por "atraso" e "ignorância", e os negros, além disso, eram criminalizados por praticar suas religiões africanas, consideradas sinais de doença ou bruxaria que levaria ao crime.[36] Diante disso, é possível localizar como a chamada guerra às drogas é legitimada e incorporada à dinâmica social do país.

35 Rosa del Olmo *apud* Carvalho, 2015.

36 Carvalho, 2015.

Racismo e saúde

A partir do caminho traçado até o momento, percebemos o modo com que o racismo vai se constituindo como central nas relações estabelecidas no país e o impacto que ele tem na garantia de direitos e no cuidado à saúde dos indivíduos. Nesse sentido, o racismo pode ser tomado como um determinante social de saúde, uma vez que, no contexto da sociedade brasileira, ter o fenótipo negro tem influência sobre a saúde de um indivíduo. Sendo assim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 13 de maio de 2009 com o objetivo de combater as desigualdades e promover a saúde integral da população negra.[37]

37 Brasil, 2009.

Porém, para que possamos pensar na incidência do racismo na saúde das populações, é necessário que o trabalhador da APS conheça o usuário da política de saúde.

> Conhecer o usuário implica em não desconsiderar a pergunta quanto a raça/cor em um primeiro contato ou acolhimento do usuário. Esta pergunta não é apenas um protocolo, mas é uma ferramenta necessária para o fomento das políticas públicas e para que seja possível conhecer quais comorbidades e quais as reais condições de saúde da população negra de um território.[38]

38 David, 2023.

Estudo de caso

A partir das discussões que se deram ao longo deste capítulo, convidamos vocês para conhecer o caso de Adão.[39] Adão é um adolescente de 15 anos e chega a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) após compartilhamento do caso com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro de sua avó, Maria. Adão morou por muito tempo com sua mãe, Kate, em outro bairro, onde começou a se envolver com o tráfico e com pequenos furtos. Ele morava com a mãe e dois irmãos mais novos. Kate não gostava de frequentar a UBS do bairro onde morava, pois já fora criticada por manter os seus cabelos crespos naturais em uma consulta de pré-natal de sua filha mais nova. A rede local estava com dificuldade em se organizar em torno do caso, por isso, a Sra. Maria convidou a filha e os netos para se mudarem para o seu bairro. Apesar de ter um histórico de envolvimento com atos infracionais, Adão não tinha chegado a ser apreendido, por isso a preocupação da Sra. Maria em conseguir com que a família de sua filha fosse atendida pela rede com ofertas que pudessem "abrir outros caminhos a seu neto". Na UBS, Adão diz para a Assistente Social que gostava muito de desenhar e da escola, porém tinha parado de estudar no 7º ano, já que os colegas o chamavam de "preto, pobre e burro" e ele respondia batendo neles. Ele relata que se "envolveu com coisas

39 Trata-se de um caso fictício. Os nomes e o caso são ilustrativos.

erradas" no seu antigo bairro, pois os "meninos do corre gostavam dele e ele era respeitado".

VAMOS REFLETIR?

Como você acha que o serviço de saúde pode atuar no caso? Você acha que o racismo teve algum impacto para o caso?

Para ver/ouvir/ler

Diante das reflexões propostas neste capítulo, a quem interessar saber mais, sugerimos reflexões propostas nas indicações a seguir:

1. Canal Negritude em Letras
2. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS
3. Projeto Querino
4. Podcast sobre Isildinha Baptista
5. Coleção Feminismos Plurais – 12 livros de diversos autores

Referências bibliográficas

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

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

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

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. 8.069, 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: 29 set. 2025.

BRASIL. Decreto Legislativo n. 178, de 14/12/1999. Aprova os textos da Convenção 182 e da Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a proibição das piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para sua Eliminação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2009]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 9 nov. 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: 9 nov. 2025.

BUTLER Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CARDOSO, Marcos Antonio. Memorial pela vida da juventude negra: Aya – árvore da vida pela vida. *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. p. 639-654.

CARVALHO, Salo de. O encarceramento seletivo da juventude negra brasileira: a decisiva contribuição do poder judiciário. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 67, p. 623-652, jul./dez. 2015. Disponível em: https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/pt_BR/article/view/1721. Acesso em: 30 set. 2025.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* (Coords.). **Atlas da violência 2025**. Brasília: Ipea; FBSP, 2025. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17165. Acesso em: 29 set. 2025.

COATES, Ta-Nehisi. **Entre o mundo e eu**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2015.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Aquilombamento da saúde mental**: cuidado antirracista na atenção psicossocial. São Paulo: Hucitec, 2023.

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

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**: 2025. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279. Acesso em: 9 nov. 2025.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Racismo e antirracismo no Brasil. **Novos Estudos**, [*s. l.*], v. 3, n. 43, p. 26-44, nov. 1995. Disponível em: https://novosestudos.com.br/produto/edicao-43/. Acesso em: 2 nov. 2025.

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

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

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018b.

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.

REIS, Rejane Ferreira dos. **O genocídio dos adolescentes negros no município de Belo Horizonte**: quem importa? 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-B43GF5. Acesso em: 29 set. 2025.

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.

O direito ao amor: afetos, desejos e cuidado no socioeducativo[1]

Bárbara Oliveira Batista

1 Esta pesquisa conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) sob código APQ-03360-22: Janela da Escuta e adolescências trans: a tessitura de uma rede de cuidado.

Se começo pelo amor,
é que o amor é, para todos
– por mais que o neguem –
a grande coisa da vida.

Charles Baudelaire

Falar de saúde sexual e reprodutiva no contexto das medidas socioeducativas exige um deslocamento do olhar. Com frequência, os discursos institucionais se restringem ao risco: gravidez precoce e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Essa abordagem, ainda que importante, acaba por reduzir a sexualidade a um problema sanitário e deixa invisível uma dimensão fundamental da vida: o amor, os afetos, os desejos e o prazer.

Dentro das unidades de internação, onde o corpo é constantemente vigiado, amar e desejar se tornam atos de resistência. O/a jovem que escreve uma carta apaixonada e a esconde no colchão, o que pergunta se será capaz de ser pai, ou a menina que insiste em falar do/a namorado/a mesmo sob risco de ridicularização, todos revelam que a sexualidade é também alegria, invenção e vida que pulsa.

Quando olhamos para quem são os/as adolescentes em privação e restrição de liberdade no Brasil, as desigualdades deixam de ser pano de fundo e se tornam protagonistas. Segundo o *Levantamento Nacional do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo* (SINASE) – 2024, cerca de 73% desses/as jovens

são negros/as (pretos/as e pardos/as) e chegam ao sistema após trajetórias atravessadas por sucessivas vulnerações – violações de direitos, vínculos escolares rompidos, trabalho precoce e ausência constante das políticas públicas.[2]

2 Brasil, 2025.

Esses números não apenas descrevem um perfil: revelam a engrenagem de um país onde o racismo estrutural e as desigualdades sociais determinam quem será privado de liberdade. Mais do que estatísticas, são marcas de uma história de negação. Fanon[3] nos lembra que o racismo captura o sujeito negro no corpo, apagando sua subjetividade. Bento[4] mostra que o pacto da branquitude sustenta esse apagamento, alimentando a fantasia de que esses jovens não sentem, não amam, não desejam. Ao falar em branquitude, a autora se refere a um arranjo social que protege privilégios e produz exclusões; uma engrenagem que atravessa a experiência negra no Brasil.

3 Fanon, 2008.

4 Bento, 2022.

Contra essa lógica, é preciso afirmar: a sexualidade é parte inerente da vida, atravessa todas as nossas ações e relações. O direito de viver o amor, a intimidade e o afeto é também um direito à saúde, se entendida em seu conceito ampliado como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença".[5]

5 Organização Mundial da Saúde, 1986.

Adolescência: tempo de travessia, tempo de desejo

A adolescência não é apenas uma fase de transição ou de "crise", como muitas vezes aparece no senso comum. Freud[6] mostra que a puberdade faz reaparecer questões da infância em um novo registro: aquilo que antes era vivido no campo das fantasias infantis retorna agora sob o impacto das mudanças corporais e da irrupção

6 Freud, 1905/2016.

do desejo sexual. O/a jovem se vê diante de sentimentos que reconhece, mas que ganham outra intensidade e exigem novas respostas. Lacan[7] nomeia esse momento como um "tempo lógico", no qual cada sujeito precisa inventar caminhos singulares para lidar com o desejo e com a falta de garantias que o atravessam.

7 Lacan, 1969-1970/2008.

Alberti[8] sublinha que a adolescência é sempre o tempo do encontro com o sexo. Mas, aqui, sexo não é apenas o ato sexual: é o confronto com a diferença do outro, com aquilo que escapa ao nosso controle e que pode gerar angústia. É perceber que o outro não pensa como eu, não deseja como eu e, justamente por isso, me afeta profundamente.

8 Alberti, 2004.

É nesse ponto que o amor se torna experiência fundamental. Nos gestos cotidianos, como em uma carta, um olhar, um flerte ou uma amizade intensa, o/a adolescente ensaia formas de se relacionar, percebe como é ser visto/a pelo outro e descobre que estar em vínculo traz tanto prazer quanto desencontros. Essas experiências, aparentemente banais, funcionam como um verdadeiro laboratório da subjetividade, em que o/a jovem experimenta como é ser reconhecido/a, como é oferecer e receber afeto, como é se colocar em relação. Negar a esses/as adolescentes a possibilidade de viver tais gestos é negar a eles/as uma parte essencial da travessia da adolescência.

A sexualidade como vida, prazer e direito

A sexualidade não se reduz ao genital nem à função reprodutiva, mas permeia toda a vida psíquica e afetiva, como já indicava Freud.[9] Reduzi-la apenas ao ato sexual é empobrecer sua potência. A distinção entre sexo (entendido no senso comum como prática sexual ou genitalidade) e sexualidade (desejos, vínculos, fantasias e modos de viver o corpo) é central para compreender por que falar de amor, afeto e prazer é falar também de saúde.

9 Freud, 1905/2016.

A partir das conferências internacionais de Cairo (1994) e Pequim (1995), a sexualidade passou a ser reconhecida como direito humano.[10] Isso significa que todo sujeito tem direito de viver sua sexualidade de forma livre, digna e responsável. Franco Netto,[11] em seu estudo sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR) de adolescentes privados/as de liberdade, mostrou, no entanto, que esses direitos permanecem sistematicamente negados no socioeducativo, pois prevalece um modelo de saúde fragmentado, centrado na doença, permeado de preconceitos e visões restritivas sobre a sexualidade.

10 United Nations Population Fund, 1994; ONU Mulheres, 1995.

11 Franco Netto, 2008.

A negação institucional do afeto

Nas instituições socioeducativas, a sexualidade dos/as adolescentes é frequentemente tratada como ameaça. A lógica é de vigilância e coerção: cartas de amor são confiscadas, olhares são repreendidos, gestos de carinho são interpretados como indisciplina. É fundamental que os/as socioeducadores/as estejam atentos/as ao impacto que a intimidade dos/as jovens tem sobre eles/as, para que possam reconhecer quando adotam posturas repressoras ou moralizadoras na tentativa de controlar a vida íntima alheia.

Franco Netto[12] observou que até mesmo os/as profissionais de saúde, cuja função seria garantir a integralidade do cuidado, adotam uma perspectiva limitada, desimplicada de afeto. Nossa relação com os/as adolescentes, muitas vezes, se organiza na lógica da demanda e oferta: se não há demanda explícita, nada se oferta. Mas esse modelo ignora que os/as adolescentes querem falar, querem aprender, às vezes em perguntas tímidas, sobre prazer, contracepção, orientação sexual. **O problema não é ausência de desejo, mas ausência de escuta**. Ignorar o prazer é reforçar a

12 Franco Netto, 2008.

ideia de que esses/as jovens só podem ser lembrados/as por seus erros, nunca pela alegria de seus vínculos.

Esse desinteresse profissional se ancora em estigmas antigos que desautorizam o/a adolescente a existir no presente como sujeito, tratando-o/a apenas como alguém em preparação para a vida adulta. Com isso, apaga-se sua condição atual de protagonista de sua própria história.[13]

13 Franco Netto, 2008.

O racismo e a desautorização do desejo

No Brasil, a desautorização da sexualidade dos/as adolescentes no socioeducativo não pode ser entendida sem o recorte racial. Como aponta Gonzalez,[14] a sociedade brasileira construiu historicamente um imaginário que associa a população negra à animalidade, ao trabalho forçado e à violência, mas não ao afeto. O/a adolescente negro/a privado/a de liberdade é, assim, duplamente desautorizado/a: **como adolescente, não é reconhecido/a como sujeito pleno; como negro/a, não é reconhecido/a como sujeito de amor.**

14 Gonzalez, 1984.

Essa interdição simbólica produz efeitos práticos. Os/as jovens negros/as são frequentemente percebidos/as como corpos perigosos, hipersexualizados ou incapazes de estabelecer relações amorosas legítimas. No cotidiano institucional, esse olhar aparece na vigilância excessiva sobre seus corpos, na repressão a gestos de carinho, na negação de visitas íntimas, no silêncio sobre desejo e prazer nos atendimentos, e na insistência em tratar a sexualidade apenas como risco epidemiológico.

Quando o racismo estrutura o modo como esses/as adolescentes são vistos/as, sua sexualidade deixa de ser direito e passa a ser ameaça. O desejo deles/as é lido como algo a ser contido; o afeto, como indisciplina; o prazer, como perigo. O resultado é um apagamento

profundo: nega-se a esses/as jovens não apenas o exercício da sexualidade, mas a própria experiência de serem reconhecidos/as como sujeitos de amor.

Amor e laço social: uma outra perspectiva

Podemos considerar que o amor não se reduz a um sentimento, é algo mais amplo. É um gesto que nos lança ao encontro com outras pessoas e sustenta o laço social, ainda que sempre marcado pela diferença e pelo desencontro. Lacan afirmava que "o amor é dar o que não se tem".[15] Em outras palavras, amar é aceitar que somos incompletos, que sempre nos falta algo, e ainda assim escolher oferecer ao outro o que temos de mais singular.

15 Lacan, 1960-1961/1992, p. 49.

Viver o amor é, portanto, experimentar-se como sujeito em relação. Quando um/a adolescente escreve uma carta para a/o namorada/o, confia um segredo a um amigo/a ou se arrisca em um olhar apaixonado, ele/a está exercitando justamente essa dimensão de laço.

Negar a esses/as jovens a possibilidade de viver o amor é negar a eles/as a chance de se sentir parte do mundo. No socioeducativo, isso significa reforçar a solidão, o desamparo, a sensação de ruptura com a vida adulta e com a sociedade. Por outro lado, **quando as equipes criam espaço para que eles/as falem de suas paixões, para que vivam experiências de intimidade seguras e construam relações de confiança, estão também cuidando da saúde.** Afinal, saúde, em seu sentido mais amplo, não é só ausência de doença: é também poder amar e ser amado/a.

O amor não é fusão nem completude. Ele se constrói justamente a partir da diferença, do reconhecimento de que o outro nunca será idêntico a mim. Isso significa que o desacordo, o desencontro, a frustração não são exceções, mas parte da própria experiência amorosa. Amar é

também lidar com o que não se encaixa, com aquilo que não corresponde exatamente às nossas expectativas.

Na adolescência, essa experiência aparece com força. O namoro que termina em poucas semanas, a amizade que se rompe por um mal-entendido, a paixão que não é correspondida, vivências muitas vezes desqualificadas pelos adultos como "coisa de adolescente", "fogo de palha" ou "não é amor de verdade", são, na realidade, aprendizagens fundamentais. É nesse movimento de aproximações e afastamentos que o/a jovem descobre que relações não se sustentam apenas em harmonia; aprende que o vínculo envolve diferença, frustração, desencontros e também a alegria de ser afetado/a pelo outro.

Vale lembrar que não só os namoros, mas também as amizades desempenham papel central nesse período. As amizades intensas, com confidências, segredos e conflitos, são formas de experimentar laços afetivos que também atravessam o campo da sexualidade no sentido amplo freudiano: como expressão dos desejos, dos afetos e das identificações que constituem o sujeito. Alberti[16] observa que a adolescência é atravessada por essa busca de novos referenciais fora da família, e as amizades aparecem como lugar privilegiado para se testar pertença, lealdade e confiança.

16 Alberti, 2004.

Considerando que o laço social é, em grande medida, sustentado pelo amor, a amizade também deve ser reconhecida como prática de amor e prazer. Nela, o/a adolescente experimenta tanto a intensidade da identificação quanto a frustração da diferença. Esse duplo movimento, de aproximação e afastamento, é constitutivo da vida adulta: também entre adultos, relações afetivas se sustentam em desacordos, em negociações e em diferenças que jamais se eliminam por completo.

Reconhecer isso é essencial para o trabalho das equipes: não se trata de ensinar adolescentes a evitar

conflitos e frustrações em seus vínculos, mas de abrir espaço para que possam falar deles, elaborar suas dores e inventar novas formas de seguir nos laços.

Caminhos para a prática: implicar-se com o afeto

Reconhecer a importância do amor, do prazer e da sexualidade nos convida a transformar o modo como trabalhamos, no socioeducativo e em qualquer espaço de cuidado. Não se trata apenas de incluir novos temas, mas de rever nossas posições, nossos silêncios e os tabus que nos atravessam. Falar de sexualidade costuma ser difícil para muitos de nós, e justamente por isso cuidar dessa dimensão exige abertura, coragem e implicação ética.

- **Escuta qualificada**: criar espaços de roda de conversa, oficinas e atendimentos em que os/as adolescentes possam falar de desejo, de namoro, de maternidade, de paternidade, de prazer e de afeto, inclusive quando perguntam timidamente, sem saber se podem confiar em nós. Sustentar essa escuta é assumir que não temos todas as respostas, mas que estamos disponíveis para construir caminhos junto com eles/as.
- **Formação das equipes**: muitas vezes deixamos o tema da sexualidade de lado porque ele nos causa desconforto. Para alguns de nós, é um assunto cercado de tabus; para outros, é difícil encontrar palavras ou saber como começar a conversa. Quando isso acontece, o tema acaba silenciado na prática. Criar espaços internos para falar sobre essas dificuldades nos ajuda a sustentar conversas mais abertas com os/as adolescentes.
- **Reconhecimento da singularidade**: romper a lógica de tratar todos/as os/as adolescentes

como grupo homogêneo; cada um/a tem sua história, sua forma de amar, de experimentar, desejar e sentir prazer.

◢ **Articulação intersetorial**: criar aproximações entre saúde, educação e assistência para que a sexualidade seja tratada como direito, e não apenas como risco. Quando trabalhamos juntos/as, ampliamos as possibilidades de cuidado e abrimos novos caminhos para a escuta, o acolhimento e a orientação.

◢ **Enfrentamento do racismo institucional**: assumir o compromisso de enfrentar as estruturas que produzem a negação do afeto a adolescentes negros/as. Isso implica nomear o racismo, reconhecer seu impacto cotidiano e criar práticas que rompam com a história de desumanização que atravessa a experiência negra no Brasil.

Considerações finais

A sexualidade faz parte da vida; não existe sujeito sem desejo, sem afeto, sem a possibilidade de se vincular ao outro. Quando reduzimos adolescentes privados/as de liberdade a corpos a vigiar ou riscos a controlar, negamos exatamente aquilo que os/as constitui como humanos: o direito de amar e de serem amados/as.

Se a saúde, como afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS), é bem-estar integral, não pode haver saúde onde o afeto é interditado. O desafio das políticas públicas, entre elas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), e das práticas cotidianas é recolocar o amor no centro do cuidado. Isso exige enfrentar não apenas os tabus que atravessam nossas formações, mas também os modos conservadores de funcionamento institucional que limitam a escuta e reproduzem

desigualdades. Exige, sobretudo, nomear e combater o racismo que marca de forma profunda a experiência da juventude negra no Brasil.

Reconhecer o direito ao amor no socioeducativo também significa romper com a lógica que cristaliza o/a adolescente no lugar de "criminoso/a". O ato cometido é um episódio da sua trajetória, mas não pode se tornar uma identidade definitiva, como se a vida estivesse já sentenciada. Quando a instituição fixa o/a jovem apenas no que este/a fez de errado, ela apaga suas possibilidades de se reinventar, de amar, de aprender, de sonhar. Nosso desafio ético é sustentar um olhar que reconheça a potência de transformação desses/as adolescentes, sua capacidade de criar novos caminhos e de tecer outros laços. Porque sem amor, não há laço social. E sem laço, não há futuro possível.

Referências bibliográficas

ALBERTI, Sonia. **O adolescente e o Outro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BAUDELAIRE, Charles. **Diário íntimo**. Tradução de Ivan Junqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; Universidade de Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/Levantamento_Nacional_SINASE_2024.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

FRANCO NETTO, Thereza de Lamare. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade**: a experiência do CAJE-DF. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/6419. Acesso em: 30 set. 2025.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, [*s. l.*], p. 223-244, 1984.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 8**: A transferência (1960-1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise (1969-1970). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

ONU MULHERES. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim: ONU Mulheres, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para Promoção da Saúde**. Ottawa: Organização Mundial da Saúde, 1986.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Programme of Action**:Adopted at the International Conference on Population and Development, 1994. Cairo: UNFPA; ONU, 2004. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

Direitos humanos: contextualização

Luciana Souza d'Ávila

Consierando que o desrespeito e o desprezo pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajam a consciência da humanidade; e considerando que o advento de um mundo no qual os seres humanos desfrutem de liberdade de expressão e crença e estejam livres do medo e da miséria foi proclamado como a mais alta aspiração das pessoas comuns [...].

Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, (Organização das Nações Unidas (ONU), 1948

A conquista e o desenvolvimento do aparato de proteção dos direitos humanos são resultados de lutas permanentes ao longo da história, que visam garantir, a todas as pessoas, condições de vida e sociais adequadas.

O principal marco de proteção internacional desses direitos foi a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, logo após a Segunda Grande Guerra. Naquela época, o mundo se uniu em busca de criar mecanismos capazes de assegurar que as atrocidades e injustiças cometidas nunca mais voltassem a acontecer. Foi com esse objetivo que a Declaração foi promulgada, significando um compromisso dos países signatários com o reconhecimento e a proteção dos direitos humanos. Desde então, diversos tratados, pactos e mecanismos foram desenvolvidos, ampliando o rol de direitos protegidos e trazendo novos parâmetros para sua efetivação.[1]

1 D'Ávila, 2023; Mann *et al.*, 1994; Organização das Nações Unidas, 1948.

Figura 1 – Os Direitos Humanos como universais



Fonte: Canva

E o que são os direitos humanos?

Os direitos humanos são direitos inalienáveis de todos os seres humanos, ou seja, são direitos que não podem ser cedidos ou vendidos, inerentes à condição de ser humano, independente de sexo, gênero, raça, idade, orientação sexual ou credo.[2] Por isso, dizemos que são direitos universais.

2 Organização das Nações Unidas, 1948.

E quais são esses direitos?

Direito à vida	Direito à dignidade humana	Direito à paz	Direito à saúde
Direito à educação	Direitos sexuais e reprodutivos	Direito à integridade física e mental	Direito ao trabalho
Direito à alimentação	Direito ao meio ambiente	Direito à liberdade religiosa	Direito ao desenvolvimento
Direito à justiça social	Acesso à justiça	Direito à moradia	Entre outros...
Quer saber mais? Veja o vídeo Direitos humanos, do canal ONU Mulheres Brasil.			

