

ORGANIZADORAS

Kalina Vanderlei Silva

Marco Aurélio de Valois Correia Junior

Iraneide Nascimento dos Santos

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Jakelline Cipriano dos Santos Raposo

Saúde e adolescências plurais

DIÁLOGOS MULTIDISCIPLINARES

CAPES

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UPE
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

PPGH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HEBIATRIA UPE

FACEPE
Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

pimenta cultural

ORGANIZADORAS

Kalina Vanderlei Silva

Marco Aurélio de Valois Correia Junior

Iraneide Nascimento dos Santos

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Jakelline Cipriano dos Santos Raposo



Saúde e adolescências plurais

DIÁLOGOS MULTIDISCIPLINARES

CAPES

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UPE UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

PPGH PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HEBIATRIA UPE

FACEPE Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

pimenta cultural 2026 São Paulo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S255

Saúde e adolescências plurais: diálogos multidisciplinares / Organização Kalina Vanderlei Silva... [et al.]. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2026.

Demais organizadores: Marco Aurélio de Valois Correia Junior, Iraneide Nascimento dos Santos, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves, Jakelline Cipriano dos Santos Raposo.

Livro em PDF

ISBN 978-85-7221-834-4
DOI 10.31560/pimentacultural/ 978-85-7221-834-4

1. Adolescente. 2. Determinantes Sociais da Saúde. 3. Contexto Social. 4. Estilo de Vida. 5. Violência. I. Silva, Kalina Vanderlei (Org.). II. Correia Junior, Marco Aurélio de Valois (Org.). III. Santos, Iraneide Nascimento dos (Org.). IV. Gonçalves, Cláudia Fabiane Gomes (Org.). V. Raposo, Jakelline Cipriano dos Santos (Org.) VI. Título.

CDD: 618.927

Índice para catálogo sistemático:
I. Adolescente – Saúde
Simone Sales • Bibliotecária • CRB: ES-000814/O

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2026 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2026 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons:
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0).
Os termos desta licença estão disponíveis em:
<*https://creativecommons.org/licenses/*>.
Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural.
O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Bieging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Bieging
Gerente editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Ana Flávia Pivisan Kobata
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Stela Tiemi Hashimoto Kanada
Estágio em editoração	Emanuelle Vitória Miranda da Silva Rayssa Santos Arrais
Imagens da capa	Alfredo12577597, Holiak, Freepik - Magnific.com
Tipografias	Acumin, Obviously, Rockwell
Revisão	Os organizadores
Organizadores	Kalina Vanderlei Silva Marco Aurélio de Valois Correia Junior Iraneide Nascimento dos Santos Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves Jakelline Cipriano dos Santos Raposo

PIMENTA CULTURAL
São Paulo • SP
+55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com

2026

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoras

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosangela Colares Lavand
Universidade Estadual do Norte do Paraná, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

André Tanus Cesário de Souza
Faculdade Anhanguera, Brasil

Andressa Antunes
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade do Estado do Amapá, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadétte Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cassia Cordeiro Furtado
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cecilia Machado Henriques
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deilson do Carmo Trindade
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edilson de Araújo dos Santos
Universidade de São Paulo, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Estevão Schultz Campos
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrícia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fauston Negreiros
Universidade de Brasília, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Flávia Fernanda Santos Silva
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Gabriela Moysés Pereira
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geuciane Felipe Guerim Fernandes
Universidade Federal do Pará, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leyltton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Joao Adalberto Campato Junior
Universidade Brasil, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jonathan Machado Domingues
Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliano Milton Kruger
Instituto Federal do Amazonas, Brasil

Julianno Pizzano Ayoub
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lauro Sérgio Machado Pereira
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, Brasil

Leonardo Freire Marino
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Letícia Cristina Alcântara Rodrigues
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Luiz Eduardo Neves dos Santos
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Maikel Pons Giralt
Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Márcia Alves da Silva
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Marines Rute de Oliveira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Mauricio José de Souza Neto
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neide Araujo Castilho Teno
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Bieging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Patrícia Helena dos Santos Carneiro
Universidade Federal de Rondônia, Brasil

Rainei Rodrigues Jadejiski
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tatiana da Costa Jansen
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade Estadual de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Vanessa de Sales Marruche
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual do Centro Oeste, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Vinicius da Silva Freitas
Centro Universitário Vale do Cricaré, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Wenis Vargas de Carvalho
Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alcidinei Dias Alves
Logos University International, Estados Unidos

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Artur Pires de Camargos Júnior
Universidade do Vale do Sapucaí, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo B. Alves
Universidade Federal do Agreste de Pernambuco, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Davi Fernandes Costa
Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, Brasil

Denilson Marques dos Santos
Universidade do Estado do Pará, Brasil

Domingos Aparecido dos Reis
Must University, Estados Unidos

Edson Vieira da Silva de Camargos
Logos University International, Estados Unidos

Edwins de Moura Ramires
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabete de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Jonas Lacchini
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Nívea Consuêlo Carvalho dos Santos
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Rayner do Nascimento Souza
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Sidney Pereira Da Silva
Stockholm University, Suécia

Suélen Rodrigues de Freitas Costa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Walmir Fernandes Pereira
Miami University of Science and Technology, Estados Unidos

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

APRESENTAÇÃO

Desde a década de 1990, com o estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência se tornou um tema central nas discussões sociais no Brasil, despertando também o interesse de diferentes Ciências da Saúde, o que levou a Associação Médica Brasileira (ABM) em 1998 a reconhecer a Hebiatria como uma especialização própria, dedicada inteiramente à saúde de adolescentes. Na esteira desse reconhecimento, em 2005 a Universidade de Pernambuco criou o Programa de Pós-graduação em Hebiatria (PPGH/UPE), que vem desde então produzindo conhecimento multidisciplinar sobre o tema.

Com uma trajetória de mais de duas décadas dedicadas à formação de pesquisadores e à produção de conhecimento científico sobre a saúde e o desenvolvimento na adolescência, o PPGH/UPE tem caráter multiprofissional e interdisciplinar, integrando diferentes áreas do conhecimento em torno de um objeto comum: as múltiplas dimensões e os determinantes da saúde na adolescência. Em sua origem, o Programa esteve vinculado à Área de Odontologia da CAPES, permanecendo nela até 2014, quando ocorreu a migração para a Área Interdisciplinar, mudança que passou a expressar de maneira mais adequada a natureza acadêmica e científica do curso e a diversidade de formações nele envolvidas.