No Brasil, a Constituição de 1988 – também conhecida como Constituição Cidadã – trouxe a proteção a esses direitos, inclusive como cláusulas pétreas, ou seja, os direitos fundamentais (individuais, coletivos, sociais e políticos) não podem ser reduzidos ou abolidos por meio de reformas constitucionais.[3] Entre esses direitos, temos a "inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade";[4] a vedação à tortura e ao tratamento desumano ou degradante;[5] a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença;[6] o acesso à informação;[7] o respeito à integridade física e moral das pessoas privadas de liberdade;[8] entre outros.[9]

3 Brasil, 1988, Art. 60, §4º.

4 Brasil, 1988, Art. 5º, *caput*.

5 Brasil, 1988, Art. 5º, III.

6 Brasil, 1988, Art. 5º, VI.

7 Brasil, 1988, Art. 5º, XIV.

8 Brasil, 1988, Art. 5º, XLIX.

9 Brasil, 1988; Pedra, 2006.

Figura 2 – Constituição Federal de 1988



Fonte: Senado Federal[10]

10 Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/legislacao/constituicao-federal. Acesso em: 2 fev. 2026.

Saiba mais assistindo ao vídeo da Advocacia Geral da União (AGU): AGU explica: cláusulas pétreas.

Ao mesmo tempo, "a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" constituem-se

direitos sociais protegidos pela Constituição, juntamente com a dignidade da pessoa humana, que foi trazida como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, no Art. 1º, III, da Constituição Federal.[11]

11 Brasil, 1988, Art. 1º, III.

Não podemos nos esquecer que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também traz a proteção a esses direitos, os quais foram inseridos em cinco capítulos relacionados aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes: Direito à Vida e à Saúde; Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade; Direito à Convivência Familiar e Comunitária; Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer e Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho.[12]

12 Brasil, 1990.

Nesse sentido, diversos autores do campo do Direito e das Ciências Sociais e Políticas já chamaram nossa atenção para uma questão fundamental: sociedades nas quais os direitos humanos são desrespeitados e/ou violados são sociedades adoecidas.[13]

13 Bonavides, 2013; Nogueira; Pires, 2004; Urdaneta, 2010.

O que isso quer dizer?

A primeira explicação é que, uma vez que **os direitos humanos são a base das sociedades democráticas**, inclusive a brasileira, quando há violação desses direitos, podemos afirmar que há uma crise da democracia.

⚠	Por isso, falamos que os direitos humanos são a base da democracia. Além de estarem relacionados à base fundamental do nosso Estado Democrático de Direito, são cláusulas pétreas da Constituição, cuja violação significa a ruptura do pacto democrático estabelecido em 1988.

Para compreendermos melhor, vamos imaginar duas situações:

1	**Um país onde há a prática de tortura pelas forças policiais**

Esses atos, muitas vezes, são cometidos para a obtenção de informações ou como forma de punição, significando a violação de diversos direitos ao mesmo tempo: do direito à integridade física e mental; à dignidade humana; ao acesso à justiça; entre outros. Para piorar, uma parte da população concorda e aprova esse tipo de comportamento da polícia. Quando isso acontece, abre-se um precedente para que tal abuso ocorra com qualquer pessoa, principalmente com as mais vulnerabilizadas, significando que nosso pacto democrático foi violado.

2	**Um país onde o direito fundamental à educação não está sendo efetivado**

Grande parte das crianças e dos adolescentes não têm acesso à escola, seja por falhas políticas, seja por barreiras geográficas, por exemplo. Essa situação traz o seguinte questionamento: como é que uma população que enfrenta o descumprimento do direito à educação vai exercer, de forma consciente e qualificada, seu direito ao voto? Direito esse que, vale destacar, é uma das bases da democracia.

A segunda explicação para a nossa questão inicial nos leva a um princípio muito importante quando falamos em direitos humanos: **a indivisibilidade de direitos**.

Esse princípio significa que todos os direitos humanos são conexos e interdependentes, ou seja, quando um direito humano é violado, todos os outros estão em risco e, por isso, devem ser garantidos juntos.

E como podemos observar a aplicação do princípio da indivisibilidade de direitos na saúde?

Podemos afirmar que a promoção e a proteção dos direitos humanos estão diretamente relacionadas à efetivação do direito à saúde, sendo que as ações devem estar interligadas para o alcance do bem-estar de todas as pessoas.

Além disso, o grau de efetivação do direito à saúde revela se determinada sociedade possui uma distribuição democrática e equitativa de recursos e a importância dada aos direitos à vida e à dignidade de todos os cidadãos e todas as cidadãs.[14]

14 Aith, 2010; Machado, 2009.

Para saber mais, leia o artigo "A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social".

No caso do direito à saúde, a relação de indivisibilidade é muito evidente, tendo em vista que o exercício do direito à saúde, além de determinar e ser determinado pelo exercício de outros direitos, está diretamente conectado ao direito à vida e à dignidade. Portanto, sua não efetivação interfere na capacidade de as pessoas participarem e usufruírem das oportunidades trazidas pelas políticas públicas. A relação inversa também é verdadeira, ou seja, quando outros direitos não são efetivados, as pessoas podem não conseguir usufruir das políticas de saúde.

⚠	Para nós, trabalhadores/as da saúde, essa conexão entre o direito à saúde e os demais direitos humanos é muito relevante, pois nossas ações podem contribuir para sua efetivação.

Vamos ver alguns exemplos?

1	**Saúde como determinante do exercício dos outros direitos**

Podemos perceber essa conexão quando uma criança com insegurança alimentar não consegue exercer seu direito à educação, mesmo tendo acesso à escola, ou quando uma pessoa acamada não pode realizar seu direito ao voto.

2	**Outros direitos como determinantes do exercício do direito à saúde**

As violações extremas de direitos humanos, como no caso da tortura e do aprisionamento em condições desumanas, trazem impactos importantes sobre a saúde física e mental das pessoas, principalmente de crianças e adolescentes. Outro exemplo é o desrespeito do direito à informação sobre os efeitos dos alimentos transgênicos, quando não se apresenta a indicação de produto transgênico nas embalagens, ou ainda sobre métodos contraceptivos, trazendo consequências para a saúde física e reprodutiva.

Um caso importante são os efeitos diretos e indiretos do uso de agrotóxicos, pois, além dos impactos ambientais nocivos, há prejuízo na saúde das pessoas em contato com essas substâncias: trabalhadores rurais e

consumidores. Os efeitos indiretos estão relacionados, principalmente, aos impactos ambientais, como a contaminação da água de uso humano, por exemplo, e as de uso – ou habitat – de outras espécies. Já os efeitos diretos se referem a intoxicações diversas, problemas de pele, aumento da incidência de determinados tipos de câncer, entre outros.[15]

15 Friedrich *et al.*, 2021.

SAIBA MAIS	
	**Documentário** *O veneno está na mesa* Documentário de 2011 cuja temática é muito atual para a discussão dos impactos do uso de agrotóxicos na saúde e no ambiente. Além disso, permite o debate de como questões econômicas moldaram e moldam o formato de produção agrícola que temos hoje. Inclusive, podemos refletir sobre o quanto esse modo de produção realmente contribui para alimentar a parcela mais vulnerabilizada da nossa população ou se o argumento de produção em massa serve mais para esconder o real objetivo, que é garantir o lucro de grandes empresas.
	**Artigo** "Situação regulatória internacional de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil: potencial de danos sobre a saúde e impactos ambientais"**:** Artigo de 2021 que confirma o que o documentário nos trouxe.

Um exemplo bem conhecido é a relação entre a garantia do direito ao desenvolvimento (econômico e humano) e a redução da mortalidade infantil.

Um estudo de 2023 trouxe essa relação de forma evidente, ao analisar a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia, entre 1990 e 2020. Foi observada uma correlação negativa ($p \leq 0,05$) entre a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos e: o Produto Interno Bruto (PIB); o Produto Nacional Bruto (PNB); o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a proporção de população urbana. Os resultados também demonstraram uma correlação positiva ($p \leq 0,05$) entre esses indicadores de mortalidade e a desigualdade (medida pelo índice de Gini). Em outras palavras, o desenvolvimento econômico e social e a redução da desigualdade se mostraram relacionados estatisticamente à redução da mortalidade infantil e da mortalidade em menores de 5 anos, nos dois países.[16]

16 D'Ávila, 2023.



É importante compreendermos que não estamos falando de causa e efeito, ou seja, o desenvolvimento levando diretamente à queda da mortalidade, mas da conexão entre os diversos direitos humanos. Quando um país implementa políticas públicas visando à efetivação desses direitos e à melhoria das condições de vida das pessoas, os resultados podem ser medidos de forma associada.

Em relação aos/às adolescentes, iremos discutir essa relação no capítulo sobre o perfil de morbimortalidade dessa população (Capítulo "Adolescências e tráfico de drogas: A invisibilidade de uma das piores formas de exploração do trabalho infantil", disponível neste Volume 3 da Coleção Adolescências e Tessituras). A partir dos dados apresentados, será possível identificar como as condições de vida e a efetividade de políticas públicas estão impactando na saúde dos nossos jovens.

Veja o significado de cada indicador citado acima:[17]

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.

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

PIB: é a soma de todas as riquezas produzidas pelos 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.



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.



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

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.

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.

17 Banco Mundial, 2021; Brasil, 2020; 2022; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2014.

Podemos citar também a garantia do direito à paz como uma condição para a realização do direito à saúde quando um contexto de violência impede as pessoas de acessarem os serviços de saúde ou as equipes de chegarem às pessoas.[18]

18 Franco, 2007.

Você já se deparou com essas violações interligadas no seu dia a dia de trabalho?

Em quais outras situações você observa o princípio da indivisibilidade de direitos?

Trazendo para o contexto das medidas socioeducativas, tanto em meio aberto, quanto no fechado, é importante termos em mente que a privação da liberdade, ainda que seja uma suspensão temporária do direito à liberdade, não pode significar impedimento ao exercício dos demais direitos humanos, principalmente do direito à saúde, à alimentação adequada, ao desenvolvimento e à educação.

	Em outras palavras, a medida de internação deve ter um caráter excepcional, ou seja, deve ser a ÚLTIMA opção de medida para os/as adolescentes e não pode implicar na restrição dos demais direitos. Ainda, precisamos nos lembrar de que o momento do encontro do/a adolescente com as medidas já nos revela uma trajetória de violações dos direitos tanto dos/as adolescentes, como de suas famílias. Mesmo considerando os princípios de excepcionalidade e brevidade dessas medidas, é importante questionarmos o quanto a privação de liberdade afeta os demais direitos.

Nesse cenário, precisamos nos perguntar sobre nosso papel para que tais violações não se perpetuem e o que podemos fazer na nossa prática para erradicá-las. Além disso, podemos refletir sobre o quanto as políticas públicas, não somente de saúde, são realmente efetivas para que essas violações não aconteçam. É sobre isso que vamos conversar daqui para frente.

Referências bibliográficas

AITH, F. M. A. A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. *In*: AITH, F. *et al*. **Direito Sanitário**: Saúde e Direito, um diálogo possível. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 73-105.

BANCO MUNDIAL. Indicators. **World Bank Group**, [*s. l.*], 2021. Disponível em: https://data.worldbank.org/indicator/. Acesso em: 2 nov. 2025.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Malheiros Editores. 2013.

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. 8.069, 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: 4 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/mort.htm. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Taxa de mortalidade em menores de cinco anos**: C.16. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

D'ÁVILA, Luciana Souza. **A efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia**: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/883ed831-4b40-4d47-bc9c-d056a3548da1. Acesso em: 30 set. 2025.

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, set./dez. 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/315-323/es. Acesso em: 31 ago. 2020.

FRIEDRICH, Karen *et al.* Situação regulatória internacional de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil: potencial de danos sobre a saúde e impactos ambientais. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 37, n. 4, p. e00061820, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00061820. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4jh7ZyXMVtDsMYVMhSYShZL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 nov. 2025.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. O Direito à Saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, [*s. l.*], v. 7, n. 2, p. 355-371, out. 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000200009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/xktwwSxKhMMWfNQVS4Tt43D/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

MANN, Jonathan M. *et al*. Health and human rights. **Health and Human Rights**, [*s. l.*], v. 1, n. 1, p. 6-23, 1994. Disponível em: https://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/2//2014/03/4-Mann.pdf. Acesso em: 31 ago. 2025.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/rDXHBCnxkQQxktQZv9PPdbj/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

PEDRA, Adriano Sant'Ana. Reflexões sobre a teoria das cláusulas pétreas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 43, n. 172, p. 135-148, out./dez. 2006. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93266/Pedra%20Adriano.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 out. 2025.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resilência. Nova York: PNUD, 2014.

URDANETA, Maritza Avila. La Salud en el paradigma de la Descentralización en América Latina. **Revista de Ciencias Sociales** (RCS), Maracaibo, v. XVI, n. 3, p. 526-543, set. 2010. Disponível em: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000300013. Acesso em: 30 set. 2025.

Segurança alimentar e nutricional no contexto de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa: panorama, políticas e desafios

Gisele Araújo Magalhães
Fernanda C. Monteiro
Mariana Prado de Souza
Letícia Caroline Faria Marcelino
Luan Gomide de Sousa Cândido

Glossário do capítulo

◢ **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.[1]

◢ **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.[2]

1 Brasil, 2024b.

2 Brasil, 2024b.

Quando eu penso em comida, só queria poder comer um hambúrguer de vez em quando. Quando eu era pequena e meu pai ainda estava vivo, ele fazia pra mim, era tão bom.[3]

3 Frase criada pelos organizadores do capítulo para introduzir o tema da alimentação no contexto de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

O que é Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)?

A SAN é um direito fundamental no Brasil, que assegura a todas as pessoas o acesso regular e **permanente a alimentos de qualidade** e adequados a nível nutricional, **sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, respeitando a diversidade cultural, ambiental, econômica e social**.[4] Está previsto constitucionalmente e normatizado por diversas leis e políticas (Quadro 3).

4 Brasil, 2006.

Apesar de termos a SAN garantida por lei, ainda temos violações a esse direito. É um tema marginalizado no que diz respeito às políticas públicas, principalmente quando se trata de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

No caso desses/as adolescentes, o Estado assume a responsabilidade integral – inclusive pela provisão de alimentação adequada e saudável – face às restrições impostas pela privação de liberdade ou pela institucionalização parcial. Essa alimentação precisa considerar que o/a adolescente se encontra em fase de desenvolvimento, suprindo as necessidades nutricionais dessa fase da vida, além de respeitar a diversidade dos costumes regionais.

Esses aspectos devem ser considerados na garantia da SAN. Estamos falando sobre segurança alimentar, ou seja, não apenas uma alimentação que promova nutrientes em quantidade adequada, mas também que tenha qualidade e que seja ofertada de forma regular, incluindo **alimentos comuns** de se comer na fase da adolescência.

Como referência para a população do país, o *Guia Alimentar para a População Brasileira*[5] apresenta as recomendações de uma alimentação adequada e saudável, sendo instrumento de apoio às ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Além dele, seu *Fascículo 5*[6] contém orientações alimentares voltadas para adolescentes, elaborado como um instrumento de apoio à prática clínica no cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

5 Brasil, 2014a.

6 Brasil, 2022a.

Às vezes eu acho que todo preto como eu
Só quer um terreno no mato, só seu
Sem luxo, descalço, nadar num riacho
Sem fome, pegando as frutas no cacho

***Vida Loka Parte 2 – Nada como um dia após o outro dia (Ri Depois)* – Racionais MCs**

A insegurança alimentar em nível domiciliar é medida através da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (Ebia), sendo classificada em quatro categorias: Segurança Alimentar; Insegurança Alimentar Leve; Insegurança Alimentar Moderada; e Insegurança Alimentar Grave.

Quadro 1 – Categorias da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (Ebia)

Segurança Alimentar	Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente.
Insegurança Alimentar Leve	Comprometimento da **qualidade** da alimentação em detrimento da manutenção da **quantidade** percebida como adequada.
Insegurança Alimentar Moderada	Modificações na **qualidade e quantidade** dos alimentos entre os adultos.

Insegurança Alimentar Grave	Comprometimento da **qualidade e redução da quantidade** de alimentos de todos os membros do domicílio, inclusive das crianças.

Fonte: Brasil, 2022b

De acordo com dados de 2023, a insegurança alimentar grave no Brasil decresceu significativamente em comparação ao ano anterior, de aproximadamente 15,5% para cerca de 4,1%. Ainda assim, cerca de 27,6% dos domicílios brasileiros (aproximadamente 21,6 milhões de lares) convivem com algum grau de insegurança alimentar,[7] seguindo como um grande desafio no Brasil, sobretudo nos territórios periféricos, onde o acesso a alimentos saudáveis e variados é limitado. Nessas áreas, prevalece a presença de desertos alimentares, caracterizados pela baixa disponibilidade de frutas, verduras e outros alimentos frescos, ao passo que há uma abundância de produtos ultraprocessados, geralmente mais baratos, mas nocivos à saúde.[8]

Em 2023, 36,6% das crianças e adolescentes no Brasil entre 5 e 17 anos viviam em lares com algum grau de insegurança alimentar, sendo que parte delas convive com situações graves de fome e falta de nutrição adequada. Esse cenário evidencia um maior risco de desigualdades e limita o acesso a oportunidades de desenvolvimento, como o rendimento escolar e a saúde integral.[9]

Em contraponto a essa realidade, experiências de incentivo à agricultura familiar e às hortas comunitárias surgem como alternativas importantes para garantir autonomia alimentar nos territórios periféricos. Esses modelos de produção fortalecem os circuitos curtos de

7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024a.

8 Brasil, 2024b.

9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024b.

abastecimento, aproximam produtores e consumidores, e possibilitam o acesso a alimentos de qualidade a preços mais acessíveis.[10] Diferem, assim, da dinâmica promovida pelo agronegócio, voltado majoritariamente para a exportação e para monocultivos em larga escala, que pouco contribuem para o abastecimento local e cotidiano das periferias.

10 Brasil, 2014a.

Para enfrentar esses desafios, é fundamental ampliarmos o acesso a informações e políticas públicas que apoiem a segurança alimentar. Entre as referências importantes estão a *Plataforma Alimenta Cidades*, que mapeia desertos e pântanos alimentares no país, e o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que oferece orientações práticas para uma alimentação adequada e saudável.[11] A leitura e a utilização desses materiais permitem não apenas compreender o problema, mas também fortalecer coletivos e gestores na busca por soluções mais justas para superar a fome e promover o direito humano à alimentação.

11 Brasil, 2014a, 2024b.

SAIBA MAIS
Plano Brasil sem Fome

Panorama da alimentação em Unidades Socioeducativas

Em 2024, 12.506 adolescentes cumpriam medida socioeducativa de internação ou internação provisória no país, representando um aumento de 8,2% em relação ao ano anterior.[12] Considerando que estão em condição especial de desenvolvimento corporal, esses/as adolescentes precisam que suas demandas nutricionais sejam atendidas e garantidas. Embora haja escassez de estudos abrangendo nacionalmente a alimentação em unidades socioeducativas, a realidade aponta um preocupante cenário:

12 Brasil, 2025.

- Alimentos ultraprocessados estão presentes diariamente nas refeições ofertadas nos Centros Socioeducativos.[13]
- Há oferta excessiva de calorias na alimentação, com alterações no estado nutricional ao longo da internação e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade.[14]
- Há inadequações nos micronutrientes da alimentação fornecida.[15]
- Monotonia alimentar, baixa variedade, problemas com a qualidade dos alimentos, relatos de mal-estar, recusa alimentar e longo tempo em jejum são apresentados nos Relatórios de Inspeção do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).[16]

13 Souza; Magalhães; Santos, 2024.

14 Ruschel *et al.*, 2009; Carvalho *et al.*, 2022; Peixoto, 2012.

15 Carvalho *et al.*, 2022; Souza; Magalhães; Santos, 2024.

16 Brasil, [202-].

Tal cenário pode trazer prejuízos à saúde desses/as jovens durante e após o cumprimento da medida socioeducativa, com destaque para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e agravamento de condições preexistentes, gerando vulnerabilidades. Além disso, o adoecimento desse público evidencia uma lacuna na garantia da SAN nas Unidades Socioeducativas.

Por isso, é fundamental que haja monitoramento nutricional contínuo, integração com políticas de saúde pública e implementação de práticas que garantam o fornecimento da alimentação adequada. O *Guia Alimentar para a População Brasileira* destaca-se como orientador nesse sentido ao ressaltar que alimentos *in natura* e minimamente processados componham a base da alimentação, além de promover a EAN e a autonomia alimentar.[17]

17 Brasil, 2014a.

SAIBA MAIS

Informações sobre SAN no painel de inspeção do socioeducativo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

DESAFIOS

Dentre os desafios observados para a garantia de SAN dentro das Unidades Socioeducativas, apresentamos alguns para reflexão:

- A aplicação efetiva do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) é desigual: muitas unidades carecem de estrutura, orçamento, pessoal qualificado e fiscalização adequada.
- Dados insuficientes: poucos estudos quantitativos e recentes com cobertura nacional ou mesmo estadual que detalham qualidade nutricional, variedade, higiene e aceitação alimentar por parte dos/as adolescentes nas Unidades Socioeducativas.
- Fiscalização muitas vezes depende de ações judiciais ou recomendações ministeriais, em vez de controle proativo do estado.
- Personalização nutricional inadequada: variação de idade, sexo, necessidades específicas muitas vezes desconsideradas; preferências culturais ou religiosas raramente contempladas. Infraestrutura precária em algumas unidades: cozinhas inadequadas, limitação de equipamentos, falhas sanitárias.
- Recursos financeiros limitados para aquisição de alimentos frescos, diversificados e de boa qualidade.
- Descontinuidade de políticas ou falhas de implementação: leis existem, mas nem sempre há monitoramento, responsabilização e cumprimento.

- Heterogeneidade: as realidades variam bastante entre estados, municípios, unidades menores ou maiores, urbano *vs* rural, etc., dificultando uma intervenção padronizada.

E O QUE PODERIA SER FEITO PARA MELHORAR ESTE CENÁRIO?

Com base nas normas legais existentes e nas boas práticas observadas, deixamos algumas recomendações:

- Planejamento de cardápios adequados a nível de nutrientes, que incorporem alimentos frescos (frutas, verduras) e tenham variedade, além de redução de ultraprocessados.
- Controle higiênico-sanitário rígido em todas as etapas de preparação, armazenamento e distribuição.
- Avaliações antropométricas e de saúde iniciais e periódicas para ajustar oferta alimentar conforme necessidades individuais.
- Melhor integração das unidades socioeducativas com a secretaria de abastecimento municipal e/ou estadual, com funções de planejamento, supervisão e capacitação de cozinheiros.
- Orçamento adequado para insumos de qualidade e manutenção de infraestrutura adequada.
- Transparência e controle social: relatórios regulares, auditorias, participação de conselhos de direitos da criança/adolescente, ministérios e principalmente dos/as próprios/as adolescentes nas avaliações da alimentação ofertada.

Articulação intersetorial para garantir SAN e EAN para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa

VAMOS REFLETIR?

"Acho que não vai resolver ficar falando de alimentação saudável com esses meninos, porque por mais que façamos uma orientação alimentar ele vai continuar recebendo a comida que dão para todos no socioeducativo. Não vai adiantar nada, é perda de tempo! E se ele não estiver no meio fechado provavelmente vai comer o que tem em casa e pronto e a maioria das vezes nem tem nada para comer...".[18]

Como ter impacto para a mudança na alimentação? Como promover EAN para esses/as adolescentes?

18 Frases compiladas de escutas de diversos profissionais da saúde, agentes de saúde, outros profissionais que lidam com adolescentes.

Segurança alimentar e o papel dos profissionais da APS

As equipes da APS exercem um papel central na identificação, no acompanhamento e na intervenção nutricional junto aos/às adolescentes – inclusive aqueles/as inseridos/as em cumprimento de medida socioeducativa ou em situação de risco social.[19] Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e na atenção nutricional à saúde do/a adolescente, devemos considerar aspectos biopsicossociais e respeitar a autonomia, a diversidade cultural e o contexto de vida dos/as jovens.[20]

19 Brasil, [2024].

20 Brasil, 2014b.

Ainda que a responsabilidade direta da alimentação dentro das Unidades Socioeducativas seja das secretarias gestoras, é fundamental que os/as profissionais

da APS participem do acompanhamento do estado nutricional desses/as adolescentes, durante e após o cumprimento de medida socioeducativa, em especial a privação de liberdade. Não sendo de competência exclusiva do/a nutricionista da Unidade Básica de Saúde (UBS) orientar sobre alimentação, os/as profissionais da APS possuem um papel fundamental e pioneiro na promoção da EAN aos/às adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Para a oferta de EAN individual e coletiva para os/as adolescentes e suas famílias, acesse:

◢ Quadro interativo com as classificações dos alimentos por grau de processamento
◢ Quadro interativo com as 7 recomendações do Fascículo 5, do Guia Alimentar para a População Brasileira
◢ **Vídeo:** Os 10 passos para uma alimentação saudável, do Guia Alimentar para a População Brasileira

O capítulo "O acompanhamento de saúde de adolescentes", disponível no Volume 4 desta Coleção, aborda de forma mais aprofundada questões que precisam ser avaliadas e consideradas quando o/a adolescente vem para a UBS. Aqui, daremos um destaque para a avaliação do estado nutricional.

Essa avaliação deve ser contínua, acolhedora e articulada com ações de educação em saúde e acompanhamento interdisciplinar. Considerando ainda o contexto das medidas socioeducativas, precisamos estar atentos/as a vulnerabilidades e violências que podem ter sido vivenciadas pelos/as adolescentes, inclusive do descumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), antes mesmo da medida socioeducativa. Por isso, é importante que os/as adolescentes

frequentem a UBS. Esse acompanhamento deve ser integral, combinando a coleta de medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal – IMC) com a aplicação de indicadores apropriados para a faixa etária (IMC/idade e estatura/idade), além da escuta para compreender hábitos alimentares e fatores psicossociais, ambientais e familiares que envolvem a saúde desse/a adolescente.

O IMC é calculado dividindo-se o peso (kg) pela altura2 (m) do/a adolescente, e para sua classificação é preciso observar a idade, utilizando o índice IMC/idade (Quadro 2). Além disso, é importante registrar esses dados na Caderneta de Saúde do/a Adolescente para acompanhar seu estado nutricional e sua saúde.

Quadro 2 – Classificação do estado nutricional de adolescentes para cada índice antropométrico

Valores críticos	Índices antropométricos	
	IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Escore-z -3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso	
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade	
> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte: Brasil, 2011

Deixamos alguns exemplos do que também pode ser feito para garantia da SAN para os/as adolescentes:

- **Em casos de alteração do estado nutricional ou de agravo à saúde**, um relatório deverá ser elaborado e enviado à Gestão do Atendimento Socioeducativo e ao órgão do governo responsável pela contratação do estabelecimento para a realização dos ajustes necessários na alimentação.

- **Articulação da socioeducação com a educação, assistência social, conselhos tutelares e demais dispositivos que possam compor a rede de cuidado de cada adolescente.**
- **Promoção de ambientes alimentares saudáveis nos territórios**, através de hortas comunitárias urbanas (exemplo).
- **Verificação do perfil da família do/a adolescente, a fim de entender se poderia receber o** benefício de transferência de renda – Bolsa Família e, caso não receba, encaminhar para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).
- **Nos casos em que a equipe da APS verifique a necessidade de orientações e estratégias alimentares mais específicas para o/a adolescente,** cada caso deverá ser avaliado no matriciamento, decidindo pela avaliação ou não de um acompanhamento nutricional individual, quando a UBS tiver nutricionista.

A PNAISARI reforça que o cuidado com esses/as adolescentes deve ser **intersetorial**, e todos/as nós podemos atuar tanto na avaliação de saúde quanto no planejamento de ações educativas e preventivas.

VAMOS REFLETIR?

Ao retomarmos a frase do início deste tópico, percebemos o quanto é importante entender que somos agentes de integração e que precisamos promover espaços de encontros com os demais setores. A partir dessa atuação colaborativa, podemos construir soluções ancoradas nas políticas públicas existentes, assegurando a proteção dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

O profissional nutricionista na atenção à saúde

Em casos em que a atenção nutricional seja necessária, envolvendo orientações alimentares e estratégias mais específicas, o/a nutricionista faz parte do acompanhamento de saúde dos/as adolescentes. Quando presente na UBS, o/a nutricionista realiza diversas atividades para além do cuidado clínico, como diagnosticar a situação alimentar e nutricional; identificar as situações de insegurança alimentar; fornecer orientações sobre o acesso aos equipamentos de SAN; participar e avaliar, em conjunto com as equipes Saúde da Família (eSF) e os Conselhos de Saúde, do desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição; além de desenvolver ações multiprofissionais de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis.[21]

21 Recine; Carvalho; Leão, 2015.

Contudo, a garantia da SAN envolve o DHAA e precisa ser um ponto de atenção para todos/as os/as profissionais da APS, independentemente da presença do/a nutricionista na equipe. Todos/as nós podemos promover EAN e maior autonomia alimentar aos/às adolescentes!

Desafios atuais na garantia da SAN nas UBSs

Apesar do arcabouço normativo robusto, o governo lançou um manual instrutivo para auxiliar quanto ao combate à fome de acordo com a legislação vigente, mas sua implementação prática ainda encontra diversos desafios:[22]

22 Brasil, 2023, 2024a.

- **Subnotificação e ausência de dados sistemáticos** sobre o estado nutricional de adolescentes atendidos/as pelas UBSs e nas Unidades Socioeducativas.

- **Falta de protocolos padronizados** para avaliação e acompanhamento nutricional nas UBSs voltados a essa população específica.
- **Baixa integração das Unidades Socioeducativas com as equipes de saúde** para promover uma construção do atendimento das equipes de saúde para lidar com questões alimentares em contextos de privação de liberdade.
- **Desarticulação intersetorial** entre saúde, justiça, assistência social e educação.
- **Desigualdade regional e estrutural** entre estados e municípios.

COMO PODEMOS SUPERAR ESSES DESAFIOS?

- Garantir que os/as adolescentes em Liberdade Assistida (LA) ou semiliberdade tenham acompanhamento de saúde na UBS de referência.
- Promover a **participação dos/as adolescentes** nas decisões sobre alimentação e saúde, de forma cidadã e crítica.
- Utilizar os dados coletados pelas UBS para **subsidiar políticas públicas locais e estaduais**.

Iniciativa para a promoção da SAN aos/às adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa

Para reflexão e estimulando discussões acerca da temática, deixamos sugestões de iniciativas que podem atuar na garantia da SAN aos/às adolescentes em Unidades Socioeducativas:

- Solicitação à Secretaria de Justiça, assistência social, ou outro setor que realize a licitação para o fornecimento da alimentação no SINASE que

inclua como item obrigatório que a empresa que prestará serviço ajuste a alimentação ofertada considerando relatórios de estado nutricional dos/as adolescentes, a fim de garantir o desenvolvimento dos/as adolescentes.

- Articulação com a Secretaria de Vigilância Estadual/Municipal/Distrito Federal em Saúde para que seja realizada uma visita ao estabelecimento do SINASE com a frequência de pelo menos uma vez ao ano, tendo em vista que os/as adolescentes fazem parte do grupo considerado prioridade absoluta pela Constituição Federal.
- Para os estados/municípios/Distrito Federal que contam com restaurantes comunitários que oferecem refeições com preços populares ou programas similares, que o público dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e suas famílias possam realizar a alimentação de forma gratuita.
- Parceria com a Secretaria do Trabalho para viabilizar a inserção desse público no mercado de trabalho pelo Programa Jovem Aprendiz, estágio remunerado ou outra iniciativa oferecida no município/estado/Distrito Federal.
- Fomento de programas e parcerias com as equipes SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que atuam com a população em situação de rua, ou em cenas de uso de álcool e outras drogas, para ofertar política pública ou insumos emergenciais de combate à insegurança alimentar.

Conclusão

A garantia da SAN para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa exige a articulação efetiva

entre políticas públicas, serviços de saúde, assistência social, justiça e educação, reconhecendo que a alimentação adequada é um direito humano e um componente indispensável para o desenvolvimento integral. Assim, promover SAN nesse contexto não é apenas oferecer refeições, mas construir caminhos de cuidado, autonomia e dignidade, fortalecendo o papel do SUS e das políticas sociais na proteção e promoção de direitos.

Normas principais

POLÍTICAS, LEIS E DIRETRIZES APLICÁVEIS

Para consulta rápida, apresentamos abaixo um quadro com os principais instrumentos legais que sustentam a exigência de alimentação adequada para adolescentes em unidades socioeducativas.

Quadro 3 – Políticas, leis e diretrizes que abordam a alimentação adequada

ACESSE MAIS	
Norma	**O que prevê / relevância para alimentação adequada**
Constituição Federal de 1988, com a Emenda Constitucional n. 64/2010	Incluiu a alimentação como direito social no artigo 6º da Constituição. (Planalto)
Lei n. 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)	Cria o SISAN, definindo o DHAA e os princípios e as diretrizes para políticas públicas de SAN, incluindo a obrigação do Estado em adotar políticas e ações para promover e garantir SAN. (Planalto)

Lei n. 12.594/2012 – SINASE	Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e regulamenta a execução das medidas socioeducativas. Embora não especifique detalhadamente todos os padrões de alimentação, estabelece deveres do Estado quanto às condições de atendimento, inclusive a equipe interdisciplinar (Art. 12) que pode abranger saúde e nutrição. (Planalto)
Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei n. 8.069/1990)	Assegura direitos fundamentais de crianças e adolescentes, inclusive em casos de medida socioeducativa; estabelece que o Estado deve garantir alimentação. (Planalto)
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN/SUS)	Base para as ações de alimentação e nutrição no SUS. (Política)
Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	Prevê ações de SAN para públicos em situação de vulnerabilidade. (Política)

Portaria n. 1.082/2014 (PNAISARI)	Redefine as diretrizes da PNAISARI, incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Planalto)

Fonte: Elaborado pelos autores

Referências bibliográficas

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: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)/2004**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/////_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 19 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. **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: 16 set. 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatórios de Inspeção**. Brasília: MNPCT, [202-]. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 5**: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo5.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Saúde Brasil**: Insegurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial MDS/MS n. 25, de 1 de setembro de 2023. Estabelece as orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 169, p .29, 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Ministério da Saúde. **Instrutivo de ações para a operacionalização da Portaria Interministerial MDS/MS n. 25, de 1 de setembro de 2023**: manual para gestores e profissionais. Brasília: UNIRIO, 2024a. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Promocao_da_Alimentacao_Adequada_e_Saudavel/Seguranca_Alimentar_e_Nutricional_no_Suas/Seguranca_Alimentar_e_Nutricional_no_Sistema_Unico_de_Assistencia_social/Arquivos/Manual_Instrutivo.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Mapeamento dos Desertos e Pântanos Alimentares**: principais achados. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/internacional/produtos/produto/Produto_FEALQ.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Segurança Alimentar e Nutricional no SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, [2024]. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/promocao-da-alimentacao-adequada-e-saudavel/seguranca-alimentar-e-nutricional-no-suas?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 15 set. 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: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan. Acesso em: 15 set. 2025.

CARVALHO, Alexsandra Hermelina de *et al*. Perfil nutricional e características da alimentação servida aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [*s. l.*], v. 14, 2022. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11458. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11458. Acesso em: 29 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Segurança alimentar nos domicílios brasileiros volta a crescer em 2023. **Agência IBGE Notícias**, 25 abr. 2024a. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39838-seguranca-alimentar-nos-domicilios-brasileiros-volta-a-crescer-em-2023. Acesso em: 17 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Módulo de Segurança Alimentar (PNAD Contínua – Módulo Segurança Alimentar). Rio de Janeiro: IBGE, 2024b.

PEIXOTO, Cristiane Jovita Barboza. **Estado Nutricional das Adolescentes em Conflito com a Lei, Internas no Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino do Rio Grande do Sul (CASEF)**: um estudo preliminar que visa fornecer subsídios para o planejamento de Políticas Públicas na Área da Saúde. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RECINE, Elisabetta; CARVALHO, Maria de Fátima; LEÃO, Marília. **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/11/livreto-atencao_primaria_a_saude-2015.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

RUSCHEL, Aline Vargas *et al*. Índice de sobrepeso e obesidade em adolescentes infratores privados de liberdade em uma unidade de internação de Porto Alegre da Fundação de Atendimento Socioeducativo do RS (FASE-RS). **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 3, n. 16, p. 284-289, jul./ago. 2009. Disponível em: https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/158. Acesso em: 29 set. 2025.

SOUZA, Mariana Prado de; MAGALHÃES, Gisele Araújo; SANTOS, Luana Caroline dos. **Alimentação em Unidades Socioeducativas em regime de internação de uma capital do sudeste brasileiro**: adequação nutricional do padrão estabelecido para as refeições. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

Abordagem de mulheres em situação de violência: uma proposta de metodologia para a promoção da cultura de paz entre adolescentes, famílias e comunidades

Caroline de Oliveira Faria
Lauriza Maria Nunes Pinto
Marília Faleiro Malaguth Mendonça

Considerações iniciais

Neste capítulo, propomos um recorte de gênero: o foco recairá sobre a abordagem das mulheres, uma vez que as figuras centrais de apoio e cuidado para as/os adolescentes são, predominantemente, suas mães. Na ausência da figura materna propriamente dita, a função é exercida, em sua maioria, por outras mulheres, sejam avós, tias, madrastas, irmãs, sejam outras representações femininas na família. Portanto, cuidar das mulheres significa cuidar, também dos e das adolescentes. É importante ressaltar ainda que muitas dessas mulheres estão em situação de violência por parceria íntima, sendo este importante fator de risco familiar para que as/os adolescentes estejam em privação ou restrição de liberdade.[1]

1 Castro; Teodoro, 2014.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente, 1 em cada 3 mulheres sofre violência física e/ou sexual ao longo da vida, na maioria das vezes por um parceiro íntimo, dado que explicita a desigualdade de gênero. Nas Américas, 1 em cada 4 mulheres entre 15 e 49 anos já foi violentada física ou sexualmente pelo parceiro e 1 a cada 8 mulheres na mesma faixa etária sofreu violência sexual por outro perpetrador, que não o parceiro íntimo.[2]

2 World Health Organization, 2025.

No Brasil, os dados são alarmantes. Ocupamos o 5º lugar na taxa de feminicídios em *ranking* mundial, com um feminicídio a cada 6 horas e um estupro de um homem contra uma mulher a cada 6 minutos. Uma pesquisa recente do Instituto de Pesquisa DataSenado,

em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência, que entrevistou 21 mil mulheres entre maio e julho de 2025, revelou que quase 6 em cada 10 mulheres relataram agressões há menos de seis meses, enquanto 21% afirmaram conviver com episódios há mais de um ano. A pesquisa apontou ainda que, entre as vítimas de violência no último ano, 71% afirmaram que havia crianças presentes durante a agressão, geralmente filhos ou filhas.

Em uma analogia, cuidar das mulheres equivale a enriquecer o solo no qual a árvore da adolescência cresce, propiciando melhores condições para o desenvolvimento desta da forma mais frondosa possível. Significa, ainda, promover saúde para toda a família, a fim de que ciclos de violência sejam prevenidos. É sabido que esse cuidado direcionado às mulheres não apenas beneficia os indivíduos e as famílias do sistema socioeducativo, como também promove o desenvolvimento de toda a comunidade e, consequentemente, da saúde e da cultura da paz.

A seguir, serão apresentados o panorama histórico e a metodologia de uma iniciativa de ensino, pesquisa, extensão e intervenção que atua no enfrentamento à violência contra as mulheres e os aspectos fundamentais do atendimento de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde (APS). Espera-se que, a partir do compartilhamento desta iniciativa, outras muitas sejam criadas e catalisadas, de acordo com as especificidades dos territórios e a autonomia das comunidades.

Programa Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós: um breve panorama histórico

O programa Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós, do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da Faculdade de

Medicina da UFMG (FM/UFMG), teve sua origem no Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional, no final de 2011, idealizado pela saudosa professora Elza Machado de Melo. Desde sua fundação, caracterizou-se por ser construção coletiva, tecida por muitas mãos, à imagem da colcha de retalhos, símbolo do programa, que pode ser vista na Figura 1 abaixo.[3]

3 Melo, E.; Melo, V., 2016.

Figura 1 – Professora Elza Melo e colcha de retalhos do Programa Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós, em sua inauguração



Fonte: Acervo do Programa Para Elas/FM/UFMG

Em seus primeiros anos, o programa percorreu o país com uma missão formativa, organizando seminários, cursos e oficinas dedicados ao fortalecimento das redes locais de enfrentamento à violência contra a mulher. Para ampliar o alcance da Educação Permanente em Saúde (EPS), em 2017 foi lançado, na plataforma do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o curso autoinstrucional: Para elas: atenção integral à saúde da mulher em situação de violência.

Em 2016, foi inaugurado o Ambulatório Para Elas – Elza Melo, localizado no Instituto Jenny de Andrade

Faria, no complexo do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG). Desde seu nascimento, o ambulatório aproximou-se dos territórios por meio de oficinas interativas e rodas de conversa, espaços de acolhimento, criação de vínculos, e fortalecimento da autonomia.[4] O Ambulatório Para Elas – Elza Melo, em sua sede no HC/UFMG, estrutura-se, fundamentalmente, em uma roda de conversa e oferece, conforme a demanda e o desejo das mulheres, atendimentos individuais interdisciplinares com médicas, advogadas, psicólogas, práticas integrativas e complementares, contando também com a participação de estudantes da graduação e da pós-graduação. A agenda é orientada pelos princípios do acesso avançado e encontra-se aberta para encaminhamentos de todos os pontos da rede local de enfrentamento (desde serviços especializados até a rede relacional das mulheres).

4 Melo, E.; Melo, V., 2016, p. 287.

Figura 2 – Roda de Conversa no Ambulatório Para Elas – Elza Melo/HC/UFMG, com participação da Cia Caxangá/Zona de Riso



Fonte: Acervo do Programa Para Elas/FM/UFMG

Nas oficinas, as mulheres podem compartilhar vivências e elaborar estratégias – tanto individuais quanto coletivas – de enfrentamento à violência. A maioria dessas oficinas está localizada em áreas classifica-

das como de alta vulnerabilidade em saúde, de acordo com indicadores municipais de Belo Horizonte,[5] o que permite afirmar que se trata de recurso destinado prioritariamente a mulheres periféricas, as quais são, consistentemente, alijadas de seu direito à cidade devido à concentração geográfica dos serviços especializados em regiões centrais, às múltiplas barreiras de acesso – desde a falta de informação até a dificuldade de locomoção – e a obstáculos simbólicos.

5 Mendonça *et al.*, 2024, p. 35.

Nesses espaços, as mulheres também se engajam em processos de ensino–aprendizagem, potencialmente geradores de renda, que incluem artesanatos diversos, restauração e *design* de bijuterias, corte e costura, gastronomia e pintura. Paralelamente às oficinas, consolidou-se o projeto Doe Sua Biju, que articula sustentabilidade e geração de renda. Com o apoio das parcerias, o programa promove bazares periódicos, não só para a venda dos produtos confeccionados nas oficinas, como também para maior integração entre as participantes e visibilidade ao tema.[6]

6 Siqueira, 2019.

Fotos das oficinas

O diferencial metodológico reside no fato de as oficinas e o ambulatório estabelecerem um movimento dialético de encaminhamento das mulheres, dos territórios para o serviço ambulatorial, e então do seu retorno ao território. Munidas de recursos estratégicos para a criação de novas ações coletivas de promoção da saúde, ao voltarem para o território, essas mulheres protagonizam e encurtam, substancialmente, a distância entre academia, cuidado em saúde e comunidade.[7]

7 Melo, E.; Melo, V., 2016, p. 287.

Do ponto de vista teórico, adotaram-se como base conceitual do programa a *Teoria de Direito e Democracia e a Teoria da Ação Comunicativa*, ambas formuladas por Jürgen Habermas, inspirações para a estratégia

central do Para Elas: a construção de redes em que se articulam diferentes cuidados e atores, em que se exploram ao máximo as energias vinculantes da fala e se criam e recriam sujeitos coletivos com muito mais alcance e potência de transformação. Interessa pontuar a necessidade da horizontalidade das propostas, tendo em vista que, conforme Elza Melo e Victor Melo, "nenhuma outra atuação pode resultar em impacto duradouro senão aquela que se assenta, desde o início, sobre o protagonismo dos participantes".[8]

8 Melo, E.; Melo, V., 2016, p. 289.

Por fim, salientamos que a estabilidade e o crescimento contínuo do programa ao longo de mais de uma década são alicerçados no seu vínculo com o Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, na coerência metodológica que unifica suas diversas frentes, no trabalho voluntário dedicado e em parcerias sólidas com instituições estatais e da sociedade civil organizada.

Ao longo dessa trajetória, o programa tem gerado um legado tangível: a capacitação de profissionais de diversas áreas, a assistência interdisciplinar à saúde, a promoção da autonomia e do empoderamento coletivo, a geração de renda para mulheres em situação de vulnerabilidade e a produção técnico-científica sobre o tema.

Você conhece, no seu território, algum programa/movimento que atua no enfrentamento à violência contra a mulher?

Abordagem de cuidado integral e o processo de abertura de oficina

Vamos relatar o caso de uma mulher atendida no Ambulatório Para Elas que ilustra a relação entre o cuidado em saúde e o território, abordada anteriormente.

Valente é uma mulher negra, cisgênera, de 56 anos, moradora de uma região periférica de Belo Horizonte. Ela procurou apoio do Ambulatório Para Elas no final de 2023, devido a agressões físicas e psicológicas perpetradas por seu parceiro íntimo. Com um histórico de passagens pontuais e fragmentadas pelos serviços de Atenção Primária e de Saúde Mental, ela recebeu ao longo da vida diversos diagnósticos, como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade, ansiedade e depressão. Valente também apresentou histórico de uso de múltiplos medicamentos, como benzodiazepínicos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e antidepressivos. No início de 2024, foi internada por uma semana em um hospital devido a uma tentativa de autoextermínio por overdose de medicamentos.

Nas rodas de conversa realizadas no Ambulatório, ela relatou as violências sofridas pelo parceiro atual e por ex-parceiros, o abuso sexual cometido pelo padrasto e as diversas violências físicas, psicológicas e torturas que ela e suas irmãs sofreram por parte da mãe durante a infância e a adolescência. Contou também sobre a violência sexual que sofreu por parte de um agente de segurança pública quando já era adulta. Além disso, com o decorrer do tempo nas rodas de conversa, ela passou a narrar, elaborar e se revoltar com as situações de racismo ainda presentes em seu cotidiano.

Certo dia, em meados de 2024, Valente nos perguntou: “Que dia o Para Elas vai para o meu bairro?”. Nós respondemos que iríamos quando ela nos levasse. A partir de então, Valente articulou reuniões entre o Para Elas e sua escola, onde cursava a EJA (Educação de Jovens e Adultos). Juntas, acionamos também a equipe de Atenção Primária local, que apoiou o grupo e indicou duas profissionais, agentes comunitárias de saúde, para participarem dos encontros.

Ao chegarmos à escola, que conta com a presença do Programa PAS (Psicólogos e Assistentes Sociais na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte), os profissionais nos relataram que naquele território havia muitos casos de violência doméstica e violações de direitos, mas que "era difícil chegar até essas pessoas". Já no primeiro encontro, a partir do engajamento e da mobilização de Valente, compareceram mais de 30 pessoas, o que animou e surpreendeu a todos.

É importante ressaltar que a responsabilidade pelo grupo não deve ser atribuída integralmente a Valente. Mas é preciso reconhecer que sua participação foi crucial para o início e a continuidade das intervenções.