Logo, a interdisciplinaridade passou a constituir um dos principais elementos da identidade do PPGH/UPE que reúne docentes, pesquisadores e estudantes provenientes de diferentes campos do conhecimento. Essa diversidade favorece uma compreensão ampliada da adolescência, incorporando dimensões biológicas, psicológicas, comportamentais, sociais, culturais e ambientais relacionadas à saúde e ao desenvolvimento humano, cuja produção no

Programa se organiza em três linhas de pesquisa: *Comportamentos Relacionados à Saúde na Adolescência*, dedicada à investigação dos fatores associados e mediadores de comportamentos e indicadores comportamentais de risco à saúde; *Políticas e Programas de Atenção à Saúde do Adolescente*, direcionada ao estudo de intervenções, projetos, programas e políticas públicas de atenção à saúde, sob a perspectiva da proteção integral; e *Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde na Adolescência*, que reúne investigações relacionadas às diferentes dimensões da promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde dos adolescentes.

A produção acadêmica oriunda do estudo de tais dimensões é o que procuramos espelhar nos capítulos desse livro que reúne mestres e doutores formados nesses 20 anos de atuação do PPGH-UPE para discutir temas diversos. A obra apresenta, assim, catorze capítulos, organizados em quatro eixos temáticos. Mais do que uma divisão editorial, essa estrutura traduz um percurso: do social para o clínico, das relações que constroem a adolescência às doenças que a acometem, sempre a partir da premissa de que não existe *uma* adolescência, mas adolescências plurais, atravessadas por raça, gênero, território e condição de vida.

O eixo 1, *Adolescência, Relações Sociais e Determinantes Sociais da Saúde,* apresenta quatro trabalhos que focam em temas nos quais a saúde e as relações sociais se interconectam. O primeiro capítulo (*Análise do modelo de integralidade à saúde do adolescente em Caruaru, Pernambuco*) parte do estudo de caso do município de Caruaru-PE para pensar a integralidade da saúde na adolescência, mapeando uma rede capaz de acolher em situações de urgência, mas fragmentada quando se trata de acompanhamento contínuo. Os três capítulos seguintes deslocam o olhar para outros marcadores sociais: com o capítulo 2 (*Adolescências e identidade étnico-racial: pertencimento, racismo e resistência)* discutindo como o racismo atravessa a construção identitária nessa faixa etária; com o capítulo 3 (*Racismo e futebol: uma revisão narrativa*) pensando

racismo e futebol, mostrando como esse se manifesta no espaço simbólico do esporte, agravado pela interseção com o gênero nas atletas negras; enquanto o capítulo 4 (*Pesquisar a homofobia na escola: desafios éticos, relacionais e metodológicos na produção de dados com adolescentes*) aborda a homofobia na escola, refletindo sobre os próprios desafios éticos e metodológicos de pesquisar esse tema com adolescentes.

O que une esses quatro capítulos é a ideia de que a experiência adolescente é modelada por sistemas de saúde e por contextos de representação racial, esportivos e escolares que nem sempre reconhecem sua diversidade. O eixo caminha do estrutural (acesso a serviços) ao simbólico (racismo, identidade), fechando com uma reflexão sobre os limites do próprio ato de pesquisar essas populações.

No eixo 2, *Contextos Sociais, Violência e Saúde Mental*, a relação entre violência e saúde mental é discutida nos estudos que tratam a adolescência como um fenômeno multidimensional. Começando com a reintegração familiar de adolescentes institucionalizados (capítulo 5, *De volta pra casa: Um estudo sobre reintegração familiar de adolescentes institucionalizados*) que, sob a lente da teoria bioecológica, acompanha os obstáculos e recursos no processo de reintegração familiar de adolescentes institucionalizados. O capítulo 6 (*Bullying e cyberbullying na adolescência: conceitos, manifestações e repercussões*) aborda o impacto do *cyberbullying* e do *bullying* entre esse público, revisitados a partir do referencial teórico de Olweus, que permite caracterizar intimidação presencial e virtual entre pares. No capítulo 7 (*Violência física em adolescentes escolares de Pernambuco: tendência temporal, paradoxo de gênero e diálogos com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2024*), apresenta-se um panorama da violência física entre adolescentes escolares em Pernambuco. Fechando o eixo, o capítulo 8 (*Automutilação e tentativa de suicídio em adolescentes*), contempla o estudo sobre automutilação e tentativa de suicídio situados na interação entre

fatores individuais, familiares e sociais, inclusive o *bullying* tratado no capítulo anterior.

Pretende-se contribuir para a reflexão sobre sua complexidade e sobre as possibilidades de prevenção e cuidado no campo da saúde pública.

O fio condutor deste eixo é a violência em suas várias formas, institucional/familiar, entre pares, física, autoinfligida e a defesa recorrente de um cuidado intersetorial e multiprofissional, que não trate essas violências como problemas isolados.

O eixo 3, por sua vez, *Estilo de Vida, Atividade Física e Tecnologia,* aborda comportamentos cotidianos, principalmente a relação entre o uso de tecnologias e a prática da atividade física. O capítulo 9 (*Uso de telas e qualidade do sono na adolescência: conceitos, evidências e mecanismos*) revisa os mecanismos que ligam tempo de tela a desfechos de sono e saúde mental, com a depressão como produto mais consistente. O capítulo 10 (*Coocorrência de Comportamentos de Risco à Saúde em Adolescentes da Região Metropolitana do Recife*), por seu turno, mostra que inatividade física, tempo de tela excessivo, sono inadequado e uso de substâncias tendem a se acumular nos mesmos adolescentes, sobretudo entre as meninas. Já o capítulo 11 (*Atividade física e percepção de saúde em adolescentes de Pernambuco: achados do projeto atitude*) associa insuficiência de atividade física a uma pior percepção de saúde, enquanto o capítulo 12 (*Perfil da atleta adolescente de futebol na era digital: um estudo piloto*) particulariza esse debate numa população específica: atletas com dupla jornada de estudo e treino, mas ainda assim com exposição extrema a telas.

Esses quatro capítulos formam, assim, um mapa de comportamentos: atividade física, sono, tela, substâncias, vistos ora de forma agregada (coocorrência), ora aprofundados individualmente (sono,

atividade física), ora aplicados a um grupo específico (atletas), sempre com atenção às diferenças entre meninos e meninas.