Como resultado, essa experiência trouxe para o Programa Para Elas e para o Programa PAS novos casos de famílias em situação de violência, despertou a liderança, a autonomia e a confiança de Valente, e estreitou seu vínculo com a equipe de saúde local, especialmente com a psicóloga e a assistente social da Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como com a equipe do Para Elas. De modo geral, nós, profissionais de saúde, observamos uma melhora no quadro geral de Valente. Vale ressaltar que essa melhora não é linear ou isenta de períodos de crise, mas as crises têm sido mais esparsas e cada vez mais passíveis de serem amenizadas, a partir do vínculo, do acesso, da escuta e do diálogo, sem a necessidade de novas internações. Em outras palavras, o sentimento de pertencimento pode ser entendido como uma estratégia terapêutica mais eficaz para a saúde integral – especialmente mental – do que intervenções individuais em consultório e medicamentos, pois promove maior engajamento e comprometimento da pessoa com o seu próprio processo de doença-saúde.

Aspectos fundamentais da abordagem das mulheres em situação de violência

Na prática diária da APS, os profissionais se deparam constantemente com diferentes manifestações de violência. Embora todas as suas formas possam eventualmente chegar aos serviços de saúde, evidências apontam que os casos mais frequentes são a violência intrafamiliar ou doméstica (incluindo maus-tratos contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos) e a violência autoinfligida, como automutilação e ideação suicida.[9] Ambas demandam não apenas a capacitação contínua das equipes, como também uma articulação eficiente com os demais serviços das redes assistenciais.

9 Minayo, 2006; Brasil, 2002.

Para ser mais bem compreendida, a violência pode ser conceituada conforme sua natureza. No Quadro 1 são exemplificadas naturezas de violência que tangenciam a violência contra a mulher. Tais categorias podem coexistir e se manifestarem em diversos cenários, como o próprio ambiente doméstico, os espaços urbanos públicos, o trabalho, a escola e as redes sociais.

Quadro 1 – Naturezas de violência que tangenciam a violência contra mulher

CATEGORIA	CONCEITO	EXEMPLOS
Física	Uso da força física para produzir lesões, traumas, dores ou incapacidade. Pode ou não incluir instrumentos ou substâncias.	Tapas, murros, chutes, espancamento, empurrões, queimaduras, estrangulamento, arremesso de objetos.

Psicológica	Agressões verbais ou gestuais que aterrorizam, humilham, isolam ou causam qualquer dano emocional ou à autoestima.	Ameaças contra a pessoa e/ou entes queridos, humilhações, chantagens, isolamento social.
Sexual	Ato sexual não consentido.	Assédio, coerção ou aliciamento, estupro, pornografia forçada ou prostituição forçadas.
Patrimonial	Ato de controlar, reter ou destruir bens, valores ou documentos da vítima.	Apropriação de salário, dinheiro, posses, benefícios sociais. Proibição da execução de atividades laborais ou educacionais. Destruição de bens físicos.
Moral	Conduta que configure calúnia, difamação ou injúria contra a vítima.	ivulgação de informações falsas, acusações inverídicas, declarações falsas com intuito de prejudicar outrem, comentários ofensivos.

Fonte: Elaborado pelos autores

Apesar dos avanços das políticas públicas, em especial do arcabouço legal para o enfrentamento da violência contra a mulher, em se tratando das mulheres que exercem função materna de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, evidencia-se também a presença da violência institucional. Esta pode ser exemplificada pelas condições da revista (de seus corpos, seus pertences e produtos destinados aos filhos) em dias de visita.[10] Além disso, as dificuldades de

10 Mestre; Souza 2021.

mobilidade urbana (muitas vezes, entre municípios), o estigma social, a falta de acesso a informações sobre seus direitos, a solidão e o sentimento de culpa podem ser fatores de fragilização delas, cabendo ao profissional de saúde atentar-se a essas realidades.

Além dessas mulheres mães, há ainda as próprias adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, que podem ter chegado ao sistema socioeducativo já tendo vivenciado situações de extrema violência, tanto em ambientes externos quanto dentro das próprias famílias.

Nem sempre a violência apresenta-se de forma explícita e, especialmente, os casos crônicos ou prévios podem vir "mascarados" por sintomas inespecíficos, queixas difusas, padrão anormal de acesso ao serviço (mudança abrupta da forma de acesso – idas mais frequentes que o habitual ou ausência, recusa em receber visitas domiciliares). Além disso, nem sempre a pessoa assistida nomeará a situação vivenciada como violência, e caberá ao profissional de saúde ajudá-la a reconhecê-la como tal, bem como sua possível relação com os problemas de saúde apresentados. Inicialmente, pode-se utilizar a mesma linguagem da pessoa, mas em momento oportuno é importante nomear claramente a situação como violência e posicionar-se contra ela.[11]

As habilidades de comunicação e a abordagem centrada na pessoa se revelam ferramentas fundamentais no manejo desses casos, especialmente pelo estigma associado ao tema. O acolhimento deve acontecer em ambiente reservado, assegurando confidencialidade e tempo suficiente para que a pessoa narre livremente. Nunca aborde o tema na presença do/a suposto/a agressor/a ou de qualquer pessoa que possa intimidar, constranger, julgar ou expor a conversa (por exemplo, na presença de crianças que podem repetir, despretensiosamente, o conteúdo da conversa). Ainda que a pessoa, em um primeiro momento, decida

11 Dohms; Gusso, 2021; Brasil, 2025.

não conversar sobre o assunto, a iniciativa já sinaliza abertura do serviço para tal. É importante que os usuários saibam que a violência é um problema também de saúde e, portanto, pode ser tratado na UBS em articulação com as outras redes e políticas públicas.

Uma escuta atenta e livre de julgamentos é imprescindível para evitar a revitimização. Por isso, evite expressões como: "Por que você demorou tanto tempo para pedir ajuda?"; "Eu jamais imaginaria que uma pessoa como ele/ela faria algo assim"; "Poderia ser pior, imagina se tivesse te batido?". Evite também perguntas com viés de confirmação ou negação e lembre-se de respeitar os limites emocionais e culturais da pessoa.

São desnecessárias e até prejudiciais condutas prescritivas ou de "aconselhamento". Não utilize frases como: "Você deve se divorciar..." ou "Você tem que ir na delegacia!". Em contrapartida, deve-se conhecer bem a rede intersetorial disponível e construir de forma compartilhada um plano de ação respeitando a decisão e a autonomia da pessoa quanto aos encaminhamentos para outros serviços. Mais do que isso: deve-se atentar para a criação do vínculo por meio de retornos breves, por exemplo. Nesse contexto, vale pontuar que as redes de enfrentamento da violência contra a mulher são organizadas localmente de forma intersetorial e contam com serviços gerais (de enfrentamento) e serviços especializados (de atendimento, por exemplo, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, hospitais referência para violência sexual, delegacias, promotorias e defensorias especializadas).[12] A articulação em rede, constituída de diversos atores sociais, instituições estatais e organizações da sociedade civil, apresenta-se como um desafio que demanda conhecimento sobre os serviços e os recursos territoriais.

12 Brasil, 2011.

O registro no prontuário deve ser ético, objetivo e detalhado: lesões físicas exigem descrição minuciosa,

assim como observações sobre a condição psíquica, sentimentos expressos, expectativas e qualquer prejuízo funcional identificado. Nas situações envolvendo crianças, idosos vulneráveis ou risco iminente de morte, há obrigatoriedade de acionar outras instâncias, conforme legislações e protocolos assistenciais específicos.

SAIBA MAIS

Lei Maria da Penha (11.340/2006): cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção.

Lei Carolina Dieckmann (12.737/2012): tornou crime a invasão de aparelhos eletrônicos para obtenção de dados particulares.

Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013): oferece garantias a vítimas de violência sexual, como atendimento imediato pelo SUS, amparo médico, psicológico e social, exames preventivos e informações sobre seus direitos.

Lei Joana Maranhão (12.650/2015): alterou os prazos quanto à prescrição de crimes de abusos sexuais de crianças e adolescentes. A prescrição passou a valer após a vítima completar 18 anos, e o prazo para denúncia aumentou para 20 anos.

Lei do Feminicídio (13.104/2015): prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, ou seja, quando o crime for praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino.

Por fim, ressaltamos a necessidade de notificação compulsória da violência para fins de vigilância epidemiológica, por meio do SINAN (Sistema de Informação

de Agravos de Notificação). **Atenção!** Esta notificação não significa denúncia às autoridades de segurança pública e presta-se, apenas, para fins de vigilância epidemiológica, avaliação e aperfeiçoamento de políticas públicas. Sugerimos, para familiarização e orientações, o aplicativo **Notiviva** com instruções detalhadas sobre a notificação.

Montando uma oficina: objetivo, metodologia e dicas práticas

O Programa Para Elas – idealizado pela Professora Elza Melo, pensado e construído com muitas mãos, dentro de uma universidade pública, entrelaçado a um programa de pós-graduação, em parceria com a gestão local, as instituições de assistência social, justiça e segurança pública e com apoio do Ministério da Saúde (MS) – produziu metodologia robusta, sobretudo, passível de ser aplicada e (re)criada em diversos territórios, especialmente sob amparo e tutela da APS, com seu papel intrinsecamente coordenador de rede.

Objetivamos, a partir das tecnologias leves[13] das oficinas interativas, a produção coletiva simbólica – no que tange às potencialidades das falas na roda de conversa – e material – no sentido do ofício manual e criativo. Orientamos que as oficinas sejam organizadas horizontalmente tanto no que diz respeito aos aspectos administrativos, tais como nome do grupo, dia, horário de preferência, quanto aos aspectos produtivos, como artesanato a ser produzido, trabalho a ser iniciado, expectativas, modos de venda e distribuição dos recursos gerados. É preciso lembrar dos princípios da práxis da autonomia e da solidariedade entre as/os envolvidas/os.

Para a roda de conversa, faz-se necessário um espaço protegido das intempéries do tempo, seguro e sigiloso, com cadeiras dispostas em forma de roda. A mediação

13 Merhy; Feuerwerker, 2016.

da roda pode ser executada por qualquer profissional, sem necessidade de formação acadêmica específica. O tema da prevenção e enfrentamento da violência deve ser posto sem que haja perpetuação do estigma ou afastamento de potenciais participantes. Nesse sentido, não recomendamos o uso de nomes como "Grupos de Vítimas de Violência", por exemplo. Dessa forma, a escolha do nome do grupo também deve ser construída conjuntamente a partir das referências comunitárias.

O acesso ao grupo pode ser livre, aberto, respeitando as limitações do espaço, de forma que tanto mulheres quanto profissionais possam recomendar a oficina para outras. Devido ao conteúdo sensível, orientamos que crianças não participem diretamente da roda de conversa: sugerimos a idade mínima de 14 anos para o ingresso. Mas é preciso lembrar que a participação de muitas mulheres dependerá do acolhimento das crianças e adolescentes, portanto, pode ser necessário um espaço a mais para receber tais familiares. Homens engajados no enfrentamento da violência podem participar e contribuir, sem deixar de lado o protagonismo das mulheres.

Para garantir um ambiente acolhedor e produtivo, a mulher deve ser encorajada a compartilhar as situações vivenciadas sem interrupções ou limite de tempo, evitando conversas paralelas, julgamentos, perguntas, conselhos ou comentários ofensivos. Ressaltamos que a roda é um espaço sigiloso, sendo expressamente proibido tirar fotos, gravar vídeos ou áudio dos encontros, assim como comentar fora desse ambiente qualquer vivência ou fala compartilhada, mesmo entre as/os participantes. Salientamos a necessidade de preparo técnico ou apoio próximo para casos de agitação psicomotora, crises de choro, urgências e emergências em saúde mental. Nesse sentido, as UBSs são estratégicas.

As oficinas produtivas devem ser escolhidas conforme recursos e preferências locais, incentivando-se atividades potencialmente geradoras de renda. Oficineiras/os, facilitadoras/es ou professoras/es podem ser acionadas/os, e estimulamos, especialmente, que as próprias mulheres compartilhem um processo de ensino–aprendizagem mútuo. Ou seja, aquelas que dominam um ofício podem ensiná-lo para outras.

Ainda, recomendamos, se possível, que seja realizado um intervalo ou fechamento com um lanche coletivo, preferencialmente com apoio institucional de recursos para sua manutenção. Compartilhar o alimento fortalece vínculos e proporciona momentos de descontração em comunidade.

Essas são recomendações gerais que devem ser adequadas e reformuladas conforme a realidade territorial, num processo dinâmico, flexível e contínuo de aperfeiçoamento. Ressaltamos que o nosso serviço está à disposição para auxiliar na montagem das oficinas, seja por meio de contato remoto, seja por meio de uma visita presencial ao Ambulatório Para Elas e suas Oficinas Territorializadas.

Para encerrar, ressaltamos que o mapeamento no território pode revelar a presença de experiências no enfrentamento às violências contra a mulher que podem ser potencializadas com as estratégias apresentadas neste relato.

SAIBA MAIS SOBRE AS OFICINAS

◢ Para Elas: experiências e perspectivas das ações na rede de enfrentamento à violência contra a mulher

◢ Fotos e narrativas: para elas, por elas, por eles, por nós

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica n. 8). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 30 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência**. 1. ed. preliminar eletrônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

CASTRO, Angélica Maria Ferreira de Melo; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. Relações familiares de adolescentes cumprindo medida socioeducativa restritiva de liberdade: uma revisão narrativa da literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2014. DOI: https://doi.org/10.9788/TP2014.1-01. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a01.pdf. Acesso em: 6 nov. 2025.

DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo. **Comunicação clínica**: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed Editora, 2020.

MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo de (orgs.). **Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2). Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/cpgpspv/wp-content/uploads/sites/48/2017/06/Para-Elas-20-07-2017.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

MELO, Elza Machado de *et al*. Violência contra mulher e modos de enfrentamento. **PISTA**: Periódico Interdisciplinar [Sociedade Tecnologia Ambiente], [*s. l.*], v. 1, n. 2, p. 6-20, 2019.

MENDONÇA, Marília Faleiro Malaguth *et al*. **Livro-Técnico Para Elas**: versão Web. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2024. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/nucleops/wp-content/uploads/sites/57/2025/01/Livro-Tecnico-Para-Elas-Web-versao-final.pdf. Acesso em: 30 nov. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In:* MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP, J. H. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 59-72.

MESTRE, Simone de Oliveira; SOUZA, Érica Renata de. "Maternidade guerreira": responsabilização, cuidado e culpa das mães de jovens encarcerados.

Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 29, n. 2, p. e70109, maio/ago. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n270109. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/DjkdxzG7YCwqtQfnBFTwnLR/?lang=pt. Acesso em: 5 nov. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães *et al*. **Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós**: Fotos e Narrativas. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2023. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/nucleops/wp-content/uploads/sites/57/2025/01/book-virtual-v8-para-elas.pdf. Acesso em: 30 nov. 2025.

SIQUEIRA, Sonia Lopes *et al*. **Oficinas Interativas do Ambulatório/Rede Para Elas**: uma prática de convivência "Entre Elas, Entre nós". 2019. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/d302f4e1-18ea-40f6-a974-b00c547725d4/content. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women prevalence estimates, 2023**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women. Genebra: World Health Organization, 2025.

Anexo



Oficina Para Elas, Taquaril, corte e costura, em parceria com a Secretaria Municipal de Segurança e Prevenção da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e Projeto Providência Taquaril



Oficina Para Elas, Alto Vera Cruz, Projeto Doe Sua Biju, em parceria com uma escola municipal



Oficina Para Elas Granja de Freitas, parceria com a Secretaria de Segurança e Prevenção/PBH e CRAS Granja de Freitas



Oficina Para Elas, Jardim Felicidade, pintura em tecido


SINGER
SINGER


SINGER





Oficina Para Elas Mulheres da Leste, Taquaril,
curso de corte e costura



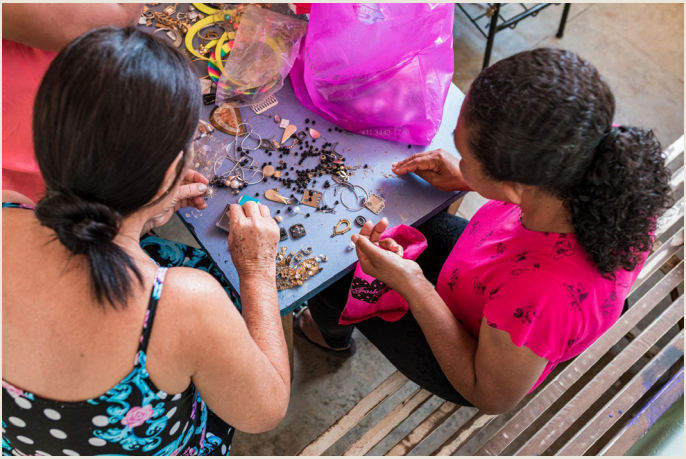
Oficina Para Elas, Granja de Freitas, curso de gastronomia





Oficina Para Elas, Alto Vera Cruz,
curso de design de bijuterias









Projeto Doe Sua Biju





Colcha de retalhos – símbolo do projeto

Gênero e sexualidade no sistema socioeducativo[1]

1 Esta pesquisa conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) sob código APQ-03360-22: Janela da Escuta e adolescências trans: a tessitura de uma rede de cuidado.

Laura Lemos Avelar
Rosana Xavier Menezes de Oliveira
Thaisi Moreira Bauer
Vinício Araújo Martins

Glossário do capítulo

Consideramos importante a compreensão de alguns conceitos que auxiliarão na leitura do texto; assim, organizamos, em formato de glossário por ordem alfabética, alguns termos. Aproveitamos para indicar que tais conceitos encontram-se amparados em uma leitura contextualizada no tempo e estão em constante evolução.

◢ **Assexual –** Pessoa que sente pouca ou nenhuma atração sexual por outras pessoas.
◢ **Bissexual –** Pessoa que se sente atraída emocional, romântica e/ou sexualmente por pessoas de mais de um gênero.
◢ **Cisgênera –** Pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascer.
◢ **Expressão de gênero –** Modo pelo qual a pessoa exterioriza sua identidade de gênero, maneira 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.
◢ **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.
◢ **LGBTfobia –** Denominação geral para manifestações de discriminação, preconceito e violências contra pessoas LGBTIA+.
◢ **LGBTIA+ –** 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.
◢ **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.
◢ **Pessoa não binárie –** Pessoa cuja identidade de gênero não se encontra localizada no binarismo homem/mulher.
◢ **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.

◢ **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 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.

Introdução

A articulação entre as ideias de gênero e sexualidade e as adolescências atendidas no sistema socioeducativo aponta para um campo pouco discutido, mas de grande relevância. O que a princípio pode parecer uma discussão secundária ajuda enquanto localizador de vulnerabilidades, além de contribuir para uma leitura crítica e implicada da realidade. É importante indicar ainda o fato de que esses elementos têm relevância para a construção de estratégias de atenção e proteção pelas políticas públicas que compõem o socioeducativo e trazem a perspectiva de um sistema de atendimento.

Apresentamos nesta Coleção uma discussão sobre adolescência e sobre socioeducação, no capítulo "Adolescência e o sistema socioeducativo", disponível no Volume 5. Assim, para seguir no tema específico deste capítulo, é importante apontar o que se compreende quando apresentamos uma discussão sobre gênero e sexualidade. É fundamental estar atento ao fato de se tratar de dois conceitos que se ancoram no

tempo e no espaço, sendo construções atravessadas por características sociais e culturais mutáveis e com variação entre os diversos locais, até mesmo dentro de um único país.

Por sexualidade, podemos compreender que se trata de

> [...] um aspecto central do ser humano ao longo de toda a sua vida e nela estão circunscritos elementos relativos ao sexo, às identidades e aos papéis de gênero, à orientação sexual, ao prazer, à intimidade e à reprodução. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a sexualidade como sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.[2]

2 Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2017, p. 22.

Já a noção de gênero refere-se a algo da esfera social. Inicialmente, utilizavam-se os conceitos relativos a gênero como referência à organização social entre os sexos, sendo apenas posteriormente associados à organização concreta e simbólica de toda a vida social.[3] Gênero refere-se, segundo Grossi,[4] a uma categoria historicamente determinada a respeito da diferença dos sexos. Não reflete uma realidade biológica, mas dá sentido a essa construção. O tempo todo, em todas as sociedades, esse conceito está sendo ressignificado enquanto conceito vivo e dinâmico que se relaciona com outros aspectos da sociedade.

3 Araújo, 2005.

4 Grossi, 1998.

Por serem, então, dois termos que se inserem na vida das pessoas e nas sociedades, tal discussão também tem incidência na socioeducação. Assim, é importante pensar as interfaces desse debate em pelo menos duas grandes vertentes: uma que se ocupe de discutir os papéis de gênero na sociedade, pensando nas formas como ser homem e ser mulher são lidas, e

uma segunda que se destina às questões das pessoas da comunidade LGBTIA+.

Opressões estruturais e seus efeitos

Para entender os impactos da materialização desses conceitos na vida dos/as adolescentes, é importante compreender também o conceito de cis-heteronormatividade. Essa palavra, embora pouco utilizada, se refere às práticas sociais excludentes à diversidade sexual, partindo da ideia de que a normalidade está em ser cisgênero e heterossexual. Dessa maneira, as pessoas LGBTIA+ passam a ocupar o lugar de desviantes e são expostas a uma série de preconceitos e violências.

Juntamente a essa opressão está também a opressão patriarcal, que subjuga as mulheres a partir de estruturas institucionais, sociais e discursivas que privilegiam homens, valorizando-os como mais capazes e dignos dentro das relações sociais. Além disso, impõe um modelo familiar que sustenta o domínio sobre as mulheres, bem como a exclusão de qualquer configuração familiar LGBTIA+. Entre as muitas faces assumidas pela opressão patriarcal, há inúmeras violências simbólicas, materiais, físicas, sexuais e psicológicas, entre outras.

Assim, os efeitos dessas opressões são múltiplos e aparecem em diversos âmbitos. Para os/as adolescentes, há vivências específicas que merecem atenção e, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),[5] proteção. Em pesquisa de abrangência nacional, constatou-se que 90% dos/as estudantes LGBTIA+ sofreram agressões verbais no ambiente escolar no ano de 2024, e 34% sofreram violência física, sendo expressão de gênero e orientação sexual os dois maiores fatores citados como motivo da agressão. Ainda, quando comparamos os 58% de estudantes trans que já pensaram em abandonar a escola aos 2% de estudantes cis que

5 Brasil, 1990.

consideraram a mesma ação, notamos que há também uma resposta prejudicial à violência enfrentada nesses espaços, e que há grandes fragilidades nas redes de proteção desses/as adolescentes e jovens.[6]

No caso de adolescentes trans, aparecem prejuízos e vulnerabilidades relacionados a autoaceitação, distúrbios alimentares, situações de discriminação e violência pela aparência física, o não reconhecimento de suas identidades e a falta de oportunidades no mercado de trabalho. É, portanto, com muito sofrimento que os/as adolescentes recebem constantemente a mensagem de que, devido às suas identidades, são inadequados/as. Não podemos nos surpreender, então, quando toda essa violência direcionada a eles/as acaba tendo como resultado o ódio a si mesmos/as ou a símbolos da comunidade da qual fazem parte.

Nesse sentido, é importante também olharmos para onde a opressão patriarcal se sobressai: para as meninas adolescentes, o corpo, que já faz emergir a estranheza da puberdade, se torna também campo de intervenção e controle por parte de uma sociedade e um Estado que prometem protegê-las, mas as demonizam e exploram, como fazem com as mulheres.[7] Paralelamente, os meninos adolescentes sofrem pelas expectativas engendradas pelo ideal da chamada masculinidade hegemônica – esta que impõe uma única forma possível de se comportar como homem, com trejeitos e performances associadas a uma masculinidade bruta, heterossexual, e que não deixa espaço para outros modos de ser.