Por fim, o eixo 4, *Doenças, Ambiente e Saúde Na Adolescência*, desloca o foco do livro do comportamental para o biomédico-ambiental, com o capítulo 13 (*Tuberculose em adolescentes e jovens: um problema persistente de saúde pública e os desafios para o cumprimento do ODS 3.3*) discutindo como a Tuberculose, uma doença evitável e tratável, segue sendo um problema persistente de saúde pública, enquanto o capítulo 14 (*Internações por Doenças Respiratórias Crônicas e Precipitação Hídrica em um Estado Brasileiro: análise temporal, 2022–2023*) identifica um padrão sazonal de internações, associado ao regime de chuvas, mesmo em territórios semiáridos. Ambos os capítulos reforçam que doenças "orgânicas" na adolescência também são social e ambientalmente determinadas, fechando o livro com o mesmo argumento que o abriu: a saúde do adolescente depende de redes, territórios e determinantes que ultrapassam o indivíduo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

SUMÁRIO

EIXO **1**

ADOLESCÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....18

CAPÍTULO **1**

Laís Navarro Xavier
José Eudes de Lorena Sobrinho
Mariana de Fátima Alves Arruda
Wemerson Gonçalo

Análise do modelo de integralidade à saúde do adolescente em Caruaru, Pernambuco.....19

CAPÍTULO **2**

Iraneide Nascimento dos Santos
Carolina da Franca Bandeira

Adolescências e identidade étnico-racial:
pertencimento, racismo e resistência**.....34**

CAPÍTULO **3**

Luíza Andrade de Oliveira
Jakelline Cipriano dos Santos Raposo
Gabriela da Silva Paes
Fabiana Godoy

Racismo e futebol:
uma revisão narrativa**.....48**

CAPÍTULO **4**

Matheus dos Santos Carvalho
Kalina Vanderlei Silva
Pesquisar a homofobia na escola:
desafios éticos, relacionais e metodológicos
na produção de dados com adolescentes..... **62**

EIXO **2**

CONTEXTOS SOCIAIS, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL..... **86**

CAPÍTULO **5**

Débora Maria dos Santos Pinheiro de Lima
Kalina Vanderlei Silva
Lygia Maria Pereira da Silva
De volta pra casa:
um estudo sobre reintegração familiar
de adolescentes institucionalizados..... **87**

CAPÍTULO **6**

Luiza Seib Malheiros
Jânio Luiz Correia Júnior
Robervam de Moura Pedroza
Ricardo de Freitas Dias
Bullying* e *cyberbullying
na adolescência:
conceitos, manifestações e repercussões..... **110**

CAPÍTULO **7**

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves
Mauro Virgílio Gomes de Barros
Lygia Maria Pereira da Silva
Marco Aurélio de Valois Correia Júnior
Violência física em adolescentes
escolares de Pernambuco:
tendência temporal, paradoxo de gênero e diálogos
com a pesquisa nacional de saúde do escolar 2024..... **133**

CAPÍTULO **8**

Karine Gonçalo Nunes
Laércio Guedes de Lima Júnior
Kátia Cristina Lima de Petribú
Viviane Colares Soares de Andrade Amorim

Automutilação e tentativa de suicídio em adolescentes.....151

EIXO **3**

ESTILO DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E TECNOLOGIA.....168

CAPÍTULO **9**

Jânio Luiz Correia Júnior
Robervam de Moura Pedroza
Diego Itibere Cunha Vasconcellos
Mauro Virgilio Gomes de Barros
Ricardo de Freitas Dias

Uso de telas e qualidade do sono na adolescência:
conceitos, evidências e mecanismos..... **169**

CAPÍTULO **10**

Samanta Barbosa Feitosa
Carla Menêses Hardman
Carlos Alberto Moreno Moya
Daniel da Rocha Queiroz

Coocorrência de comportamentos de risco à saúde em adolescentes da região metropolitana do Recife.....**190**

CAPÍTULO **11**

Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida
Caroline Ramos de Moura Silva
Emmanuelly Correia de Lemos
Mauro Virgilio Gomes de Barros

Atividade física e percepção de saúde em adolescentes de Pernambuco:
achados do projeto atitude.....**207**

CAPÍTULO **12**

Gabriela da Silva Paes
Luíza Andrade de Oliveira
Fabiana Godoy

Perfil da atleta adolescente de futebol na era digital:
um estudo piloto..... **226**

EIXO **4**

DOENÇAS, AMBIENTE E SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA..... 239

CAPÍTULO **13**

Dhebora Santos de Souza
Mirian Domingos Cardoso

Tuberculose em adolescentes e jovens:
um problema persistente de saúde pública e os desafios para o cumprimento do ODS 3.3..... **240**

CAPÍTULO **14**

Giovanna Samara Lima de Araújo
Marcela Claudia de Paula Oliveira
Marco Aurélio Valois de Correia Júnior

Internações por doenças respiratórias crônicas e precipitação hídrica em um estado brasileiro:
análise temporal, 2022–2023..... **262**

Sobre os autores e autoras..... **277**

Índice remissivo..... **285**

Eixo 1

ADOLESCÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

1

Laís Navarro Xavier
José Eudes de Lorena Sobrinho
Mariana de Fátima Alves Arruda
Wemerson Gonçalo

ANÁLISE DO MODELO DE INTEGRALIDADE À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CARUARU, PERNAMBUCO

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.1

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde organiza estratégias e recursos para responder às necessidades da população, orientando redes de atenção e práticas de cuidado. No Brasil, a organização dos serviços foi historicamente marcada por uma lógica tecnicista e antropocêntrica, centrada na doença e na cura, com menor ênfase na promoção e prevenção (Paim, 2012; Mendes, 2010). Essa lógica favorece fragmentação, intervenções desnecessárias e dificuldades de acesso.

Em contraposição, a integralidade, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe articulação entre promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, considerando as singularidades dos usuários e a continuidade do cuidado na rede (Assis *et al*., 2015; Chaves *et al*., 2017; Brasil, 1990). A Rede de Atenção à Saúde deve integrar serviços, profissionais e atores sociais, enquanto a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce função estratégica como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (Mendes, 2011; Brasil, 2017; Oliveira; Cutolo, 2018).

Essa perspectiva precisa alcançar a adolescência. Embora o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o Estatuto da Criança e do Adolescente e as diretrizes nacionais tenham fortalecido o reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos, permanecem dificuldades na cobertura e na consolidação de ações específicas (Alves *et al*., 2016; Souza *et al.,* 2021; Vasconcelos *et al*., 2018). A adolescência é marcada por transformações biológicas, psicológicas, sociais, culturais e históricas, exigindo cuidado que ultrapasse o enfoque biomédico (Masson *et al*., 2020; Soares *et al*., 2017).

O objetivo deste capítulo é analisar o modelo de atenção à saúde estruturado para adolescentes em Caruaru, Pernambuco, a partir das percepções de profissionais da gestão municipal e de documentos de gestão. O município, localizado no Agreste

pernambucano e sede da IV Região de Saúde, apresenta expressivo contingente de adolescentes, tornando pertinente a análise de como a rede responde às necessidades desse grupo.

PERCURSO METODOLÓGICO E CONTEXTO DO TERRITÓRIO

Foi desenvolvida pesquisa qualitativa e analítica, com entrevistas semiestruturadas e análise documental. O roteiro foi adaptado e submetido a estudo piloto, tendo como referência documentos do Ministério da Saúde sobre o cuidado integral à saúde do adolescente. Também foi realizada busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações sobre integralidade, adolescência e atenção à saúde. Foram analisados o Mapa de Saúde de Caruaru, documentos do período de 2022 a 2025 e registros de audiências públicas municipais.

O estudo foi realizado em Caruaru-PE, município com aproximadamente 378 mil habitantes e 40.926 adolescentes de 10 a 19 anos, conforme os dados apresentados no trabalho. A cobertura da APS é de 83%, com 175 equipes de Saúde da Família, 75 equipes de Saúde Bucal e 14 equipes Multiprofissionais (eMulti). Participaram dez profissionais da gestão municipal, sendo cinco apoiadores institucionais da APS e cinco coordenadores de políticas estratégicas.

A amostragem foi não probabilística e por conveniência, incluindo profissionais com pelo menos seis meses de atuação na rede. As entrevistas ocorreram individualmente, em sala reservada, em agosto e setembro de 2023, com duração de 30 a 40 minutos, gravação em áudio e posterior transcrição. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin, em abordagem indutiva, com apoio do WebQDA.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, CAAE 68449823.0.0000.5207, Parecer nº 6.113.295, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde. Foram assegurados consentimento, anonimato e confidencialidade dos participantes, identificados como E01, E02 e assim sucessivamente.

Caruaru organiza-se em nove Territórios de Gestão Estratégica (TGS), quatro rurais e cinco urbanos. A análise do plano municipal de saúde não identificou metas estruturantes específicas para adolescentes. O documento concentra prioridades em primeira infância, idosos e gestantes, enquanto o Programa Aprender com Saúde constitui a principal iniciativa que alcança adolescentes no espaço escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ACESSO À SAÚDE E BARREIRAS PARA A INTEGRALIDADE

O acesso à saúde na adolescência é multidimensional: depende da existência dos serviços, de sua localização, capacidade de utilização, custos diretos e indiretos, compreensão das informações e aceitabilidade social e cultural. Para os adolescentes, essas dimensões se combinam a barreiras individuais e sistêmicas (Garney *et al*., 2021; Rezel-Potts *et al*., 2021).

Os profissionais relataram que adolescentes conseguem acessar urgências e emergências, mas encontram dificuldades nos serviços ambulatoriais de média complexidade, que dependem de encaminhamento pela APS. Assim, barreiras na porta de entrada repercutem no acesso especializado.

> Se a gente olhar para a atenção básica, há uma dificuldade dos usuários, que consequentemente vai dificultar principalmente para os serviços ambulatoriais como a AME infantojuvenil, que não é porta aberta. (E01).

> Não consigo enxergar no município fisicamente um serviço que acolha esse indivíduo na dimensão da adolescência. (E02).

Também foi identificada confusão entre demanda e acesso. A demanda corresponde à procura por serviços e pode ser percebida, expressa ou normativa. O acesso, por sua vez, envolve as condições que permitem transformar uma necessidade em utilização efetiva do cuidado. Disponibilidade e procura, portanto, não são equivalentes (Separavich; Couto, 2021; Lima, 2022).

Entre as barreiras individuais destacam-se desconhecimento da rede, baixa percepção da importância da prevenção, dificuldades de autonomia e estigmas relacionados à saúde mental e à sexualidade. Entre as sistêmicas aparecem insuficiência de serviços especializados, formação profissional limitada, horários pouco compatíveis com a rotina dos adolescentes e ausência de políticas que priorizem esse público.

QUALIDADE DO CUIDADO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A qualidade da atenção pode ser compreendida a partir da articulação entre estrutura, processo e resultado. Estrutura envolve recursos e condições organizacionais; processo contempla práticas, relações e coordenação do cuidado; e resultado corresponde aos efeitos produzidos na saúde, qualidade de vida e satisfação dos usuários (Donabedian, 2016; Góes *et al*., 2021).

No município, limitações estruturais e organizacionais interferem nos processos de cuidado. Os profissionais mencionaram

dificuldades para realizar trabalho de campo e aproximar os serviços dos territórios, além da percepção de que a política de cuidado permanece fortemente biomédica e pouco socioinclusiva.

> A política do cuidado para o adolescente é uma política muito voltada para o cuidado biomédico [...] não existe uma política socioinclusiva desse sujeito na atenção básica. (E06).

> São muitos programas, são cabeças e profissionais diferentes. [...] A gente precisa assumir esse papel e tratar desse adolescente antes dele complicar. (E08).

O problema não se resume à quantidade de serviços, mas à forma como são organizados e articulados. A ausência de uma política específica faz com que o adolescente seja atendido de acordo com a demanda que chega à unidade, enquanto outras prioridades populacionais permanecem mais estruturadas no cotidiano da APS.

O plano municipal de saúde registra que adolescentes de 10 a 19 anos representam 25% do total de casos de gestantes que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) mencionados no documento, constituindo dado relevante para o planejamento. Entretanto, as entrevistas não evidenciaram atenção específica e sistematizada para essas adolescentes, sugerindo distância entre necessidades identificadas e respostas organizadas.

INTEGRALIDADE E DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS

A integralidade exige serviços capazes de responder às necessidades físicas, emocionais, sociais e comportamentais dos adolescentes. Os entrevistados reconhecem a existência de ações de promoção e prevenção em escolas, atividades de saúde e grupos em unidades básicas, mas apontam que essas experiências ainda não constituem uma política municipal suficientemente estruturada.

Foram relatadas ações em escolas e creches, incluindo saúde ocular e outras atividades preventivas, além de grupo de adolescentes em unidade básica que incorporou demandas dos próprios jovens e discutiu saúde mental. Essas experiências mostram potencial para práticas participativas e para fortalecimento do vínculo.

> A gente tem as fragilidades, mas também tem uma vontade [...] falta uma política pública integrativa para os adolescentes. (E01).

> A gente tem que tentar mudar o formato do atendimento [...] para ver se a gente consegue dar um atendimento mais qualificado e integral. (E05).

A integralidade depende de articulação entre saberes, serviços e sujeitos, favorecendo autonomia e vínculo (Belga, 2023; Arruda *et al*., 2024). Assim, ampliar ações isoladas não é suficiente. É necessário organizar fluxos, responsabilidades e acompanhamento longitudinal, de modo que o adolescente não precise reconstruir sua trajetória de cuidado a cada serviço procurado.

A análise também indica que programas organizados por faixas etárias ou grupos específicos, embora importantes, podem contribuir para a invisibilidade dos adolescentes quando não existe estratégia transversal. A APS permanece como espaço privilegiado para essa integração, mas precisa de condições de trabalho e de mecanismos que permitam equilibrar suas múltiplas responsabilidades.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvido em Caruaru sob a denominação Aprender com Saúde, aparece como importante estratégia de aproximação entre adolescentes e serviços. A escola constitui espaço socialmente relevante e permite desenvolver promoção da saúde, prevenção de agravos, identificação de

necessidades e educação em saúde (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018; Dallacosta *et al*., 2022).