6 Aliança Nacional LGBTI+, 2025.

7 Gonzaga; Mayorga, 2019.

Pensar a prática: patologização e barreiras no acesso à saúde

No campo da saúde, observamos algumas das formas assumidas por essas violências: a patologização de

identidades que fogem ao padrão cisgênero e heterossexual, por exemplo. Historicamente, transformar em transtornos experiências de orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes foi (e ainda é) uma forma de usar o diagnóstico como maneira de submeter o sujeito às normas desse padrão,[8] o que sinaliza uma tentativa de adequação forçada.

8 Tenório; Prado, 2016.

Pensando no contexto social apresentado, podemos apreender que a existência enquanto sujeito dissidente dessas normas traz uma cota de sofrimento imposta pela violência enfrentada. Nesse sentido, as nomeações enquanto patologias parecem uma resposta especialmente cruel diante de um quadro de sofrimento de pessoas LGBTIA+ causado pela opressão. É partindo dessa crítica que Tenório e Prado especificam que, no caso de pessoas trans, "o sofrimento da chamada 'disforia de gênero' vem da discriminação decorrente dos efeitos da normatividade de gênero e de seus mecanismos coercitivos".[9]

9 Tenório; Prado, 2016, p. 45.

Para os/as adolescentes, os efeitos da patologização das identidades LGBTIA+ podem ser ainda mais avassaladores. A adolescência, como um momento de intensas transformações e bastante descrédito por parte dos/as adultos/as, pode minar a segurança com que os/as adolescentes sustentam suas identidades e enfrentam esse tipo de violência. Além disso, há diversas outras barreiras que impedem seu pleno acesso à saúde, como no caso dos/as adolescentes trans, que se sentem inibidos/as em acessar os serviços de saúde devido à presunção profissional de sua sexualidade, do não uso (consciente ou inconsciente) do seu nome social, o uso de linguagem ofensiva pelos/as profissionais, ausência de protocolos e equipes para acolhimento e medo da quebra de confidencialidade.[10]

10 Silveira *et al.*, 2025.

As barreiras elencadas acima devem se apresentar para nós como pontos de atenção! Pode ser que os/as

adolescentes LGBTIA+ temam ter essas vivências na Unidade Básica de Saúde (UBS) e assim tenham seus vínculos com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) cada vez mais fragilizados. Não podemos consentir que eles/as fiquem desassistidos por medo da violência que podem encontrar nos espaços de saúde.

Além dos impactos já citados, a patologização tem também como efeito a concepção da saúde de pessoas trans apenas pela via da medicalização, já que todo aspecto da vida é visto pela lente do patológico. Essa compreensão pode levar também a uma restrição da atenção em saúde do sujeito trans, sendo toda intervenção relativa à sua identidade e deixando de lado a atenção à saúde integral.

Assim, é necessário pensar, quando lidamos com as adolescências, em um cuidado que lhes dê acesso a atendimentos especializados, como no campo da hormonização, por exemplo, mas sem perder de vista o cuidado ampliado, levando em consideração sua fase de desenvolvimento.

SAIBA MAIS

Hormonização: Por hormonização, aqui indicamos estratégias de utilização de terapias hormonais que podem ser utilizadas como maneiras de modificação de características tais como pelos corporais, desenvolvimento de mamas e interrupção dos ciclos menstruais. Seu objetivo é a busca por um maior alinhamento das características físicas ao gênero com o qual o sujeito se identifica. Dentro dessa discussão, é importante frisar que o uso das terapias hormonais deve ser acompanhado de orientação médica, assim como o fato de não se tratar da única estratégia de pessoas transgêneras, uma vez que também existem

aspectos que se relacionam a vestimentas e comportamentos. Não se trata também de uma demanda universal das pessoas transgêneras, assim como não é um pré-requisito para que alguém se autoidentifique enquanto pessoa trans.

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) oferece uma compilação de normativas do processo de hormonização.

SAIBA MAIS

Livro

COSTA-VAL, Alexandre; DESLANDES, Keila (orgs.) **Cuidados que transformam**: Aprendizagens na atenção à saúde de pessoas trans e travestis em Minas Gerais. São Paulo: Autêntica Editora, 2022

Considerando todas essas barreiras, somos então convidados/as a nos perguntar sobre nossa prática:

O que está ao nosso alcance nesse contexto? Podemos somente assistir a todas essas violações?

Nossa aposta é de que a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto o nível de assistência à saúde com o dedo no pulso do território, é um campo fértil, capaz de identificar essas dificuldades e violações, proteger os/as adolescentes expostos/as e inventar novas saídas frente a essas barreiras. Para isso, no entanto, é preciso estar atento a essas adolescências. Vejamos, a seguir, um caso fictício:

ESTUDO DE CASO

Felipe é um adolescente de 16 anos em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Já está em privação de liberdade há meses, e conta os dias para voltar para casa. Mora com a mãe, o pai e dois irmãos mais velhos. Ele chega à UBS, mas não traz demandas aos profissionais ali presentes. Os agentes socioeducativos que o acompanham a princípio o conduzem algemado e dizem que ficariam no consultório durante o atendimento. É necessário que Lúcia, enfermeira da equipe de Saúde da Família (eSF), indique que os adolescentes têm direito de serem escutados sozinhos em atendimento de saúde e ainda que o uso de algemas era inadequado com o ambiente da UBS. Sobre a algemação dos adolescentes, confira o capítulo "Adolescência e o sistema socioeducativo", disponível no volume 5 ("PNAISARI e tessitura de rede sob medida") desta coleção.

O adolescente, a princípio, fala muito baixo, sempre olhando para o chão. Lúcia nota uma cicatriz no braço de Felipe e pergunta se ele gostaria de contar a história por trás dela. Aos poucos, e com as reafirmações de Lúcia de que gostaria de ouvi-lo, Felipe revela que é gay, e a cicatriz veio de uma agressão por parte de seu pai, que sempre o repreende por ser "afeminado demais". Sua mãe tenta protegê-lo, mas nem sempre consegue. Felipe entendeu, pela surra e as ofensas do pai, que é melhor "segurar esse seu jeito", então se sente desconfortável em todo lugar – especialmente onde podem reconhecê-lo e reconhecer a sua família. Isso também tem sido difícil na unidade socioeducativa. Além de a enfermeira notificar a violência que testemunhou, a partir disso, juntos, Felipe e Lúcia puderam pensar em espaços em que o adolescente poderia se sentir mais livre, mesmo antes de recuperar seu direito à liberdade. Lúcia se lembra de Bruno e Larissa, outros adolescentes LGBTIA+ que frequentam a UBS, e sugere

promover um encontro entre eles, para que possam conversar. Ao final desse acolhimento, Felipe diz: "Ah, Lúcia, lembrei! Tenho uma dor no meu joelho esquerdo que não vai embora. Depois queria olhar isso".

No caso retratado, podemos notar uma manifestação, no contexto da saúde, das repercussões da violência sofrida por um adolescente LGBTIA+. O adolescente se sentiu constrangido na UBS e precisou de alguns elementos oferecidos pela enfermeira para transformar essa posição. A enfermeira da eSF ofertou a esse adolescente seu tempo, sua atenção e, o mais importante: sua escuta!

Percebemos também uma preocupação do adolescente com a possibilidade de ser exposto no ambiente comunitário. Em outras palavras, há ali uma apreensão quanto ao sigilo. É importante que os profissionais de saúde acolham esse receio, assegurando a confidencialidade com paciência, de forma a nutrir essa segurança no serviço de saúde, tão cara à APS.

É pertinente notar também que não está em jogo o julgamento moral que a enfermeira faz individualmente sobre a orientação sexual do adolescente. Essa mesma ideia deve se aplicar para as adolescentes grávidas, que frequentemente sofrem represálias por um suposto mau uso de sua sexualidade. Não se trata de concordar ou não com os argumentos do pai no caso descrito, por exemplo, mas sim de notar a violação em que o adolescente se encontra e buscar protegê-lo.

Uma escuta aberta para ouvir cada vivência singular da sua própria identidade é fundamental nesse contexto. Como a enfermeira no caso localizou, é daí que podem surgir as demandas de cada um, que não respondem ao universal do que é ser uma pessoa LGBTIA+, mas sim às experiências únicas de cada sujeito.

Cavar um espaço para isso, no caso de Felipe, foi o que possibilitou sua abertura para um vínculo com o serviço.

Vulnerabilidades específicas no sistema socioeducativo

Para além das vulnerabilidades específicas a esses públicos, há ainda mais desproteções a se considerar quando se trata dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa que compõem esses grupos minoritários. Além de serem alvo de todas as vulnerabilidades descritas, há ainda sofrimentos específicos ao contexto de restrição e privação de liberdade.

No *Levantamento nacional do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) – 2024*,[11] nota-se que, enquanto 88% das meninas cis e 86% dos meninos cis estão matriculadas/os e frequentando regularmente a escola, apenas 62,5% das meninas trans têm frequência regular. Esse dado reflete que, além dos índices de escolarização dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa estarem abaixo dos índices nacionais, o público trans é ainda mais desamparado nesse sentido. As violências presentes no ambiente escolar o tornam um ambiente hostil para o público LGBTIA+ e, por consequência, seu direito à educação acaba sendo cedido em prol da sua segurança. Essa, evidentemente, não deveria ser uma escolha posta a qualquer adolescente.

11 Brasil, 2025.

De forma similar, proporcionalmente, os meninos cis são os menos medicalizados (18,6%), em comparação a 50% de adolescentes não bináries, 47,2% de meninos trans, 37,5% de meninas trans e 35,1% de meninas cis.[12] Aqui também se expressa uma face da patologização dentro do sistema socioeducativo: o sofrimento desses grupos marginalizados é respondido com a medicalização. Entre as muitas funções possíveis da medicação

12 Brasil, 2025.

psiquiátrica, nota-se que o sistema socioeducativo frequentemente lança mão dela enquanto contenção química, que o desobriga a lidar com os incômodos e sofrimentos expressos ali.

Surge, aqui, outra face da patologização na prática, com a qual a saúde não pode ser cúmplice. A demanda constante por medicação psiquiátrica, prescrita de forma desmedida especialmente para adolescentes mulheres e pessoas LGBTIA+, serve para assujeitar os/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Partindo de uma perspectiva de saúde equânime e antimanicomial, essa prática irrefletida se revela extremamente danosa e deve ser interrogada nos espaços de saúde que recebem essa demanda.

O reconhecimento da diversidade no sistema socioeducativo

O reconhecimento da diversidade de gênero e sexualidade no sistema socioeducativo é uma conquista relativamente recente. Durante muitos anos, os levantamentos oficiais, como o do SINASE, não traziam informações sobre adolescentes LGBTIA+ e análises mais atentas sobre gênero, o que fazia com que essa parte da população permanecesse invisível. Com os avanços mais recentes, especialmente no *Levantamento nacional do SINASE – 2024*,[13] já é possível observar um olhar mais atento para essas questões, trazendo dados importantes que permitem compreender melhor quem são os/as adolescentes atendidos/as pelo sistema.

13 Brasil, 2025.

Os números mostram que a grande maioria ainda é formada por meninos cisgêneros, que representam 93,1% do total, enquanto as meninas cisgêneras correspondem a 4%. Entre as identidades de gênero diversas, foram registradas 24 meninas trans, 40 meninos trans e 14 adolescentes não bináries. Em 2024, não

houve registro de travestis em medidas de privação ou restrição de liberdade.[14]

14 Brasil, 2025.

Comparando com o ano de 2023, percebe-se um crescimento no reconhecimento dessas identidades: o número de adolescentes trans aumentou de 56 para 64, e o de adolescentes não binários passou de 1 para 14.[15] Esse avanço mostra que o sistema socioeducativo começa a dar visibilidade a essas experiências, o que é fundamental para garantir direitos e pensar em políticas públicas específicas.

15 Brasil, 2023b

Um dado que chama a atenção é que, diferentemente do sistema prisional adulto – onde a maioria das pessoas trans privadas de liberdade são mulheres trans –, no socioeducativo há um número maior de meninos trans. Essa diferença evidencia particularidades da juventude trans nesse contexto, como o fato de muitos estarem vivendo processos de afirmação de gênero ainda em construção, o que exige uma abordagem sensível e respeitosa à sua autodefinição. Esses adolescentes também enfrentam vulnerabilidades específicas, marcadas por riscos maiores de violência, discriminação e exclusão, além da necessidade de políticas e práticas adaptadas que garantam cuidados de saúde adequados, ambientes seguros e o reconhecimento de seus nomes sociais e identidades. Tudo isso reforça a importância de aprofundar a análise para construir respostas que atendam às necessidades desse público de forma realmente adequada e respeitosa.

No que se refere à orientação sexual, o *Levantamento nacional do SINASE – 2024* também traz informações importantes. A grande maioria dos/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas se declara heterossexual, representando 76,9% do total. Em números bem menores, aparecem outras orientações sexuais: os/as adolescentes bissexuais correspondem a 0,5%, as lésbicas a 0,2% e os gays a 0,1%. Não houve

registro de adolescentes que se identificassem como assexuais ou pansexuais nesse período.[16]

16 Brasil, 2025.

É fundamental compreender que a inclusão desses dados no *Levantamento nacional do SINASE* representa uma mudança importante, pois permite enxergar com mais nitidez as questões de gênero e sexualidade no sistema socioeducativo brasileiro. No entanto, esse movimento, apesar de significativo, é apenas um passo inicial. A simples sinalização dos números não transforma, por si só, a forma como o atendimento é realizado. É necessário um novo olhar, capaz de reconhecer a diversidade presente entre adolescentes e de promover políticas, práticas e abordagens que garantam acolhimento, respeito e direitos a todos e todas, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual.

VAMOS REFLETIR?

Esse público chega até o serviço de saúde onde você trabalha? Se sim, como você percebe as particularidades que eles/as suscitam na sua prática? Se não, você se pergunta sobre as barreiras que podem estar impedindo-os/as de chegar?

Violências e violações de direitos

Nesse sentido, é importante destacar que diferentes pesquisas acadêmicas, como as realizadas por Arruda e Krahn,[17] Mendes[18] e Oliveira,[19] além dos relatórios do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT),[20] apontam que meninas e adolescentes LGBTIA+ continuam sendo alvo de diversas formas de violência durante o cumprimento das medidas socioeducativas. Esses estudos reforçam que, apesar dos avanços em termos de visibilidade nos levantamentos oficiais, ainda persiste uma realidade marcada por

17 Arruda; Krahn, 2022.

18 Mendes, 2023.

19 Oliveira, 2024.

20 Brasil, 2022-2024.

violações de direitos e pela falta de condições adequadas de acolhimento e respeito à diversidade.

Um ponto em comum debatido quando se trata do gênero feminino está relacionado às práticas sexistas e às frequentes denúncias de violência de gênero no sistema socioeducativo. É importante destacar que a violência de gênero não se restringe apenas à agressão física, mas se refere a qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause sofrimento, constrangimento, discriminação, violação de direitos ou limitação de oportunidades. Esse tipo de violência pode se manifestar de várias formas, reforçando desigualdades históricas e colocando meninas e adolescentes em situação de maior vulnerabilidade durante o cumprimento das medidas socioeducativas.

Além disso, também são recorrentes as denúncias relacionadas ao tratamento dispensado a adolescentes LGBTIA+ no sistema socioeducativo. Entre os problemas relatados estão o não reconhecimento de suas identidades de gênero, o uso de sanções disciplinares de forma arbitrária e sem justificativa adequada, práticas de violência corretiva associadas à orientação sexual, bem como a ausência de acompanhamento hormonal para adolescentes trans que já realizavam esse tratamento sob orientação médica antes de ingressarem nas unidades de privação de liberdade. Essas situações evidenciam como a falta de preparo institucional e de políticas específicas pode resultar em violações graves de direitos, aprofundando desigualdades e gerando ainda mais sofrimento.

SESSÃO PIPOCA

Para se aprofundar no tema, o filme *Baby* (Marcelo Caetano, 2024) retrata a delicada interseção entre as vulnerabilidades de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e a expressão de sua orientação sexual. O longa-metragem demonstra como essas fragilidades fomentam a exposição à exploração.

Marcos normativos e desafios na prática

Nesse cenário, a Resolução n. 225/2021,[21] do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que estabelece diretrizes para o atendimento de meninas e adolescentes no sistema socioeducativo, surge como um marco importante. Essa normativa reconhece as especificidades de gênero no cumprimento das medidas e orienta que o atendimento deve considerar situações de maior vulnerabilidade, como casos de violência de gênero, discriminação e desigualdades históricas que atingem meninas. Além disso, a resolução reforça a necessidade de adotar práticas que garantam dignidade, respeito à diversidade e proteção integral, em consonância com o ECA. Ao trazer esse olhar específico para o gênero feminino, a resolução aponta caminhos para superar práticas sexistas e violências institucionais, fortalecendo o compromisso com um sistema socioeducativo que seja verdadeiramente atento à diversidade e pedagógico para todas e todos as/os adolescentes.

21 A Resolução CONANDA n. 255, de 24 de outubro de 2024, foi revogada pela Resolução n. 244, de 2023, conforme publicação no *Diário Oficial da União*, tornando-se sem efeito e sem validade normativa. Atualmente, a Resolução n. 233, de 30 de dezembro de 2022, permanece em vigor como legislação normativa de referência para o atendimento socioeducativo a adolescentes.

Apesar de a Resolução do Conanda reconhecer a importância de garantir o direito à visita íntima para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa que estejam em união estável,[22] esse direito continua sendo amplamente invisibilizado. Na prática, poucas unidades dispõem de espaços adequados

22 Brasil, 2022.

para a realização da visitação íntima, o que revela um descompasso entre a previsão normativa e a realidade do atendimento. Vale lembrar que a visita íntima é prevista em lei – especificamente na Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012, Capítulo VI – e representa não apenas um direito, mas também uma forma de assegurar vínculos afetivos e familiares, fundamentais para o processo de desenvolvimento e reintegração social dos/as adolescentes. A ausência desse direito, portanto, reforça desigualdades e fragiliza o princípio da proteção integral.

Ademais, a questão da gravidez no sistema socioeducativo revela uma série de contradições e negligências históricas. As/os adolescentes grávidas/os,[23] em sua maioria, já chegam às unidades em situação de vulnerabilidade social, marcadas/os por contextos de violência, abandono escolar e falta de acesso a serviços de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em vez de encontrar proteção e acolhimento, muitas vezes essas/es jovens enfrentam precariedade no acompanhamento pré-natal, ausência de políticas específicas e a falta de estrutura adequada para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto da criança.

Fazendo um recorte por gênero, teremos, entre o total de meninas cis, que 10,9% das meninas cis têm filhos, em comparação a 5,9% dos meninos cis.[24] Proporcionalmente ao número total, há uma porção muito mais significativa de meninas cis que são mães, escancarando a sobreposição dessas vulnerabilidades.

A Resolução do CONANDA[25] sobre o atendimento a meninas/os no sistema socioeducativo destaca a urgência de garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, respeitando os direitos das/os adolescentes e assegurando acompanhamento médico e psicossocial qualificado. No entanto, na prática, esse direito

23 Embora o texto utilize a expressão "adolescentes que engravidam", é importante destacar que homens trans também podem engravidar, desde que possuam útero e ovários funcionais. Apesar da escassez de estatísticas específicas, pesquisa e relatos indicam que a gravidez de homens trans é uma realidade que exige reconhecimento e acolhimento no sistema socioeducativo e nos serviços de saúde, respeitando as identidades de gênero e necessidades específicas dessa população.

24 Brasil, 2025.

25 Brasil, 2022.

continua sendo fragilizado pela ausência de políticas consistentes e pela resistência institucional em reconhecer a especificidade das/os meninas/os e jovens mães no contexto socioeducativo.

Potências e caminhos possíveis

Pensar a socioeducação a partir de uma perspectiva de futuro exige deslocar o olhar do paradigma punitivo para a afirmação da vida. Isso significa compreender que a proteção integral não é apenas um dispositivo jurídico, mas um projeto político que se materializa quando Estado e sociedade reconhecem a centralidade da juventude negra e periférica na construção da democracia.

A participação social, nesse sentido, não pode ser entendida como um adendo consultivo, mas como método de formulação de políticas públicas. Movimentos de familiares, coletivos de profissionais – como os/as trabalhadores/as da APS – e organizações da sociedade civil trazem não só a denúncia das violações, mas também repertórios de cuidado e de invenção de novas práticas.

Outro eixo indispensável é a interseccionalidade como prática concreta. Isso significa construir políticas que enfrentem de forma articulada os marcadores de raça, gênero, classe e território, reconhecendo que os/as adolescentes não vivem experiências homogêneas. Frente a toda a violência da LGBTfobia, Silva[26] aponta a "potência de vida" de viver autenticamente como uma pessoa LGBTIA+ como um fator de proteção, que possibilita a assunção e apreciação de suas diferenças. Tal abordagem permite que a socioeducação dialogue com a singularidade de cada trajetória, evitando respostas padronizadas que invisibilizam desigualdades.

26 Silva, 2019.

Em vez de reduzir adolescentes à condição de ameaça, é preciso reivindicar a socioeducação como espaço de criação e de reparação – de trajetórias, de vínculos e de políticas públicas. Mais do que assegurar o que já está previsto em lei, trata-se de afirmar a dignidade como horizonte, deslocando a socioeducação do campo da punição para o da justiça social. Para alcançar esse futuro, a saúde, especialmente a APS, ocupa um lugar privilegiado nas construções necessárias. A "potência de vida"[27] pulsa no trabalho territorializado do SUS. É encontrada na essência de cada usuário/a com que cada profissional se encontra e pode ser nutrida quando nos comprometemos com a diversidade de formas que pode assumir.

27 Silva, 2019.

O desafio permanece enorme, mas a história mostra que avanços nunca vieram sem mobilização. Entre rupturas e resistências, é a força coletiva que abre brechas para transformar o presente e afirmar futuros em que a socioeducação seja, de fato, sinônimo de justiça social.

Referências bibliográficas

ALIANÇA NACIONAL LGBTI+. **Pesquisa nacional sobre o bullying no ambiente educacional brasileiro**. Curitiba: IBDSEX, 2025. Disponível em: https://aliancalgbti.org.br/wp-content/uploads/2025/04/Relatorio_Pesquisa-Nacional-sobre-o-Bullying_Alianca-LGBTI-1.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicol. Clín.**, [*s. l.*] v. 17, n. 2, p. 41-52, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-56652005000200004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pc/a/BVXTfbqbzJJYh7pwSkjdzpN/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

ARRUDA, Jalusa Silva de; KRAHN, Natasha Maria Wangen. As meninas e a execução das medidas socioeducativas: revisão da literatura e perspectivas de investigação. **Revista Feminismos**, [*s. l.*], v. 10, n. 23, 2022. DOI: https://doi.org/10.9771/rf.v10i2%20e%203.44199. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44199. Acesso em: 19 nov. 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, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescentes autores de ato infracional. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Capítulo VI. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n. 225, de 27 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre diretrizes para o atendimento socioeducativo às adolescentes privadas de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2022. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/8839. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n. 233, de 30 de dezembro de 2022**. Estabelece diretrizes e parâmetros de atendimento socioeducativo às adolescentes privadas de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023a. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/8045. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento nacional do SINASE – 2023**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/Levantamento_SINASE_2023.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatórios anuais de inspeção em unidades socioeducativas**. Brasília: MNPCT, 2022-2024.

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: 30 set. 2025.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. Gênero, sexualidade, corpo e reprodução: reflexões a partir do feminismo decolonial. *In*: FERRÃO, D.; DE CARVALHO, L. H.; COACCI, T. (Orgs.). **Psicologia, gênero e diversidade sexual**: saberes em diálogo. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2019. p. 108-136. Disponível em: https://crp04.org.br/crp-mg-lanca-o-livro-psicologia-genero-e-diversidade-sexual-saberes-em-dialogo/. Acesso em: 30 set. 2025.