> Os adolescentes não têm essa cultura de irem de fato às unidades de saúde. A gente consegue essa ligação muito através de ações no território, de PSE, através da equipe multi. (E08).

As entrevistas apontam que o PSE amplia a possibilidade de vínculo com adolescentes que não procuram espontaneamente a unidade. Foram mencionadas ações frequentes em escolas e creches, realizadas em articulação com educação, APS e eMulti. A estratégia, portanto, constitui importante componente da promoção da saúde e da aproximação territorial.

Por outro lado, o PSE apresenta fragilidades quando suas ações permanecem pontuais ou dependentes da disponibilidade das equipes. A sobrecarga da APS com pré-natal, puericultura e outros programas limita o tempo destinado ao trabalho sistemático nas escolas. Estudos também apontam desafios de interdisciplinaridade e intersetorialidade na implementação do programa (De Almeida *et al*., 2024; Bombach; Lara; De Souza Silveira, 2022; Sakai *et al*., 2021).

Para ampliar sua efetividade, o PSE precisa integrar saúde, educação, família e comunidade, com planejamento, monitoramento, avaliação, capacitação e recursos adequados. Dessa forma, pode atuar como parte de uma rede de cuidado e não como substituto de uma política de atenção integral e longitudinal aos adolescentes.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

A integralidade requer articulação entre os diferentes níveis de atenção e entre setores que interferem nas condições de vida. Educação, assistência social, justiça, segurança, família e comunidade

podem ser fundamentais diante de necessidades que ultrapassam o escopo exclusivo da saúde.

Os profissionais relataram experiências de integração entre saúde e educação, inclusive por meio de instrumentos compartilhados e comunicação contínua sobre as necessidades das escolas. Também foram mencionados grupos de discussão e enfrentamento às violências nos TGS, reunindo escolas, atenção básica, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Ministério Público e outros órgãos.

> Nós fizemos [...] planilhas articuladas entre saúde e educação, que são abertas. A gente está o tempo todo alimentando, conversando, em tempo real [...] e começa a dialogar quais são as principais necessidades dessas escolas. (E04).

> Quando a gente faz esse trabalho intersetorial é onde muda tudo [...] se eu não fizer uma intervenção coletiva, uma intervenção intersetorial, eu não vou sair do lugar. (E07).

A intersetorialidade é particularmente importante nas situações de violência. O atendimento em saúde pode tratar consequências imediatas, mas não modifica sozinho as condições sociais e familiares que sustentam o problema. A articulação com assistência social, educação, conselho tutelar e sistema de justiça amplia a proteção e possibilita respostas mais abrangentes.

Outro movimento identificado foi a tentativa de avançar da lógica centrada apenas em prevenção e notificação para a promoção da cultura da paz. Esse deslocamento aproxima as práticas de uma concepção ampliada de saúde e reforça a necessidade de participação dos diferentes atores do território na construção das respostas.

LINHA DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E VÍNCULO

A inexistência de uma linha de cuidado claramente definida foi apontada como um dos principais desafios. A rede tende a responder às demandas que chegam aos serviços, com menor capacidade de antecipar necessidades e organizar ações preventivas específicas. Esse funcionamento pode dificultar a continuidade do cuidado em uma fase marcada por mudanças e pela transição para a vida adulta.

> Um dos desafios para alcançar uma saúde integral para os adolescentes seria de fato conseguir construir uma linha de cuidado para essa população [...] não tem algo muito definido, é mais a gente recebendo a demanda e trabalhando com o que a gente vai recebendo. (E02).

Uma linha de cuidado pode definir portas de entrada, fluxos de encaminhamento, responsabilidades e mecanismos de acompanhamento entre APS e serviços especializados. Para adolescentes, deve ser sensível às especificidades da idade, à diversidade de experiências e à necessidade de acolhimento sem infantilização ou adultização.

A comunicação também aparece como dimensão decisiva. Os profissionais apontam dificuldade tanto dos adolescentes em procurar os serviços quanto dos serviços em chegar até eles. Portanto, manter a unidade aberta não garante acesso efetivo: é preciso desenvolver estratégias de busca, escuta, acolhimento e comunicação adequadas ao público.

> A comunicação com os pais desses adolescentes e para com esses adolescentes [...] o adolescente tem dificuldade de procurar o serviço, o serviço tem dificuldade de procurá-lo. (E02).

A comunicação com famílias e responsáveis deve ser construída de modo colaborativo, respeitando a autonomia progressiva dos adolescentes. Ambientes acolhedores e profissionais preparados

podem favorecer confiança, expressão de necessidades e utilização mais contínua da rede. A linha de cuidado deve, portanto, combinar organização institucional, vínculo e participação.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os achados evidenciam uma realidade marcada por potencialidades e lacunas. Caruaru dispõe de uma rede capaz de alcançar adolescentes, especialmente por meio da APS, das eMulti e do PSE. Existem ainda experiências de articulação entre saúde, educação, assistência social e outros setores nos territórios.

Entretanto, o acesso não ocorre de forma homogênea. As dificuldades concentram-se na entrada e no acompanhamento pela APS e nos encaminhamentos para a média complexidade. Desconhecimento da rede, baixa procura preventiva, estigmas, dificuldades de comunicação e ausência de serviços percebidos como específicos para adolescentes podem ampliar a distância entre necessidades e oferta de cuidado.

Os resultados também indicam que as ações existentes ainda não formam uma política municipal integrativa e suficientemente estruturada. O PSE é uma estratégia importante, mas sua capacidade de produzir integralidade fica limitada quando as atividades são pontuais. Experiências exitosas de grupos e ações territoriais precisam ser incorporadas a uma organização mais permanente da rede.

A construção de uma linha de cuidado para adolescentes surge, portanto, como prioridade. Essa linha deve articular promoção, prevenção, assistência e acompanhamento; definir fluxos entre os níveis de atenção; fortalecer comunicação com adolescentes e famílias; e considerar saúde mental, sexualidade, violências, participação social e condições de vida.

A integralidade exige reconhecer que a saúde do adolescente não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. Fortalecer políticas integrativas, qualificar profissionais, ampliar estratégias territorializadas e consolidar mecanismos de comunicação e acompanhamento são caminhos para que a rede avance de uma atenção orientada predominantemente pela demanda para um modelo mais integral, preventivo, participativo e sensível às especificidades da adolescência.

A análise permite sintetizar três eixos articulados. O primeiro é o acesso: adolescentes possuem entrada mais facilitada em situações de urgência, mas enfrentam barreiras na APS e nos serviços especializados que dependem de encaminhamento. O segundo é a integralidade: existem ações e serviços, mas sua organização ainda é fragmentada e pouco específica para a adolescência. O terceiro é a intersetorialidade: há experiências promissoras de articulação, porém elas precisam ser institucionalizadas e sustentadas como parte do modelo de atenção.

Do ponto de vista da gestão, os achados indicam a importância de fortalecer a APS como coordenadora do cuidado, organizar fluxos de encaminhamento e retorno, ampliar espaços de escuta e participação dos adolescentes e qualificar profissionais para demandas específicas dessa fase da vida. A linha de cuidado deve ser construída com participação dos setores envolvidos e considerar as particularidades dos territórios urbanos e rurais.

Também se destaca a necessidade de integrar o PSE às demais ações da rede, evitando que a escola seja utilizada apenas como local para atividades pontuais. A aproximação com educação, assistência social e outros equipamentos pode favorecer identificação precoce de necessidades, acompanhamento de situações de vulnerabilidade e construção de respostas compartilhadas.

Em síntese, o estudo não revela ausência de iniciativas em Caruaru, mas uma insuficiente integração entre elas. O desafio central

consiste em transformar ações dispersas em uma política de cuidado contínuo, acessível e intersetorial. A integralidade, nesse sentido, depende tanto da oferta de serviços quanto da capacidade da rede de reconhecer adolescentes como sujeitos de direitos, acolher suas demandas e construir respostas coerentes com suas necessidades e contextos de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. J. H. *et al*. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à Estratégia Saúde da Família. **SANARE,** v. 15, n. 2, p. 37-49, 2016.

ARRUDA, M. F. A. *et al*. Reasons for adolescents seeking primary health services: motivos de procura dos adolescentes por serviços primários de saúde. **Concilium**, v. 24, n. 7, p. 343-362, 2024. DOI: 10.53660/CLM-3251-24G30.

ASSIS, M. A. A. *et al*. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 333-341, 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680221i.

BELGA, S. M. M. F. **Produção do cuidado e integralidade à saúde: perspectivas a partir do Hospital Risoleta Tolentino Neves.** 2023. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

BOMBACH, G. D.; LARA, S.; DE SOUZA SILVEIRA, M. G. Análise das fragilidades e potencialidades do Programa Saúde na Escola a partir da percepção dos multiplicadores. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, v. 8, n. 26, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 ago. 2026.

CHAVES, L. D. P. *et al*. Nursing supervision for care comprehensiveness. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0491.

DALLACOSTA, M. *et al*. Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 3, p. 244-260, 2022.

ALMEIDA, L. F. *et al*. BNCC e Programa Saúde na Escola (PSE): os (des)caminhos da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. **Revista EDaPECI**, v. 24, n. 1, p. 53-66, 2024.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. *In*: **EXPLORATIONS in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.** [S. l.]: Springer, 2016. p. 1-27. DOI: 10.1007/978-3-319-25044-7_1.

GARNEY, W. *et al*. Social-ecological barriers to access to healthcare for adolescents: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 8, p. 4138, 2021.

GÓES, R. P. *et al.* Fatores inerentes ao surgimento da incontinência urinária em idosos hospitalizados analisados à luz da tríade de Donabedian. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03773, 2021.

LIMA, N. T. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 6, p. 9-24, 2022.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018.

MASSON, L. N. *et al*. A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente suas vulnerabilidades em saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-491.

REZEL-POTTS, E. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder: parent/carer perceptions of barriers to healthcare access. **Archives of Disease in Childhood**, v. 106, n. 11, p. 1125-1128, 2021.

SAKAI, M. Y. *et al.* Diálogos com os profissionais do Programa Saúde na Escola: potencialidades e fragilidades de uma experiência. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 115-124, 2021.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3435-3446, 2021.

SOARES, G. C. *et al*. Promovendo educação em saúde no espaço não formal de aprendizagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 5-12, 2017.

SOUZA, T. T. *et al.* Adolescent mental health promotion in Latin American countries: an integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, n. 7, p. 2575-2586, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212670724 2021.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Análise de projetos PET-Saúde com enfoque na saúde do adolescente. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 32-40, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20606. Acesso em: 31 ago. 2026

2

Iraneide Nascimento dos Santos
Carolina da Franca Bandeira

ADOLESCÊNCIAS E IDENTIDADE ÉTNICO-RACIAL:

PERTENCIMENTO, RACISMO E RESISTÊNCIA

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.2

INTRODUÇÃO

O período da adolescência constitui uma etapa de intensas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e comportamentais (Sawyer *et al*., 2018), na qual se acentuam os processos de busca por autonomia, construção da autoestima e definição de projetos de vida. As adolescências são influenciadas pela inserção histórico-cultural, pelo gênero, pelo grupo social e pela geração (Martins *et al.*, 2003). Segundo Serra (1997), não existe uma única forma de vivenciar a adolescência, mas múltiplas adolescências configuradas por diferentes contextos sociais, valores, estilos de vida, comportamentos e trajetórias individuais. Essa compreensão é reforçada por Steinberg (2020), ao destacar a adolescência como um período de plasticidade e de intensificação das relações sociais, no qual emergem novas capacidades cognitivas que ampliam o pensamento crítico e reflexivo.

Nessa perspectiva, compreender as adolescências no plural implica reconhecer que essa etapa do curso de vida não é vivenciada de forma homogênea, mas é atravessada por condições sociais, culturais, territoriais e por relações racializadas. Os significados atribuídos à raça e às características fenotípicas podem participar dos processos de construção da identidade étnico-racial (Munanga, 2004) ao mesmo tempo que experiências de racismo e discriminação racial podem repercutir sobre o pertencimento, o bem-estar e a saúde. (Baysu *et al*., 2016; Benner *et al*., 2018; Krieger, 2001). Considerar as relações racializadas na compreensão das adolescências permite ainda reconhecer, conforme proposto pela teoria ecossocial, que processos sociais e históricos participam da produção dos padrões de saúde e das desigualdades entre grupos sociais (Krieger, 2001), que configuram diferentes experiências de pertencimento, exposição, proteção e resistência.

Com base nessa perspectiva, este capítulo apresenta uma reflexão teórica fundamentada em bibliografia representativa sobre a temática, articulando contribuições sobre como os adolescentes constroem e vivenciam suas identidades étnico-raciais em contextos marcados pelo racismo e pelas desigualdades. Assim, tem como objetivo analisar como as experiências de racismo e as relações racializadas influenciam a construção da identidade étnico-racial durante as adolescências. Salienta-se que o conteúdo apresentado faz parte do arcabouço teórico da tese de doutorado intitulada "Discriminação racial no contexto escolar e obesidade em adolescentes do município de Olinda/PE", defendida em 2025 no Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco. Para alcançar o objetivo proposto neste capítulo, foram analisados intelectuais de referência na temática, além de pesquisas empíricas. O texto inicia com uma discussão sobre "Identidade étnico-racial nas adolescências" e, em seguida, aborda a influência dos "Contextos de socialização, racismo e resistência" na formação da identidade étnico-racial.