GROSSI, Miriam Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, n. 26, p. 29-46, 1998.

MENDES, Paola Bettamio. **"Tempo perdido"**: uma etnografia documental sobre a execução da medida socioeducativa de internação para meninas no estado do Rio de Janeiro. 2023. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

OLIVEIRA, Mariana Nicolau. Meninas privadas de liberdade: reflexões sobre gênero, socioeducação e violência. **Serviço Social em Debate**, [*s. l.*], v. 6, n. 2, 2024. DOI: https://doi.org/10.36704/ssd.v6i2.7551. Disponível em: https://revista.uemg.br/serv-soc-debate/article/view/7551. Acesso em: 19 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e sexualidade de adolescentes**: Construindo equidade no SUS. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

SILVA, Samuel. LGBTfobia: recortes subjetivos. *In*: FERRÃO, D.; DE CARVALHO, L. H.; COACCI, T. (Orgs.). **Psicologia, gênero e diversidade sexual**: saberes em diálogo. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2019. p. 242-258. Disponível em: https://crp04.org.br/crp-mg-lanca-o-livro-psicologia-genero-e-diversidade-sexual-saberes-em-dialogo/. Acesso em: 30 set. 2025.

SILVEIRA, Juliana Cristina Pereira *et al*. Barreiras e estratégias facilitadoras no acesso e acolhimento em saúde de crianças e adolescentes transgênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 78 (Supl. 2), 2025.

TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus**, [*s. l.*], v. 1, n. 5, p. 41-55, 2016. DOI: https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17175. Acesso em: 30 set. 2025.

Adolescências e tráfico de drogas: a invisibilidade de uma das piores formas de exploração do trabalho infantil[1]

Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Rosana Xavier Menezes de Oliveira
Vinício Araújo Martins
Thaisi Moreira Bauer

1 Esta pesquisa conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) sob código APQ-00762-22: Janela da Escuta e a adolescência: a tessitura de uma rede de cuidado no Estado de Minas Gerais – adolescentes e redes de saúde na perspectiva dos jovens.

A adolescência e o tráfico

A presença de crianças e adolescentes no tráfico de drogas, frequentemente enquadrada sob o prisma da criminalidade e da segurança pública, precisa ser compreendida em uma perspectiva mais ampla, que a situe como uma das expressões mais perversas do trabalho infantil no Brasil contemporâneo. Não se trata apenas de uma questão de tarefas desempenhadas, mas de uma grave violação de direitos com consequências profundas que moldam trajetórias de vida. A Organização Internacional do Trabalho (OIT)[2] reconhece isso com clareza: em 1999, a Convenção n. 182 incluiu o tráfico de drogas entre as "piores formas de trabalho infantil", ao lado da exploração sexual, da escravidão e do recrutamento forçado em conflitos armados. O Brasil, ao ratificar essa convenção em 2000, comprometeu-se a eliminá-lo, consolidando marcos internos como o Decreto n. 6.481/2008,[3] que institui a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP) e inclui explicitamente o tráfico nela.

2 Organização Internacional do Trabalho, 1999.

3 Brasil, 2008.

Esse reconhecimento normativo desloca o debate do campo criminal para o dos direitos humanos e da proteção integral. Não se trata de "desculpar condutas", mas de compreender que a inserção de adolescentes no tráfico é resultado de processos estruturais de exclusão, e não de escolhas individuais livres. Ao caracterizar o tráfico como trabalho infantil, a legislação internacional e nacional aponta para a necessidade de políticas preventivas e protetivas que transcendam respostas punitivas.

A vinculação entre infância, desigualdade e exploração não é nova. Historicamente, o trabalho infantil no Brasil esteve associado à racialização da pobreza. No período colonial, crianças escravizadas eram usadas em atividades produtivas e domésticas, naturalizando sua exploração. Mesmo após a Abolição, essa exclusão persistiu: ao longo do século 20, enquanto os direitos trabalhistas eram estendidos aos adultos, crianças pobres – sobretudo negras – seguiam complementando a renda familiar em atividades agrícolas, no trabalho doméstico e em ocupações urbanas precárias. O acesso desigual à escola reforçava a ideia de que o trabalho precoce era destino dos pobres, em contraste com a educação, vista como privilégio das classes favorecidas.

A Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 representaram uma ruptura ao adotar a doutrina da proteção integral, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1989. Ainda assim, a distância entre lei e realidade persiste, sobretudo em territórios periféricos onde o tráfico se manifesta como forma contemporânea de trabalho infantil. Ao contrário de ocupações tradicionais, ele combina precariedade extrema e altíssimo risco, envolvendo jovens em dinâmicas de violência armada, disputas territoriais e relações hierárquicas de exploração. O recrutamento precoce é impulsionado por pobreza, racismo, ausência de políticas públicas, falhas educacionais e pela presença cotidiana do crime organizado como referência de poder e status.

Os números recentes ajudam a dimensionar esse cenário. Em 2024, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), publicada em 2025, registrou um aumento de 34 mil crianças em

situação de trabalho infantil em relação ao ano anterior. Atualmente, o Brasil conta com mais de 1,650 milhão crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos nessa condição, com maior incidência nas regiões Sul e Nordeste. A sobreposição de desigualdades raciais, sociais e territoriais revela que o trabalho infantil é parte de um padrão histórico de exclusão que recai principalmente sobre a juventude negra e periférica. Quando cruzados com dados de violência, esses números tornam-se ainda mais alarmantes. Relatórios do UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund – Tradução: Fundo das Nações Unidas para a Infância) junto ao Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)[4] mostram que 83,6% das vítimas de mortes violentas entre 15 e 19 anos são negras; já o Atlas da violência[5] indica que meninos negros têm taxa de homicídio 21 vezes maior que a de meninas brancas. Esses dados evidenciam a face letal de uma sociedade que naturaliza a morte precoce da juventude negra, muitas vezes relacionada à inserção forçada em economias ilícitas.

Do ponto de vista normativo, o Brasil possui um arcabouço robusto. A Constituição de 1988 proíbe o trabalho antes dos 16 anos, salvo como aprendiz a partir dos 14. O ECA reforça essa proteção, enquanto o Decreto n. 6.481/2008 reconhece o tráfico de drogas não apenas como ato infracional, mas como exploração laboral grave. No entanto, a prática demonstra que essas garantias têm alcance limitado, sobretudo em territórios onde o tráfico aparece como alternativa de sobrevivência ou pertencimento social. Ali, crianças e adolescentes são aliciados para funções de baixo escalão – como "olheiros" ou transportadores de pequenas quantidades –, em jornadas precárias e de altíssimo risco. O ingresso precoce, muitas vezes antes dos 14 anos, é justificado pela renda rápida que pode contribuir para o

4 UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

5 Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2023.

sustento familiar, mas, na realidade, reflete ausência de oportunidades, precariedade educacional, fragilidade comunitária e desigualdades raciais e de classe.

Nesse cenário, os dois atos infracionais mais atribuídos a adolescentes no Brasil são o roubo (31,7%) e o tráfico de drogas (27%), apresentados na Figura 1 abaixo, ambos diretamente associados à busca por renda, seja pela necessidade imediata de sobrevivência, seja pela falta de alternativas dignas de inserção social e econômica.

Figura 1 – Atos infracionais atribuídos aos/às adolescentes em restrição e privação de liberdade no ano de 2024 no Brasil

Ato infracional	Internação	Internação provisória	Internação-sanção	Semiliberdade	Total	%
Roubo	3.067	744	66	458	4.335	31,7%
Tráfico de drogas	2.400	833	130	328	3.691	27,0%

Fonte: Brasil, 2025, p. 61

O problema não pode ser reduzido à ideia de "ganho fácil" ou a uma escolha individual. Trata-se de um contexto de poucas alternativas, em que a inserção no tráfico aparece como uma das únicas possibilidades. A violência que envolve esse cotidiano – confrontos armados, disputas de facções, operações policiais letais – transforma o trabalho em risco iminente de morte. A naturalização dessa letalidade reforça o ciclo de exclusão, ainda mais quando esses/as adolescentes são criminalizados/as e tratados/as apenas como infratores/as, sem reconhecimento da exploração que sofrem.

E você, como vê os/as adolescentes e suas relações com o tráfico de drogas? Já tinha pensado neles/as como vítimas de exploração do trabalho infantil?

A dificuldade em reconhecer o tráfico como trabalho infantil decorre também de uma percepção social seletiva: enquanto ocupações como agricultura familiar ou comércio de rua são naturalizadas, o tráfico é imediatamente associado ao crime. Contudo, tanto a Convenção n. 182 da OIT quanto a Lista TIP brasileira são claras ao classificá-lo como uma das formas mais graves de trabalho infantil, dado o grau de exploração econômica, a exposição à violência e a violação de direitos fundamentais. Seus efeitos sobre a saúde física e mental são devastadores: privação de sono, estresse crônico, transtornos como depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), além do uso problemático de substâncias. O impacto se estende à escolarização, frequentemente interrompida, restringindo as possibilidades futuras de profissionalização e os estudos, bem como perpetuando o ciclo de exclusão. No sistema socioeducativo, esse paradoxo se aprofunda: em vez de proteção, adolescentes envolvidos/as com tráfico encontram medidas punitivas marcadas por violações de direitos – tortura, superlotação, ausência de atendimento em saúde e educação – que distanciam a socioeducação de sua função pedagógica prevista no ECA.

Diante disso, torna-se urgente um novo paradigma. O enfrentamento do tráfico como forma de trabalho infantil exige políticas de proteção integral e saúde pública. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), em consonância com a Atenção Primária à Saúde (APS), tem papel estratégico ao propor uma abordagem ampliada: reconhecer normativamente o tráfico como trabalho infantil; oferecer atenção integral em saúde, especialmente em saúde mental e prevenção ao uso abusivo de substâncias; articular intersetorialmente educação, assistência social, cultura

e esporte para afastar a socioeducação da lógica punitiva; e atuar de forma preventiva em territórios vulneráveis, reduzindo a exposição ao aliciamento. Para que isso se concretize, é indispensável garantir investimentos, equipes qualificadas e uma compreensão de que saúde e proteção de direitos são inseparáveis. Sem esses elementos, o enfrentamento permanecerá fragmentado e insuficiente, perpetuando o ciclo de exploração e violência que marca a trajetória de milhares de adolescentes no Brasil.

É por isso, ao perceber que estamos tratando de fatores que vão muito além do ato infracional isoladamente, que é preciso entender os impactos que estão direta ou indiretamente ligados à exposição ao tráfico de drogas na vida desses/as adolescentes. Em adição aos efeitos mais imediatos, como a exposição ao uso de substâncias, estamos falando, também, de adolescentes com demandas de saúde muito importantes e para as quais devemos nos atentar ao atendê-los/as.

De acordo com dados mais recentes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE),[6] as demandas de saúde mais atendidas desse público são, principalmente, consulta odontológica (15,8%), crescimento e desenvolvimento (10,4%), problemas de visão (11%), vacinação (13,3%) e álcool e outras drogas (14,6%). É impossível negar: as questões de saúde desses/as adolescentes são diversas e atestam o fato de que há muito mais do que um cumprimento de medida socioeducativa para se preocupar. Estamos falando, aqui, de sujeitos com importantes impasses e demandas, as quais devemos estar preparados/as para ouvir.

6 Brasil, 2025.

Recentemente, na pesquisa Diagnóstico das Infâncias e Adolescências do Município de Belo Horizonte, realizada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte (CMDCA) em parceria com a Universidade Federal de Minas

Gerais (UFMG), um dos adolescentes entrevistados respondeu que o que ele queria da Saúde era “menos desrespeito”.[7] Notamos, aqui, um tom de denúncia. Um direito que deveria estar sendo assegurado desde o princípio da vida desses sujeitos está circunscrito a um fator que ele considera como primário em sua fala: já é de praxe que vai haver desrespeito com os adolescentes no atendimento em saúde, então o que resta é querer que ele seja menor. Esse cenário expõe a contradição entre lei e realidade, especialmente quando levamos em consideração o cenário brasileiro, com uma robustez legal tão grande quanto a nossa.

7 Grillo; Nobre; Prates, 2024, p. 24.

Em consideração a isso, em um contexto repleto de violações de direitos, em que os espaços de proteção se tornam, na verdade, negligentes, a vulnerabilidade social aumenta exponencialmente e isso recai, também, sobre os corpos adolescentes. Estamos falando aqui de 21,2% de adolescentes que tiveram medicação psicotrópica prescrita após o ingresso na medida socioeducativa.[8] Sim, a relação entre o adoecimento psíquico e a desigualdade social é inegável.

8 Brasil, 2025.

Podemos tomar como exemplo um dos adolescentes-pesquisadores da pesquisa Janela da Escuta e a Adolescência: A Tessitura de uma Rede de Cuidado no Estado de Minas Gerais – Adolescentes e Redes de Saúde na Perspectiva dos Jovens. Ele chegou ao ambulatório de Saúde do Adolescente com uma demanda bastante específica: não dormia bem – é importante ressaltar que à época ele cumpria uma medida socioeducativa de internação em Belo Horizonte. Este adolescente, vindo do interior, afastado de seu núcleo familiar e de suas referências comunitárias, estava há meses nessa unidade e não tinha perspectiva de voltar tão cedo ao seu território, pois sofria uma grave ameaça. Na primeira entrevista da pesquisa, falou de como havia chegado até ali:

> [...] desde os nove anos de idade, acompanhava seu pai em serviços gerais e sempre o via comprando retalhos de carne no açougue para alimentar sua família. Quando finalmente percebeu a truculência com a qual as consequências da desigualdade refletiam até mesmo na alimentação precária de sua família, resolveu procurar um trabalho que lhe oferecesse maiores retornos financeiros. E assim, começou a entregar marmitas e demais pacotes a membros do tráfico de sua região. Conquistou, com isso, um respeito de seus pares e teve uma ascensão rápida de cargo, passando a controlar, então, um ponto de tráfico.[9]

9 Diniz, 2025.

Percebemos, assim, como estão entrelaçadas a vida, a fome, a desigualdade social, o adoecimento e a morte desse adolescente que, inclusive, foi brutalmente assassinado em um acerto de contas quando voltou para seu território de origem.

É preciso escutar a vida que pulsa rodeada por morte. Nesse caso, é indubitável aferir a escolha pelo contexto de exposição à violência e à letalidade iminente em troca, por exemplo, de uma vida sem fome. A lógica que se impõe é esta: viver pouco, mas sabendo que você e seus familiares terão uma alimentação digna, em vez de viver muito e precariamente, por exemplo.

Temos aqui uma importante percepção. No campo da adolescência em contexto de ato infracional ou de cumprimento de medidas socioeducativas, existe uma adolescência abolida.[10] E no que isso consiste?

10 Couto; Greco; Cunha, 2017.

Estamos falando aqui de casos em que parece não haver "tempo para adolescer".[11]

11 Couto; Greco; Cunha, 2017, p. 135.

> [...] passou-se da infância à vida adulta por imposição do tempo. A proximidade da morte, como mostra a estatística e a realidade desses jovens, parece, mais uma vez, ter influência aqui. É como se houvesse, no

> jovem, uma espécie de antecipação da vida adulta, sem tempo para uma transição mais delicada, com soluções "extraídas de uma realidade violenta".[12]

12 Couto; Greco; Cunha, 2017, p. 135.

E o que fazer diante de uma precariedade da vida que aponta tanto para o adoecimento desses corpos quanto para a morte?

Temos aqui um desafio, mas decerto, também, possibilidades. Enquanto trabalhadores da saúde, diante de uma série de impasses que se colocam a partir da trajetória de negligências das políticas públicas nas vidas desses/as adolescentes, nos cabe, primeiramente, escutar. Sim, uma simples, mas difícil tarefa se apresenta diante do trabalho com a saúde dos/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Escutar implica, nesse caso, se colocar como alguém a quem esse/a adolescente pode direcionar suas demandas (que, como visto anteriormente, vão muito além de uma relação direta com o tráfico de drogas).

Marcos,[13] um adolescente atendido pela PNAISARI em Belo Horizonte, com longa trajetória no cumprimento de medidas socioeducativas, sinaliza, no seu atendimento, uma imensa vontade de fazer uma "limpeza nos dentes", porque certa vez disseram a ele que ele tinha um sorriso bonito.

13 Nome fictício.

É assim, com uma escuta atenta, que foi possível realizar a inserção e a vinculação desse adolescente à Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir do encontro com a profissional que identificou em sua fala uma demanda que seria, também, de saúde. Após o atendimento com a equipe de odontologia, o adolescente pôde sentir-se confortável para dizer, da mesma maneira, de seu "vício em cigarro" e dos seus quadros de ansiedade, que datavam da primeira infância, mas nunca haviam sido tratados. Depois dos devidos cuidados à saúde integral desse adolescente, ele diz à

profissional da PNAISARI “muito obrigado por acreditar em mim”, quando ele trouxe questões de vida a ela no atendimento, muito além daquelas que se relacionavam ao ato infracional e, também, à morte.

O Manual para incidência da temática do tráfico de drogas como uma das piores formas de trabalho infantil – Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Como iniciativa para tentar qualificar a porta de entrada do sistema socioeducativo, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou, em 2021, o Manual para incidência da temática do tráfico de drogas como uma das piores formas de trabalho infantil. O documento tem como visão a perspectiva de que adolescentes a quem se atribua a autoria do ato infracional análogo ao tráfico de drogas devem ser tratados/as fundamentalmente através da ótica protetiva.[14]

O ano de sua publicação foi tomado pela ONU como o Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil e como marco para a meta 8.7 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS),[15] que prevê erradicar até 2025 trabalhos análogos à escravidão. Como já indicado nesse texto, essa forma de exploração ainda permanece incidindo na vida de muitas crianças e adolescentes no país, com destaque para jovens negros.

Apesar de a exploração do trabalho infantil no tráfico de drogas marcantemente provocar danos na vida das crianças e dos/as adolescentes explorados/as, uma vez que traz severos danos à permanência escolar e contribui para gerar um ciclo vicioso de vulnerabilidades, a perspectiva legal ainda é a de punição em analogia ao que prevê a Lei Antidrogas.[16]

Diante disso, podemos afirmar que é flagrante a dissonância em relação à já citada convenção n. 182

14 Conselho Nacional de Justiça, 2021.

15 Organização das Nações Unidas, 2025.

16 Brasil, 2006.

da OIT, que indica que seus Estados signatários – como é o caso do Brasil – devem "aplicar medidas de proteção às pessoas com idade abaixo de 18 anos vítimas dessas violações, sobretudo para não criminalizar suas trajetórias de vida".[17]

17 Conselho Nacional de Justiça, 2021, p. 12.

Assim, o que o manual indica e o que a reflexão acerca das condições de exploração e exposição de riscos reiteram é a maior adequação da aplicação de medidas de proteção, que também se encontram previstas nas legislações sobre infância e adolescência no Brasil, principalmente o ECA em seus artigos 101 (medidas cabíveis às crianças e adolescentes) e 129 (medidas aplicáveis aos pais e responsáveis). Sobre essas medidas, é preciso salientar que elas demarcam o rompimento de modelos anteriores relacionados às infâncias e adolescências em direção ao modelo atualmente vigente, a Doutrina da Proteção Integral.

Para os casos em que, ainda que diante de uma situação de exploração de trabalho infantil, se considere necessária a aplicação de uma medida socioeducativa, o manual indica que preferencialmente sejam aplicadas aquelas que não privam a liberdade, ou seja, as medidas socioeducativas em meio aberto. No entanto, mesmo com a existência das orientações, das normativas legais e do próprio manual, cabe ao magistrado a tomada de decisão.

Como efeito da possibilidade interpretativa dos juízes em suas decisões, temos uma situação de insegurança sobre qual entendimento prevalece na prática: o da penalização ou o da proteção. O quadro de complexidade fica evidente por meio de um levantamento intitulado Percepção da Justiça da Infância e da Adolescência sobre o Trabalho Infantil no Tráfico de Drogas, realizado no ano de 2018 pelas instituições: Fórum Nacional de Prevenção ao Trabalho Infantil (FNPETI), OIT e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), indicando que

> 93% dos(as) juízes(as) entrevistados(as) não enxergavam uma relação direta e formal do tráfico como uma forma de exploração de adolescentes em sua pior forma de trabalho, motivo pelo qual não realizavam o devido encaminhamento do(a) adolescente aos programas de proteção social e profissionalização.[18]

18 Ramos, 2018 *apud* Conselho Nacional de Justiça, 2021, p. 12.

Esse dado aponta o tamanho da questão em jogo, bem como a magnitude do desafio de fazer girar a chave hoje voltada a estratégias repressivas e punitivistas para construções protetivas.

Soma-se à complexidade dessa situação o fato de que os critérios que caracterizam quem se enquadra enquanto usuário ou traficante no Brasil não se encontram respaldados em elementos objetivos e, na prática, resultam da avaliação das forças de segurança na realização de operações policiais, posteriormente validadas ou não pelo sistema de justiça, também por meio de critérios não objetivos.

Uma importante reflexão trazida pelo manual do CNJ, já aqui referenciado, é o fato de que as ações de repressão realizadas pelas forças policiais se concentram nos nomeados pequenos varejistas, ou seja, aqueles sujeitos com pouca incidência sobre o tráfico enquanto organização criminosa. Esses, os mais expostos à violência e ao encarceramento, são também os mais facilmente substituíveis, sem gerar grandes efeitos nas estruturas do tráfico.

Outro elemento importante sobre a maneira como operam as forças de segurança é que a repressão pautada sobre os pequenos varejistas – facilmente substituíveis – representa em caráter objetivo um quadro de seletividade de público sobre o qual incide a ação repressiva, com predomínio de jovens negros, em uma materialização dos efeitos do racismo estrutural, tema aprofundado no primeiro capítulo deste Volume.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2025, 79% das pessoas mortas no Brasil por intervenções policiais, sobretudo justificadas pelo combate às drogas e ao crime, eram negras – das quais 91,1% eram homens e 48,5% tinham até 29 anos.[19]

19 Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025, p. 36.

Em seu material, o CNJ aponta ainda que o número de adolescentes privados/as de liberdade em função de como se dá a política sobre drogas no Brasil tem crescido, mesmo com o reconhecimento do envolvimento de adolescentes com o varejo no mercado de substâncias ilícitas enquanto uma séria exploração.

Tal contexto desconsidera, como já abordado aqui, toda a lógica de vulnerabilidade que habitualmente cerca esse envolvimento, como: pobreza; falta de políticas públicas robustas e capilarizadas nos territórios; e falta de formação educacional e profissional que abra caminhos a escolhas mais diversificadas.

> [...] os adolescentes relatam receber de um a três salários-mínimos por mês, em atividades que demandam uma jornada de 12 horas diárias, ao menos seis dias por semana. A pesquisa estima que cada hora trabalhada no comércio varejista de drogas rende entre R$ 3,20 e R$ 9,60, a depender do cargo. Independente se o trabalho no varejo de drogas busca ajudar a pagar as contas da casa da família, a "bancar um vício", ou simplesmente a garantir um nível mínimo de consumo comum a jovens dessa idade provenientes de outras classes sociais, o fato é que a remuneração média nesse mercado não é exorbitante, mas ainda assim é mais alta do que aquela das funções legais disponíveis para esse público – funções em geral informais, perigosas e que não permitem a construção de uma carreira profissional de longo prazo.[20]

20 Napolião, Menezes, Lyra, 2020 *apud* Conselho Nacional de Justiça, 2021, p. 67.

Assim, podemos desconsiderar a imagem construída sobre um envolvimento que vem acompanhado de grandes ganhos financeiros e acesso a altas hierarquias de poder. Essa comum associação leva a uma dificuldade de compreensão dos aspectos de desproteção e exploração que trazemos aqui, assim como contribuem para a construção de um olhar criminalizador sobre todo o tema.