DESENVOLVIMENTO

IDENTIDADE ÉTNICO-RACIAL NAS ADOLESCÊNCIAS

Durante a adolescência, mudanças cognitivas, emocionais e relacionais ampliam a exploração de si, a busca por autonomia e a importância das relações sociais na construção da identidade (Siegel, 2015). Esse processo não ocorre isoladamente, mas em interação com os contextos sociais e culturais nos quais os adolescentes estão inseridos. Assim, a construção identitária, considerada uma das tarefas centrais do desenvolvimento (Kroger; Martinussen; Marcia, 2010),

também pode ser atravessada pelos significados socialmente atribuídos à raça e pelas relações racializadas presentes nesses contextos.

A identidade constitui um processo dinâmico de construção de significados sobre si e sobre o pertencimento a diferentes grupos sociais (Hall, 2006), articulando dimensões individuais e coletivas e sendo constituída em meio a condições históricas, culturais e políticas (Hall, 2006; Umaña-Taylor *et al*., 2014).

Do ponto de vista histórico, legados estruturais, como a escravidão no Brasil, e as hierarquizações raciais construídas para categorizar os corpos e as suas trajetórias continuam moldando as identidades dos jovens (Wade, 2022). Além disso, a identidade étnico-racial está relacionada aos significados e à importância que o indivíduo atribui à sua pertença a grupos étnicos ou raciais (Helms *et al*., 2005), assim como aos processos pelos quais esses significados são construídos e transformados ao longo do tempo. A forma de ver o mundo, os julgamentos morais e valorativos, os comportamentos sociais e as posturas são resultantes de uma herança cultural (Laraia, 2001), ou seja, da influência de determinada cultura. Nessa perspectiva, as identidades não são fixas, mas construídas e reconstruídas nas relações sociais, ancoradas em condições políticas que envolvem relações de poder e disputas simbólicas (Hall, 2006).

O processo de construção identitária descrito por Erickson (1968) adquire dimensões específicas quando considerado em contextos marcados por relações racializadas. Em uma sociedade hierarquizada racialmente, um adolescente pode construir sua identidade étnico-racial a partir de um processo de identificação com referências associadas a um padrão socialmente legitimado. A identificação consiste em um processo inconsciente e constitutivo da identidade, que possibilita ao sujeito se reconhecer e se diferenciar em relação ao outro (Lago; Montibeler; Miguel, 2023). A identidade pessoal pode ser compreendida como uma representação consciente de si, à qual o indivíduo procura atribuir unidade e coerência

(Lago, 1999). Já a identidade social ou cultural se constrói nas relações coletivas e marca-a pertença do indivíduo, bem como a forma como a pessoa é representada e interpelada nos sistemas culturais que a rodeiam (Hall, 2006).

Segundo Munanga (1996), a construção da identidade permeia tanto a definição de si (autodefinição) quanto a definição dos outros (identidade atribuída). Pesquisas indicam que, nesse período de processamento emocional e social em que as opiniões sobre igualdade e diversidade são formadas, adolescentes tanto podem se tornar mais conscientes quanto podem se tornar mais suscetíveis à discriminação ou injustiça (Baysu *et al*., 2016), assim como podem internalizar os sistemas de crenças sobre sua identidade racial (Benner *et al*., 2018). Como destaca Cross (1991), dada a relação dominante/subordinada entre brancos e negros na sociedade, não é surpreendente que esse processo de desenvolvimento identitário se configure de forma distinta para os diferentes grupos raciais.

A racialização dos corpos, como argumenta Munanga (2004), não é natural, mas resultado de processos históricos de poder que buscam justificar desigualdades e legitimar exclusões. No Brasil, Sodré (1999) mostra que atributos associados à negritude foram moldados por estruturas históricas e culturais oriundas do sequestro de africanos escravizados, sendo reconfigurados pela branquitude, que estabelece o indivíduo branco como referência social e padrão de desejabilidade (Bento, 2022). Nesse cenário, a construção identitária de adolescentes negros pode ocorrer em meio a referências sociais que historicamente valorizam padrões associados à branquitude e a diferentes possibilidades de reconhecimento, ressignificação e afirmação de pertencimentos étnico-raciais.

Esse tensionamento pode ser compreendido à luz da teoria da identidade social, segundo a qual os indivíduos constroem parte de sua identidade a partir dos grupos sociais aos quais pertencem e das comparações estabelecidas entre grupos (Tajfel *et al*., 2001).

Em sociedades racialmente hierarquizadas, grupos socialmente dominantes dispõem de maior poder para definir normas, atribuir significados e controlar o acesso a recursos materiais e simbólicos (Martínez, 2005). Quando hierarquias sociais são percebidas como legítimas e estáveis, as identidades étnico-raciais tendem a ser mais vulneráveis à naturalização da desigualdade, já em contextos de instabilidade ou ilegitimidade, há uma intensificação dos processos de resistência e confronto (Scheepers; Ellemers, 2005). Assim, no ambiente escolar, as desigualdades e as disputas simbólicas nas relações podem se expressar por meio da estereotipação e de atitudes discriminatórias dirigidas a adolescentes negros.

CONTEXTOS DE SOCIALIZAÇÃO, RACISMO E RESISTÊNCIA

A adolescência representa simultaneamente uma fase de oportunidades e vulnerabilidades, moldada pela interação dinâmica entre características individuais e ambientais (Lerner, 2018). A construção da identidade ocorre em interação com diferentes contextos de desenvolvimento. Tal perspectiva encontra suporte na teoria bioecológica de Bronfenbrenner (2011), que compreende o desenvolvimento como resultado das inter-relações entre o indivíduo e diferentes contextos. Entre eles, a família representa um importante espaço de socialização, no qual se constroem vínculos e são compartilhados valores, normas e significados (Bronfenbrenner, 2011).

A família constitui um importante contexto de socialização racial, no qual crianças e adolescentes podem aprender significados atribuídos à raça, desenvolver sentimentos de pertencimento e receber orientações para interpretar e enfrentar experiências de discriminação. No entanto, essas experiências não são homogêneas e práticas familiares podem favorecer reconhecimento e valorização identitária, enquanto o silêncio ou a dificuldade de abordar o racismo

podem limitar recursos para a sua compreensão e enfrentamento (Hughes *et al*., 2006). Nesse sentido, a revisão da literatura realizada por Moreira-Primo e França (2024) evidenciou diferentes práticas de socialização étnico-racial por meio dos estudos analisados. Por um lado, as famílias negras viabilizam a socialização cultural e a preparação para lidar com o preconceito, com o intuito de fortalecer a identidade racial dos filhos e auxiliá-los no enfrentamento de situações discriminatórias. Por outro lado, as famílias brancas com frequência transmitem a mensagem de que não existem diferenças entre os indivíduos ou preferem não discutir sobre questões raciais com os filhos.

Assim como a família, outros contextos relevantes como a escola e as relações entre pares são fundamentais para a socialização e podem participar da produção de significados sobre pertencimento, diferença e identidade étnico-racial para os adolescentes. A escola constitui um contexto central de socialização durante as adolescências e participa da construção de pertencimentos e da identidade étnico-racial. Nesse ambiente, ainda persistem matrizes curriculares marcadas por referenciais eurocêntricos, enquanto contribuições históricas e culturais afro-brasileiras podem permanecer sub-representadas na formação educacional brasileira. Ao invisibilizar as contribuições culturais negras e restringir a representação da população negra aos estigmas da escravidão e da marginalidade socioeconômica (Pinheiro, 2023), o ensino nega aos estudantes negros o resgate histórico da sua ancestralidade, a construção de um pertencimento afirmativo (Silva; Bernardino; Silva, 2016) e prejudica a consolidação de sua identidade étnico-racial.

Nesse espaço, relações e práticas podem reproduzir significados e hierarquias racializadas presentes na sociedade ou podem favorecer o reconhecimento da diversidade, o enfrentamento da discriminação e a afirmação identitária. Como observa Tatum (1997), a escola desempenha um papel fundamental na socialização racial, pois adolescentes tendem a se agrupar em função de afinidades étnico-raciais, não apenas por escolha, mas como estratégia de

pertencimento, apoio e afirmação identitária em espaços marcados pela hegemonia da normatividade branca. Esse movimento revela que a construção da identidade étnico-racial ocorre em meio às interações sociais cotidianas, à convivência com os pares e, sobretudo, à maneira como a instituição escolar reconhece ou nega a diversidade cultural existente em seu ambiente.

Nesse sentido, Cavalleiro (2024) ressalta que a negação do racismo ou a ausência de práticas pedagógicas inclusivas contribuem para a reprodução de desigualdades e para a fragilização da identidade negra. Munanga (2005) complementa, referindo que a afirmação identitária constitui uma forma de resistência, por meio da qual adolescentes racializados reivindicam pertencimento e historicidade frente a um sistema que frequentemente os inferioriza. Essa perspectiva é aprofundada por hooks (2003), para quem a identidade negra se fortalece quando os espaços educativos promovem o diálogo, valorizam as diferenças e reconhecem as experiências de opressão como parte da formação crítica dos estudantes. Assim, a escola deixa de ser apenas uma instância de transmissão de conteúdo para se tornar um território de disputas simbólicas, no qual as políticas institucionais e as práticas pedagógicas podem tanto favorecer processos de reconhecimento e afirmação identitária quanto reforçar a reprodução de estigmas e exclusões.

Experiências de discriminação racial podem repercutir nos processos de construção identitária durante as adolescências. A crescente importância atribuída às relações sociais, ao pertencimento e à percepção do olhar do outro pode tornar experiências de inclusão, reconhecimento, estereotipação ou discriminação particularmente relevantes nesse período. Cavalleiro (2024) discute como experiências de discriminação e preconceito podem participar de processos de desvalorização da autoimagem entre pessoas negras. Além das repercussões sobre os processos identitários, evidências indicam associações entre experiências de discriminação racial e diferentes

dimensões do bem-estar durante as adolescências, incluindo indicadores de saúde mental (Paradies *et al.,* 2015).

Na perspectiva ecossocial de Nancy Krieger (2001), o racismo opera por meio de relações sociais de poder capazes de produzir exposições e condições de vida desiguais, que podem ser biologicamente incorporadas ao longo da vida. A discriminação racial, por sua vez, constitui uma das vias pelas quais essas relações podem repercutir sobre a saúde, cujos efeitos podem variar de acordo com o momento, a duração e a acumulação das exposições (Krieger, 2001). Dessa forma, as experiências de racismo e discriminação racial vivenciadas durante as adolescências podem ser compreendidas não apenas por suas implicações para a construção da identidade e do pertencimento, mas também como experiências socialmente produzidas com potenciais repercussões negativas sobre a saúde.

Segundo Frantz Fanon (2008, p. 92), o olhar racializante pode objetificar o sujeito negro ao reduzi-lo aos significados socialmente atribuídos à pele, à cor e ao corpo. Para o autor, esse processo pode envolver desumanização, silenciamento e negação de subjetividade. Bhabha (1998) acrescenta que o "outro" passa por um processo de estereotipação, que consiste na demarcação de diferenças, atribuindo-lhe características fixas e reducionistas, geralmente relacionadas à classe social, ao gênero, à raça ou a outras dimensões identitárias. Ao ser estereotipado, o indivíduo racializado é colocado em uma posição de subalternidade, visto como inferior ou incapaz, tendo sua singularidade negada em favor de uma representação distorcida que serve para reafirmar as relações de poder. A estereotipagem envolve relações de poder capazes de classificar, marcar diferenças e representar sujeitos no interior de regimes de representação (Hall, 2016).

Assim, a construção da identidade étnico-racial também é atravessada pelos significados socialmente atribuídos ao corpo. Cor da pele, textura do cabelo e outros traços fenotípicos podem funcionar como marcadores racializados associados a experiências

sociais diferenciadas (Silva e Silva *et al.*, 2017; Perreira; Telles, 2014). Experiências de racismo, no entanto, também podem participar de processos de questionamento, ressignificação e afirmação identitária. Isso pode ocorrer porque o adolescente negro, diante da discriminação, pode transitar de uma identidade conformista para uma identidade afirmativa, processo que atuaria como fator de proteção contra as exclusões sociais (Cross, 1991). Fanon (2008) lembra que processos de reconstrução identitária também podem assumir dimensão política, relacionada à consciência crítica e ao enfrentamento de sistemas de opressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste capítulo, que buscou analisar como as experiências de racismo e as relações racializadas influenciam a construção da identidade étnico-racial durante as adolescências, a análise teórica realizada permitiu compreender que a adolescência não é vivenciada de forma homogênea, constituindo um período de transformações e plasticidade, marcado por oportunidades e vulnerabilidades. Nesse período, as transformações socioemocionais podem aumentar a percepção do olhar do outro sobre si, ao mesmo tempo que se desenvolvem o pensamento crítico e a autonomia