É preciso desassociar, principalmente nas políticas públicas, a ideia de envolvimento com o comércio ilegal de substâncias ilícitas da lógica punitivista, para podermos caminhar em direção a estratégias de cuidado, alinhadas com as discussões mais avançadas sobre o tema e esvaziando a expectativa de que medidas socioeducativas que restrinjam a liberdade de sujeitos ainda em desenvolvimento sejam a aposta a ser realizada. Aqui devemos considerar, inclusive, a situação das unidades de internação que, em grande parte, não possuem as características previstas para a realização de um trabalho socioeducativo e, ao contrário disso, se inserem em contextos de um tratamento degradante às adolescências.

Fazer incidir essa discussão é enfrentar um quadro de elevado quantitativo de adolescentes em restrição e privação de liberdade no Brasil pela prática, em tese, de ato análogo ao tráfico de drogas.[21] Dados como esse "permitem inferir que tanto o art. 122 do ECA[22], quanto a Súmula n. 492 do Superior Tribunal de Justiça (STJ)[23], têm sido pouco considerados nas tomadas de decisão relativas a adolescentes envolvidos(as) no mercado de drogas ilícitas".[24]

Aos componentes do sistema de justiça juvenil cabe a obrigação de fazer valer os preceitos de proteção, inclusive por meio da influência que podem realizar sobre as políticas públicas. A essas, cabe um reposicionamento urgente quanto às perspectivas punitivistas

21 Brasil, 2025, p. 61.

22 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 27 dez. 2025.

23 Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/jurisprudencia/tematica/download/SU/Sumulas/SumulasSTJ.pdf. Acesso em: 27 dez. 2025.

24 Lanfredi *et al.*, 2021, p. 78.

e de criminalização das adolescências, fazendo valer as prioridades protetivas das ações.

Às políticas públicas cabe o olhar atento a essa séria questão posta e suas consequências nas vidas de crianças e adolescentes, apresentando postura proativa e propositiva na construção de estratégias que reconheçam a vulnerabilização como sinalização para o direcionamento de ofertas.

Crianças e adolescentes explorados/as no trabalho infantil e, por conseguinte, aqui incluídos/as os/as explorados/as no trabalho infantil análogo ao tráfico de drogas, devem ser público prioritário em programas, projetos e serviços, tais como os previstos nas Ações Estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (AEPETI)[25] e nas ofertas acessíveis por meio do Cadastro Único (CadÚnico), principalmente o Bloco 10.[26]

Outros atores também passíveis de serem envolvidos nas ações são os Conselhos Tutelares, presentes em todos os municípios do país, e o Ministério Público do Trabalho. É por meio da constituição de uma rede que se pode almejar uma diferente compreensão sobre a questão e a construção de estratégias menos danosas.

25 Brasil, 2019.

26 "O Bloco 10 do CADÚnico identifica a ocorrência de trabalho infantil, ou seja, trabalho exercido por pessoas com idade inferior a 16 (dezesseis) anos, salvo aquelas entre 14 (catorze) e 16 (dezesseis) anos que trabalham na condição de aprendiz. Nesse sentido, é importante garantir a marcação do campo "Trabalho Infantil" no cadastro das famílias que vivenciem as situações de trabalho infantil no mercado de drogas ilícitas, para que esses(as) adolescentes sejam encaminhados(as) para serviços socioassistenciais e programas sociais." Conselho Nacional de Justiça, 2021, p. 86.

Referências sobre trabalho infantil: obras, estudos e análises

Para finalizar este capítulo, consideramos importante trazer algumas referências que ajudam a contextualizar a temática do trabalho infantil. Reunir obras, estudos e análises sobre esse tema é essencial para compreender sua complexidade, seus impactos e os caminhos possíveis para enfrentar essa violação. A seguir, apresentamos uma lista de leituras que podem ampliar esse debate.

LIVROS

Carvoeirinhos (Autor: Roger Mello): Ganhador do Prêmio Hans Christian Andersen, a maior honraria da literatura infantil, Carvoeirinhos narra simultaneamente a saga de um marimbondo para proteger seu ovo e a de um menino sem proteção trabalhando em uma mina de carvão. Com ilustrações nas cítricas cores do fogo e da fuligem, feitas com recortes e pedaços de plástico pintado, o livro apresenta dois personagens que se esbarram, se confrontam e, no contato de picadas e asas, sintetizam uma das muitas infâncias brasileiras persistentes: a do trabalho infantil em suas piores formas.

Oliver Twist (Autor: Charles Dickens): Longe de retratar a Revolução Industrial inglesa como símbolo de progresso e desenvolvimento, o romance de Charles Dickens revela as mãos minúsculas, os estômagos vazios e os sapatos furados dos pequenos responsáveis pelo trabalho em fábricas de carvão e tecelagem. Oliver Twist, o protagonista órfão, é sujeitado a uma série das piores formas de trabalho infantil, na indústria e em outros ambientes, além de participar de furtos. A obra mostra a ineficácia da sociedade em garantir um sistema de proteção para crianças em situação de pobreza.

Infância roubada (Autora: Telma Guimarães): Eli e Edi são crianças que vivem uma dura realidade: passam os dias colhendo laranjas para ajudar no sustento da família. Mas têm um sonho: voltar a estudar. Em Infância roubada, Telma Guimarães e Júlio Emílio Braz tratam com sensibilidade e força narrativa o tema do trabalho infantil e a importância do direito à educação.

Trash (Autor: Andy Mulligan): Ambientado em um lixão, o romance conta a história de Raphael, adolescente que

vive e trabalha nele. Sempre buscando encontrar algo além de barro, sucata e sujeira, o menino acha uma maleta com dinheiro e uma chave dourada. Começa então uma frenética aventura empreendida por ele e dois amigos para entender o que essa simbólica chave abre. O design do livro é feito com vários pedaços de lixo sobrepostos, e à medida que a história decorre e se complica, a tonalidade do livro também escurece.

MÚSICA

Sementes (Artistas: Emicida & Drik Barbosa): Uma reflexão musical sobre as sementes do futuro e os desafios enfrentados pelas crianças brasileiras.

FILMES E DOCUMENTÁRIOS

Carreto (Curta-metragem), dirigido por Claudio Marques e Marília Hughes (2009): O curta-metragem apresenta a história de Tinho, menino que trabalha recolhendo mariscos e caju no Nordeste do país. Ele, que é uma das vítimas do trabalho infantil, acaba se tornando grande amigo da menina Stephanie. A despeito da narrativa leve e sensível, a exploração infantil aparece, alertando os espectadores sobre as piores formas de trabalho infantil.

Trabalho infantil: ontem e hoje (Documentário), produzido pela Secretaria de Comunicação Social, com reportagem e produção da jornalista Léa Paula Coury e dos produtores Filipi WencesIlau e Nelson Antônio: O documentário narra a experiência daqueles que foram vítimas do trabalho infantil, dos que ainda são e dos que lutam pelo fim deste tipo de atividade. O principal foco está em chamar a atenção para medidas preventivas que colaborem, de fato, para a redução do trabalho precoce no Brasil.

Enquanto a liberdade não canta (Documentário), dirigido por Gabriela Moncau e Joana Moncau (2015): O documentário traz à tona a questão da redução da maioridade penal e a realidade do sistema carcerário do país. São apresentados depoimentos, opiniões e histórias de jovens e suas famílias.

O menino que não queria nascer (Curta-metragem), dirigido por Estela Renner (2022): O curta-metragem conta, por meio da história do garoto Pedro (personagem principal), os detalhes da trajetória dos direitos da infância e da adolescência no país até a aprovação do Artigo 227 da Constituição Federal, que resultou na criação do ECA.

Não é brinquedo (Documentário), produzido pela Assessoria de Comunicação Social do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) de Santa Catarina, dirigido por Daniele Rodrigues (2014): Este documentário acompanha a dura realidade de crianças e adolescentes que, por uma série de razões, acabam inseridos no mercado de trabalho pela forma mais severa: a informalidade. De acordo com o Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 160 mil jovens de 10 a 17 anos trabalhavam no Estado.[27]

27 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023.

VAMOS REFLETIR?

Com relatos de especialistas, o documentário também levanta outra discussão: o trabalho na agricultura familiar, que responde por metade dos casos na faixa etária dos 10 aos 13 anos, educa ou atrasa a formação escolar? Sejam quais forem suas conclusões, uma é incontestável: trabalho infantil não é brinquedo.

TRABALHOS ACADÊMICOS

Racismo institucional, trabalho infantil no narcotráfico e a magistratura sul-rio-grandense: branquitude brasileira em silêncio (Tipo: Dissertação de Mestrado, autora: Karla Aveline de Oliveira): Estudo que investiga as intersecções entre o racismo institucional, o trabalho infantil no narcotráfico e o sistema judiciário do Rio Grande do Sul, analisando o papel da branquitude brasileira nessa dinâmica.

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. 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: 16 set. 2025.

BRASIL. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Decreto n. 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil, prevista na Convenção n. 182 da Organização Internacional do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: Ações Estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – AEPETI. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/acao-estrategica-do-programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil. Acesso em: 16 set. 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_levantamento-2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 3 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Manual para incidência da temática do tráfico de drogas como uma das piores formas de trabalho infantil. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (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.

COUTO, Luís Fernando Duarte; GRECO, Musso Garcia; CUNHA, Cristiane de Freitas. Adolescência e violência. In: COUTO, L. F. D.; GRECO, M. G.; CUNHA, C. de F. Juventude e cidade, a potência do um e do comum. Belo Horizonte: Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, 2017.

DINIZ, Isabella. O bordado da inicial. In: Clínica do excesso, clínica da borda, Belo Horizonte, no prelo.

DIREITOS de crianças e adolescentes. Portal Rede Infância e Adolescência, [s. l., 202-?]. Disponível em: https://redeinfanciaeadolescenciaieat.org/#/home. Acesso em: 27 dez. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP, 2025. Disponível em https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha; NOBRE, Márcio Rimet; PRATES, Patrícia Spyer (orgs.). Direitos de crianças e adolescentes: diagnóstico do município de Belo Horizonte – Escuta dos Adolescentes. Belo Horizonte: IEAT/UFMG, 2024. E-book. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/assistencia-social-e-direitos-humanos/escuta-dos-adolescentes.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas da violência 2023: enfrentamento à violência contra a juventude negra no Brasil. Brasília: IPEA, 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Grupo Técnico "Prevenção do Envolvimento de Crianças e Adolescentes no Tráfico de Drogas": documento base. São Paulo: Ministério Público do Trabalho, 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Brasília: Nações Unidas Brasil, 2025. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 8 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção n. 182: Piores formas de trabalho infantil. Brasília, DF: Senado Federal, 1999. Ratificada pelo Brasil em 2000. Disponível em: https://www.trt2.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT_182.html. Acesso em: 10 set. 2025.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). Súmula 492: Direito da Criança e do Adolescente – Medida Socioeducativa. Brasília: STJ, 2012. Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/jurisprudencia/tematica/download/SU/Sumulas/SumulasSTJ.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

UNICEF; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Monitoramento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

O direito à religiosidade e a atenção em saúde aos/às jovens que cumprem medidas socioeducativas: contradições, violações e caminhos possíveis

Alberto Mesaque Martins
Andréa Chicri Torga Matiassi
Alessandra Félix Xavier

Juventudes, religiosidades e espiritualidades... O que eu tenho a ver com isso?

Talvez você esteja se perguntando: afinal, por que abordar o tema do direito à religiosidade e espiritualidade quando refletimos sobre a saúde de adolescentes e jovens que cumprem medidas socioeducativas? A proposta pode soar um pouco estranha, já que, ainda hoje, assuntos ligados à vida religiosa são vistos como temas quase exclusivos de adultos, sobretudo os mais velhos, alimentando a ideia de que jovens não se interessam por eles.

Como veremos a seguir, a religiosidade e a espiritualidade ocupam um lugar importante na experiência de vida de adolescentes e jovens brasileiros, repercutindo na forma como veem o mundo e a si mesmos/as e como cuidam de si e das pessoas ao seu redor.

Contudo, ainda vivemos em uma sociedade que acredita que, assim como futebol, "religião não se discute", inclusive ao longo da formação de profissionais de saúde. Diante desse silenciamento, muitas vezes, nos sentimos despreparados/as para lidar com essas questões, sobretudo quando atravessam nossas práticas, sejam individuais ou coletivas. Por isso, é extremamente importante que profissionais de saúde reflitam sobre o tema e sobre como abordar essa temática, em seu cotidiano de trabalho.[1]

Antes de prosseguirmos, porém, é importante entendermos melhor esses dois conceitos.

1 Marinho; Silva, 2024.

Religiosidade	Espiritualidade
◢ 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 pessoas fazem suas preces, orações e rituais, sem a necessidade de participar de uma instituição.	◢ 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 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".

Diversos estudos vêm demonstrando a importância da religiosidade e da espiritualidade para a saúde integral – física, mental e social – de diferentes grupos e pessoas, incluindo adolescentes e jovens.[2] Alguns fatores nos auxiliam a compreender melhor esse processo. Primeiro, é preciso reconhecer que, além de reconectar os fiéis ao divino, **a religiosidade e a espiritualidade nos convidam a construir laços com uma comunidade.** Nesse sentido, elas inserem os jovens e suas famílias

2 Jahn; Dell'Áglio, 2017; Costa *et al.*, 2022.

em novas redes que potencializam uma retaguarda de cuidados e favorecem o sentimento de pertencimento.[3]

As instituições e os rituais religiosos também nos **auxiliam na criação de sentidos para eventos complexos que permeiam a existência humana**, dando respostas para questões existenciais, como a finitude e o sentido da vida.[4] Por meio das redes que são construídas, as religiões também são capazes de **oferecer respostas práticas para desafios materiais e espirituais do dia a dia,** reforçando o sentimento de que não se está só.[5]

Não raramente, organizações religiosas desenvolvem projetos sociais reconhecidos pelas comunidades como essenciais, sobretudo em territórios com maior fragilidade das políticas públicas, auxiliando na oferta de trabalho, formação profissional e até mesmo oferecendo recursos importantes, como alimentação e proteção em momentos de crise. Assim, mais do que "prevenir riscos" ou "corrigir desvios de comportamento", **a religiosidade e a espiritualidade criam condições para lidar com o sofrimento e as adversidades e projetar futuros possíveis, individuais e coletivos**.[6]

No entanto, "nem tudo são flores". Ao lado dessas potências, há inúmeras contradições. **Instituições religiosas também podem atuar como dispositivos de disciplina e controle**, impondo normas rígidas de comportamento e reforçando sentimentos de medo, culpa, vergonha e inadequação.[7] Muitas vezes, a promessa de salvação e de pertencimento vem acompanhada de **exigências moralizantes que limitam a liberdade de expressão e obscurecem a singularidade das trajetórias juvenis**, trazendo angústia e sofrimento.[8]

Isso se torna ainda mais explícito quando consideramos jovens LGBTIA+ ou adolescentes de religiões de matriz africana, que ainda hoje enfrentam racismo religioso, machismo, homofobia, transfobia e outras

3 Teixeira; Menezes, 2013.

4 Freitas; Holanda, 2014.

5 Paiva, 2017.

6 Jahn; Dell'Áglio, 2017.

7 Dantas, 2013.

8 Fernandes, 2017.

formas de discriminação – inclusive em contextos como as instituições religiosas.[9] Nesses casos, espaços que poderiam oferecer cuidado tornam-se zonas de violência (sexual, psicológica, simbólica ou patrimonial), legitimadas por discursos religiosos e por dogmas que violam os direitos humanos.[10]

9 Fernandes, 2017.

10 Dantas, 2013.

Tratando-se do campo da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é orientado pelo princípio da integralidade, preconizando a construção de uma **clínica ampliada**, isto é, que não reduza o seu olhar e suas práticas à dimensão biológica, mas que considere o ser humano de uma forma mais ampla e integral, incluindo a espiritualidade. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a espiritualidade como uma das dimensões constitutivas da saúde, estando intimamente relacionada ao bem-estar físico, mental e social. Isso significa que o cuidado deve ir além do atendimento clínico convencional, alcançando dimensões que dão sentido à vida e ajudam a construir pertencimento.[11]

11 Araújo; Gomes Júnior, 2021.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio de publicações como *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica*[12] e *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes suas famílias em situação de violências*,[13] reconhece a importância do direito à religiosidade para a garantia do cuidado integral em saúde. As *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*[14] também reafirmam a necessidade de profissionais e gestores/as em saúde construírem propostas de cuidado integral que incluam e respeitem a religiosidade e espiritualidade dos/as jovens, dada a importância dessa temática para o seu desenvolvimento.

12 Brasil, 2017.

13 Brasil, 2010b.

14 Brasil, 2010a.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecer a religiosidade e a espiritualidade significa **ampliar o cuidado** e **enxergar os jovens em sua integralidade**.

Ao considerar as práticas espirituais ou religiosas, o/a profissional reconhece dimensões de fortalecimento que ajudam os/as jovens a sustentar projetos de vida, reorganizar rotinas e enfrentar adversidades. Nesse sentido, escutá-los/as em sua rede de vínculos – familiares, comunitários, religiosos ou não – é também uma forma de cuidado que reforça a autonomia e o pertencimento.[15]

No entanto, ao considerarmos o dia a dia dos serviços de saúde, constatamos que **os/as profissionais ainda se sentem despreparados/as diante dessa temática**.[16] Frequentemente, essa dimensão, embora importante, é totalmente silenciada e negligenciada, sendo percebida como um tema que foge à esfera do cuidado em saúde. Por outro lado, muitos profissionais de saúde utilizam os atendimentos para **práticas proselitistas**, isto é, que buscam convencer os/as jovens a se converterem e a mudarem os seus valores e práticas, a partir dos referenciais que norteiam a religiosidade dos/as profissionais, de forma violenta, impositiva e coercitiva.

Além disso, os/as próprios/as **jovens se mostram inseguros/as de compartilhar suas vivências religiosas durante os atendimentos em saúde**, sejam individuais ou coletivos. Muitas vezes, os/as adolescentes temem que os/as profissionais patologizem suas experiências religiosas, reconhecendo-as como nocivas e indesejadas. Esse medo torna-se ainda maior ao considerarmos os/as jovens vinculados/as a religiões de matrizes indígenas e africanas, que historicamente vêm sendo alvo de intolerância e racismo religioso, inclusive nos serviços de saúde.[17]

Reconhecer a religiosidade e a espiritualidade como dimensões vivas da experiência juvenil é apenas o primeiro passo. Para que esse reconhecimento se traduza em cuidado integral, é preciso garantir que ele se efetive como **direito** no cotidiano dos serviços de saúde.

15 Araújo; Gomes Junior, 2021.

16 Marinho; Silva, 2024.

17 Jahn; Dell'Áglio, 2017.

Isso significa não apenas respeitar escolhas individuais, mas criar condições concretas para que adolescentes expressem sua fé – ou sua não fé – de forma livre e protegida. É nesse ponto que passamos da reflexão à prática: compreender como a legislação brasileira assegura esse direito e como os profissionais de saúde podem, no dia a dia, ser agentes de sua efetivação.

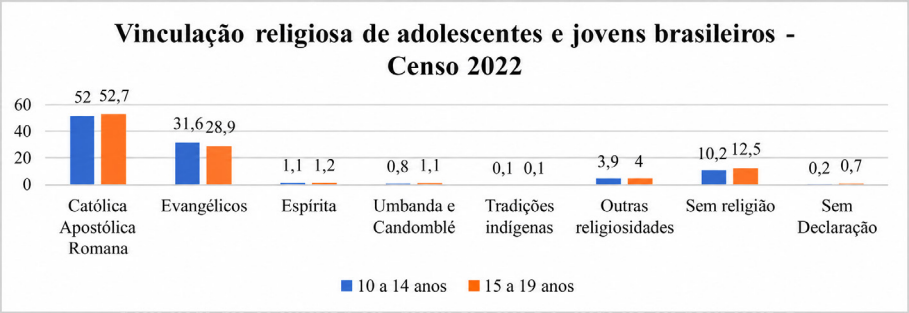
VAMOS REFLETIR?

- Como a religiosidade e a espiritualidade aparecem nas falas dos/as jovens atendidos/as em sua unidade de saúde?
- Quais espaços de acolhimento vocês oferecem para essa dimensão da vida?
- Como podemos evitar que nossas crenças e nossos valores religiosos pessoais interfiram no cuidado em saúde dos/as adolescentes e jovens?
- Como respeitar e garantir o direito à religiosidade e à espiritualidade – inclusive o direito de não ter religião, no contexto da saúde?

VOCÊ SABIA?

Os dados do Censo 2022 revelam a diversidade da vida religiosa dos/as jovens brasileiros/as. Como você pode ver na imagem a seguir, nosso desafio é pensar o cuidado para pessoas vinculadas a diferentes religiões. Além disso, um número expressivo de jovens declara não pertencer a nenhuma religião, exigindo atenção para o respeito dos seus direitos.

Figura 1 – Religiosidade e vinculação religiosa de adolescentes e jovens brasileiros/as em 2022



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2022

Garantindo o direito à religiosidade no cuidado em saúde aos/às adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas

No Brasil, a liberdade religiosa é um **direito fundamental**. A Constituição Federal e diferentes leis garantem que todas as pessoas, incluindo os/as adolescentes e jovens, possam viver sua fé de forma livre e protegida.[18] Para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, o respeito a esse direito torna-se ainda mais importante, considerando a vulnerabilidade que atravessa as histórias de vida dos/as jovens, antes, durante e após o período de cumprimento das medidas socioeducativas.

18 Brasil, 1988.

Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu 18º artigo, afirma que **"todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião"**. O texto também assegura que **"esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular"**.[19]

19 Organização das Nações Unidas (ONU), 1948.

No Brasil, o direito à liberdade religiosa é assegurado em diversas legislações. No quadro a seguir, destacamos algumas delas e apresentamos uma breve síntese de como o direito religioso é abordado (Quadro 1):

Quadro 1 – Legislações que asseguram a liberdade religiosa no Brasil

Constituição Federal	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Em seu quinto artigo, afirma que "é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias".
Lei do Racismo ou Lei Caó	Lei n. 7.716/1989	Tipifica como crime a prática, incitação ou indução de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional, e estabelece punições para quem comete esses atos.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	Lei n. 8.069/1990	Reconhece o direito à crença e ao culto religioso como um dos aspectos que compõem o direito à liberdade de crianças e adolescentes, atrelado "ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis".

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Brasil, 1988; Brasil, 1989; Brasil, 1990

No que se refere aos/às jovens que cumprem medidas socioeducativas, a garantia ao direito à liberdade religiosa torna-se ainda mais complexa e desafiadora.[20] No âmbito internacional, declarações como as Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing)[21] e as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade[22] reconhecem o direito à assistência religiosa aos/às jovens privados/as de liberdade.

20 Simões, 2012.

21 Brasil, 2024.

22 Organização das Nações Unidas, 1990.

Essas legislações orientam a construção de ações que considerem e respeitem a diversidade de crenças e expressões de culto dos/as jovens. Elas também garantem o direito dos/as jovens que não professam nenhuma fé, de modo que não sejam obrigados/as a participar de nenhuma forma de culto de forma imposta e coercitiva. Destacamos a seguir alguns trechos dessas legislações (Quadro 2):

Quadro 2 – Trechos das legislações que asseguram a liberdade religiosa no Brasil

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	As entidades que desenvolvem programas de internação têm as seguintes obrigações, entre outras: [...] propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças. São direitos do adolescente privado de liberdade, entre outros, os seguintes: [...] receber assistência religiosa, segundo a sua crença, e desde que assim o deseje;
Lei n. 12.594, institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)	São direitos do adolescente submetido ao cumprimento de medida socioeducativa, sem prejuízo de outros previstos em lei: [...] ser respeitado em sua personalidade, intimidade, liberdade de pensamento e religião e em todos os direitos não expressamente limitados na sentença;
Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça Juvenil – Regras de Beijing	Toda discriminação política, social, sexual, racial, religiosa, cultural ou qualquer outro tipo de discriminação na seleção, nomeação e promoção da equipe da justiça juvenil deve ser evitada, a fim de alcançar a imparcialidade na administração da justiça juvenil.

Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade	Todos os menores devem ser autorizados a satisfazer as suas necessidades religiosas e de vida espiritual, em especial assistindo aos serviços religiosos ou encontros organizados no estabelecimento ou contatando com os representantes do seu culto e tendo na sua posse dos livros e objetos de culto e de instrução religiosa próprios da sua confissão. Se um estabelecimento de detenção tiver um número suficiente de menores de uma dada religião, um ou mais representantes qualificados dessa religião devem ser nomeados ou aprovados e ser-lhes concedida autorização para prestar serviços religiosos regulares e fazer visitas pastorais particulares aos menores, a pedido destes. Todos os jovens devem ter direito a receber visitas de um representante qualificado de qualquer religião da sua escolha, assim como o direito de não participarem nos serviços religiosos e recusarem livremente a educação, aconselhamento ou doutrinação religiosa.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Brasil, 2012, 1990, 2024; Organização das Nações Unidas, 1990

VAMOS REFLETIR?

Você já conhecia essas legislações? Em sua prática profissional, as equipes trabalham pela garantia do direito à religiosidade dos/as jovens atendidos/as?

Contudo, apesar do reconhecimento da liberdade religiosa como um direito fundamental dos/as jovens privados/as de liberdade, a prática cotidiana vem revelando que esse direito é frequentemente violado.[23] Muitos/as adolescentes e jovens ainda relatam que sua

23 Simões, 2012.

religiosidade não é respeitada no contexto socioeducativo.[24] Os/as jovens denunciam a imposição de práticas religiosas ou, ainda, a negação do direito de exercerem suas religiosidades, revelando a violência e o racismo ainda presentes nas políticas públicas voltadas a esse público.[25]

24 Simões, 2010.

25 Gonçalves, 2023.

VOCÊ SABIA?

Segundo dados do Levantamento nacional do SINASE – 2024, 90,8% das instituições de internação brasileiras oferecem assistência religiosa aos/às jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. A assistência religiosa evangélica é ofertada em 96,3% dos estados brasileiros, seguida pela católica (88,9%) e espírita (33,3%). No entanto, assistência religiosa de tradições indígenas é inexistente em 77,8% das instituições e apenas 22,2% ofertam ações voltadas a adeptos de religiões de matrizes africanas, como candomblé e umbanda.

Assim, em muitas unidades de internação, denominações evangélicas, em especial aquelas de orientação neopentecostal, possuem presença constante e legitimada, inclusive em atividades que extrapolam a assistência religiosa. Grupos dessas tradições religiosas têm facilidade de entrada, acesso às salas e horários para cultos, além de apoio institucional tácito ou explícito.[26] Em contrapartida**, tradições religiosas minoritárias, especialmente as de matriz africana e indígenas, encontram barreiras visíveis e invisíveis**.[27]

26 Simões, 2012.

27 Marinho, 2022.

Líderes religiosos/as afro-brasileiros/as relatam dificuldades para obter autorização de entrada, resistência de gestores/as e até manifestações explícitas de preconceito. Esse cenário não é isolado, mas expressão de um racismo estrutural que historicamente marginaliza essas religiões e que, dentro do socioeducativo, assume con-

tornos ainda mais graves por atingir adolescentes já vulnerabilizados/as pelo contexto da privação de liberdade.[28]

Outro problema recorrente é a **utilização da religião como instrumento de controle e disciplina**.[29] Em vez de promover a liberdade de crença, algumas práticas religiosas presentes nas unidades acabam reforçando discursos moralizantes, baseados na culpa, na obediência cega e na estigmatização de comportamentos juvenis. Nesse contexto, a religião deixa de ser fonte de cuidado e esperança, transformando-se em mecanismo de coerção que restringe a autonomia dos/as adolescentes.[30]

A redução da religiosidade à coerção parece estar intimamente relacionada a outro desafio: a ideia, bastante recorrente, de que a religiosidade é o único caminho para a ressocialização.[31] Profissionais e gestores/as das unidades de internação compreendem a **religiosidade como ferramenta para "recuperar" ou "corrigir" os/as adolescentes**, aproximando-se de um discurso moralizante. Nessas situações, a religião não é oferecida como escolha livre, mas como caminho prescritivo que define comportamentos aceitáveis e indesejáveis. Sermões enfatizando culpa, obediência e renúncia a práticas consideradas pecaminosas reforçam a ideia de que a fé é instrumento de domesticação, e não de emancipação.[32] Em vez de se constituir em espaço de acolhimento, a religião aparece como mecanismo de coerção que esvazia a autonomia juvenil.[33]

Essa lógica reduz a potência da religiosidade a um dispositivo disciplinar e moralizante, ressoando com discursos que ainda hoje atravessam as medidas socioeducativas brasileiras que sustentam práticas punitivistas e de controle dos corpos e dos desejos.[34] Nessa perspectiva, o/a jovem não é reconhecido/a como sujeito de direitos, mas como alguém a ser moldado/a, corrigido/a e transformado/a, segundo padrões de conduta das equipes, sem levar em conta os seus desejos e

28 Simões, 2010.

29 Simões, 2010.

30 Simões, 2012.

31 Simões, 2010.

32 Simões, 2012.

33 Simões, 2010, 2012.

34 Simões, 2012.

projetos de vida. Ao recorrerem a práticas punitivistas, desconsidera-se toda a complexidade que perpassa o processo de ressocialização dos/as jovens, ignorando os múltiplos fatores que sustentam a vulnerabilidade desses sujeitos e suas famílias.[35]

35 Gonçalves, 2023.

Assim, apesar dos esforços para que essas instituições contribuam para a ressocialização dos/as jovens, na prática, elas ainda se constituem como dispositivos orientados pela punição e pela correção física e moral. Nesse sentido, é recorrente que o discurso religioso seja utilizado como mais um dos dispositivos disciplinares que constrangem os/as jovens e fomentam o sentimento de culpa, em detrimento da reflexão e da responsabilização.[36]

36 Simões, 2010.

Além disso, a adesão a práticas religiosas, especialmente às evangélicas e às católicas, é tida como **sinônimo de "redenção" e de "recuperação"** dos/as jovens. Não raramente, a conversão a essas religiões é tomada como indicativo para cumprimento de medidas menos restritivas e retorno à liberdade, o que não acontece com os/as jovens que não possuem religião, ou, ainda, com aqueles/as vinculados/as a religiões de matrizes indígenas e africanas.[37]

37 Marinho, 2022.

Também são recorrentes relatos de violências simbólicas e psicológicas quando adolescentes são pressionados/as a participar de rituais religiosos com os quais não se identificam, ou quando sua identidade de gênero, orientação sexual e ancestralidade são alvo de discursos discriminatórios em nome da fé.[38] Essas situações configuram violações graves de direitos, pois fragilizam a dignidade e o bem-estar dos/as jovens em um momento em que o cuidado deveria ser ampliado e humanizado.

38 Simões, 2010.

Como você pode perceber, para que a religiosidade seja vivida de forma plena pelos/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, não basta a previsão legal: é preciso olhar para o cotidiano e

enfrentar as barreiras que ainda persistem. Somente ao dar visibilidade a essas contradições podemos avançar na construção de políticas e serviços que acolham a diversidade e fortaleçam o cuidado integral.[39]

39 Marinho, 2022; Simões, 2010.

É nesse ponto que a saúde se torna central. O contato cotidiano dos/as profissionais com esses/as adolescentes, seja em consultas individuais, rodas de conversa ou grupos terapêuticos, revela como os mesmos problemas identificados no socioeducativo atravessam também os serviços de saúde.

VAMOS REFLETIR?

- A unidade de saúde na qual você trabalha reconhece a religiosidade como direito dos/as jovens?
- Você já presenciou situações em que esse direito foi violado ou restringido?
- Em algum momento, constatou que a fé foi usada como recurso "corretivo" dos/as jovens?
- O que você e sua equipe podem fazer, na prática, para garantir a diversidade religiosa no cuidado aos/às jovens?

Garantindo o direito à religiosidade nas práticas de saúde

Conforme apontado anteriormente, os desafios para a garantia do direito à religiosidade não se restringem às unidades de internação, mas também se revelam em outros contextos, como educação, assistência social e campo da saúde. Durante atendimentos individuais e coletivos, é possível perceber que a garantia do direito à religiosidade dos/as adolescentes ainda enfrenta limites e contradições. Assim, as desigualdades e violências, presentes na sociedade, atravessam os serviços de saúde, exigindo dos/as profissionais atenção redobrada.

Ao atender adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, é possível que os/as profissionais se deparem com situações em que a religiosidade seja mencionada como fonte de apoio, mas também de exclusão. Embora a religiosidade possa aparecer como recurso para lidar com o sofrimento e as adversidades da vida, é importante que os profissionais também escutem as violências e violações de direitos que os jovens vivenciam ao buscarem exercer suas religiosidades.

Nesse sentido, os atendimentos em saúde também podem se tornar espaços onde adolescentes podem relatar experiências dolorosas, como episódios de intolerância e racismo religiosos. É papel da equipe acolher esses relatos com escuta atenta, sem julgamentos, reconhecendo a necessidade de denunciar os casos de violência.

O silêncio também é uma expressão importante. Durante as consultas, muitos/as adolescentes deixam de falar sobre sua fé por medo de julgamento dos/as profissionais de saúde. Esse silêncio é ainda mais frequente entre jovens ligados/as a religiões de matriz africana ou indígenas, que sofrem historicamente com o racismo religioso. Reconhecer o peso desse silêncio ajuda o/a profissional a não interpretar a ausência de fala como ausência de fé, mas como sinal da necessidade de criar espaços mais seguros para que os/as jovens compartilhem suas experiências.

Outro problema é quando os/as próprios/as profissionais de saúde deixam suas crenças pessoais interferirem no cuidado. Nessas circunstâncias, em vez de compreender a espiritualidade como recurso de cuidado, alguns profissionais de saúde projetam suas crenças pessoais nos atendimentos e recorrem a discursos moralizantes, passando a “aconselhar” os jovens a partir de seus valores religiosos. Não raramente, reforçam ideias de pecado, arrependimento ou obediência como se fossem recursos terapêuticos.

Somam-se ainda os casos em que os/as profissionais de saúde tentam impor a sua fé e convencer os/as jovens a aderirem às suas práticas religiosas. Esse aspecto torna-se ainda mais evidente nas ações de cuidado em saúde mental. Ao procurarem os serviços de saúde com demandas relacionadas ao sofrimento e adoecimento psíquico, é recorrente que os/as jovens sejam convencidos/as a orar, rezar e buscar serviços e instituições religiosas recomendadas por profissionais que os/as atendem.

Quando a fé do/a trabalhador/a ocupa o espaço da escuta, o resultado pode ser constrangimento, pressão ou até rompimento de vínculos. Assim, o que deveria ser cuidado se transforma em coerção. A ética no SUS exige que a religiosidade seja tratada como direito do/a adolescente, e não como extensão das convicções individuais da equipe. Além de violar o direito desses/as jovens, ao fazerem isso, os serviços descumprem o seu papel de ofertar um cuidado integral, atrasando e, em alguns casos, inviabilizando a escuta, o acolhimento e o encaminhamento dos/as jovens a serviços especializados, como os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Por outro lado, quando respeitada, a religiosidade pode se tornar aliada importante no processo de cuidado. Falar sobre fé, expressar práticas espirituais ou simplesmente ser acolhido/a nessa dimensão pode ajudar adolescentes a organizar sentimentos, atravessar sofrimentos e reconstruir projetos de vida. O papel dos/as profissionais é sustentar esse espaço como parte do cuidado integral, equilibrando respeito, liberdade e diversidade, valorizando sempre a religiosidade do/a jovem atendido/a.[40]

40 Araújo; Gomes Junior, 2021.

No Quadro 3 a seguir você encontrará algumas recomendações para incluir e reconhecer a religiosidade dos/as jovens que cumprem medidas socioeducativas no contexto da atenção à saúde:

Quadro 3 – Recomendações para incluir e reconhecer a religiosidade dos/as jovens que cumprem medidas socioeducativas

◢ Perguntar ao/à adolescente se ele/a professa alguma fé ou se está vinculado/a a alguma religião.
◢ Respeitar o direito dos/as jovens de não aderirem a uma religião e não participarem de atividades religiosas, de qualquer natureza.
◢ Abrir espaço para escuta de vivências religiosas dos/as jovens antes, durante e após o período de cumprimento de medidas socioeducativas, caso eles/as desejem.
◢ Conhecer o que os/as jovens pensam sobre suas religiosidades e espiritualidades e identificar como essas dimensões podem potencializar o cuidado em saúde.
◢ Observar se o/a jovem atendido/a relata possíveis violações do direito à religiosidade ou se está sofrendo intolerância religiosa e denunciá-las, quando for o caso.
◢ Não impor suas convicções religiosas nem utilizar de falas para persuadir o/a jovem a converter-se à sua religião.

Fonte: Elaborado pelos autores

Portanto, reconhecer a religiosidade como direito é um passo essencial para a promoção da saúde integral dos/as adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Para esse reconhecimento sair do papel e chegar à prática cotidiana, é necessário reivindicar e construir espaços de escuta e respeito à diversidade religiosa, reconhecendo esse processo como uma forma de cuidar e de afirmar a dignidade desses/as jovens.

Nesse sentido, é necessário que cada profissional reflita sobre suas próprias crenças e limites, evitando que a fé pessoal se transforme em imposição. O compromisso

ético é garantir que a religiosidade seja acolhida como escolha livre do/a adolescente, e nunca como condição para o cuidado ou a reinserção social.

Mais do que oferecer respostas prontas, nosso papel é abrir caminhos para a reflexão. Acolher a religiosidade, respeitar o silêncio, valorizar a diversidade e enfrentar as desigualdades são práticas que fortalecem o cuidado integral e tornam o SUS um espaço de proteção, autonomia e esperança para adolescentes e jovens, especialmente aqueles/as que são atendidos/as pelo sistema socioeducativo.

Ao integrar a religiosidade no cuidado em saúde, ampliamos nossa capacidade de acolher, de construir vínculos e de fortalecer projetos de vida. É nesse encontro, feito de respeito e humanidade, que o direito à saúde e o direito à religiosidade convergem em experiência concreta de dignidade e esperança.

Vamos refletir?
◢ A partir dessa discussão, há mudanças necessárias na sua prática profissional? ◢ Como você pode contribuir para que o serviço onde atua respeite e acolha a diversidade religiosa dos/as jovens que cumprem medidas socioeducativas? ◢ O que você pode fazer, de maneira simples e concreta, enquanto parte da equipe de saúde, para garantir esse direito a todos/as os/as adolescentes e jovens assistidos/as por nós, em especial, os/as do socioeducativo?

Referências bibliográficas

ARAÚJO, Rodolfo Lima; GOMES JUNIOR, Antônio Luiz . A religiosidade e a espiritualidade na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [*s. l.*], v. 13, n. 1, p. e5418, jan. 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e5418.2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5418. Acesso em: 15 set. 2025.

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.

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. 7.716, de 5 de janeiro de 1989**. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília, DF: Presidência da República, 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 16 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, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

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, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 30 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: 30 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Beijing**: regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça juvenil adotada pela resolução n. 40/33 da Assembleia Geral, de 29 de novembro de 1985. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/08/regras-beijing.pdf. Acesso em: 16 set. 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: 10 set. 2025.

COSTA, Larissa dos Santos *et al*. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento à pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, RS, v. 14, n. 1, p. 157-175, jan./jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i1.4511. Disponível em: https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/4511. Acesso em: 10 set. 2025.

DANTAS, Bruna Suruagy do Amaral. Psicologia política das religiões: uma análise dos símbolos e ideologias da Igreja Universal do Reino de Deus. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 28, p. 489-506, set./dez. 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-549X2013000300006&script=sci_abstract. Acesso em: 15 set. 2025.

FERNANDES, Nathalia Vince Esgalha. A raiz do pensamento colonial na intolerância religiosa contra religiões de matriz africana. **Revista Calundu**, [*s. l.*], v. 1, n. 1, jan./jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.26512/revistacalundu.v1i1.7627. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/7627. Acesso em: 15 set. 2025.

FREITAS, Denis de; HOLANDA, Adriano Furtado. Conversão religiosa: buscando significados na religião. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, [*s. l.*], v. 7, n. 1, p. 93-105, jan./jun. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202014000100009&script=sci_abstract. Acesso em: 15 set. 2025.

GONÇALVES, Eduardo Moureira. Políticas públicas e assistência religiosa aos adolescentes privados de liberdade: entre o seguro e o discurso de ódio. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [*s. l.*], v. 2, n. 7, p. 144-157, jul. 2023. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/assistencia-religiosa. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/assistencia-religiosa. Acesso em: 15 set. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=destaques. Acesso em: 16 set. 2025.

JAHN, Guilherme Machado; DELL'ÁGLIO, Débora Dalbosco. A religiosidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 38-54, 2017. DOI: https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1541. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100004. Acesso em: 16 set. 2025.

MARINHO, Paula Márcia de Castro. Intolerância religiosa, racismo epistêmico e as marcas da opressão cultural, intelectual e social. **Sociedade e Estado**, [*s. l.*], v. 37, n. 2, p. 489-510, maio/ago. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/7nwNP6t5HpR4YhyWL64hbFp/?lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

MARINHO, Paula Raizza da Silva; SILVA, Jéssica Plácido. Religiosidade/espiritualidade no processo de formação do profissional de saúde: relato de experiência. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, p. e5206, 2024. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5206. Disponível em: https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/5206. Acesso em: 30 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Portal Unicef**, [*s. l.*], 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 16 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Regras mínimas das Nações Unidas para a proteção dos jovens privados de liberdade. **Portal Ciespi**, Rio de Janeiro, 1990. Disponível em: https://www.ciespi.org.br/site/collections/document/2611. Acesso em: 15 set. 2025.

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

SIMÕES, Pedro (org.). **Filhos de Deus**: assistência religiosa no sistema socioeducativo. Rio de Janeiro: ISER; SDH/PR, 2010.

SIMÕES, Pedro. Assistência religiosa no sistema socioeducativo: a visão dos operadores do direito. **Religião & Sociedade**, [*s. l.*], v. 32, n. 1, p. 130-156, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-85872012000100006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rs/a/qcrLnXkMQMw4RFjNTHn4MvC/?format=html&lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (orgs.). **Religiões em movimento**. Petrópolis: Vozes, 2013.

Bios dos autores

Alberto Mesaque Martins
Psicólogo e Filósofo. Especializando em Direitos de Crianças e Adolescentes, Interculturalidade e Mudanças Climáticas (UnB). Mestre e Doutor em Psicologia pela UFMG. Pesquisador em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculado ao Grupo de Pesquisas em Saúde, Educação e Cidadania. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Fiocruz Minas. Membro da Rede Pode Falar da Unicef Brasil. Bolsista de Produtividade do CNPq. Consultor no Projeto Adolescências e Tessituras.

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.

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.

Bárbara Oliveira Batista
Psicóloga pela UFMG, psicanalista e atriz. 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 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Caroline de Oliveira Faria
Graduanda em Medicina pela UFMG. Farmacêutica pela UFOP, com especialização em saúde do idoso pela residência multiprofissional do HC-UFMG. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/UFMG. Atua como pesquisadora e extensionista do "Programa Para Elas, por elas, por eles, por nós" voltado para ações de enfrentamento da violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Consultora do Projeto Adolescências e Tessituras.

Fernanda C. Monteiro
Nutricionista. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela UNB. Formada no curso Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância pela Universidade de Harvard. Fez residência em Saúde Pública pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Exerce função de diretora da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP-DF). Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Gabriela Antunes Ferreira
Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Saúde do Adolescente pela UFMG. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG. Integra o colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Integrante do coletivo Ocupação Psicanalítica. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças e Adolescentes da UFMG. Coordenadora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Giovanna Mara de Aguiar Borges
Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Saúde do Adolescente pela UFMG. Membro do colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Pesquisadora da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Coordenadora Técnica do Projeto Adolescências e Tessituras.

Gisele Araújo Magalhães
Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde (UFMG). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina (UFMG). Especialista em nutrição oncológica SBNO. Nutricionista da Cetus Oncologia. Integrante do 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 Territorial 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.

Laura Lemos Avelar
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. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Lauriza Maria Nunes Pinto
Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Universidade Federal de Minas Gerais, concluído (2011-2013). Pós-graduação em Orientação Educacional pela FAFI-BH (1988), Especialização em Psicopedagogia pela Universidade Castelo Branco –RJ (1996), diversas outras especializações na área da educação e da saúde. Graduação em pedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1981). Pesquisadora e professora do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM/UFMG (desde 2004), onde desenvolve atividades de gestão acadêmica, de pesquisa, de ensino superior e de extensão relativas às temáticas da violência, adolescência, promoção da saúde. Experiência na área de Educação como orientadora pedagógica na rede de ensino estadual de Minas Gerais (25 anos). Atuou também na orientação pedagógica de crianças portadoras de necessidades especiais. Coordenadora do Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós.

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.

Mariana Prado de Souza
Nutricionista. Mestranda em Nutrição e Saúde (UFMG). Integra o colegiado de coordenação do Programa de Extensão Janela da Escuta. Assessora Territorial do Projeto Adolescências e Tessituras.

Marília Faleiro Malaguth Mendonça
Médica de Família e Comunidade, com mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora Acadêmica 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.

Rosana Xavier Menezes de Oliveira
Comunicóloga, Especialista em Educação Social e Direitos Humanos. Integra a equipe técnica da Coalizão pela Socioeducação. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Thaisi Moreira Bauer
Advogada, Militante, Especialista em Ciências Penais, mestranda em Educação, Culturas e Identidades (UFRPE/Fundaj) e Secretária Executiva da Coalizão pela Socioeducação. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Vinício Araújo Martins
Psicólogo e Psicanalista. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Integra

o colegiado do Programa de Pesquisa e Extensão Janela da Escuta. Pesquisador da Rede Transdisciplinar de Pesquisa com Crianças, Adolescentes e Jovens da UFMG. Coordenador Técnico 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
AGU – Advocacia Geral da União
ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS – Atenção Primária à Saúde
CadÚnico – Cadastro Único
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
DSDR – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
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
eMulti – Equipes Multiprofissionais na APS
eSF – equipes de Saúde da Família
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FM – Faculdade de Medicina

FNPETI – Fórum Nacional de Prevenção ao Trabalho Infantil
HC – Hospital das Clínicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de Massa Corporal
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
IVJ – Índice de Vulnerabilidade Juvenil
IVJ-N – Índice de Vulnerabilidade da Juventude Negra
LA – Liberdade Assistida
Lista TIP – Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil
MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MS – Ministério da Saúde
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAS – Programa Psicólogos e Assistentes Sociais na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
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
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TRT – Tribunal Regional do Trabalho
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS – Sistema Universidade Aberta do SUS
UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Tradução: Fundo das Nações Unidas para a Infância)

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.

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.
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

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.

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]

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

LGBTIA+: 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 LGBTIA+.

LGBTIA+fobias: Discriminação e aversão contra pessoas LGBTIA+, 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]

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.

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.

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

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,

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.

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.

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 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

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.

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.

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 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.

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.

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

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.

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. 2025.129020162610. Acesso em: 29 set. 2025.

ww

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE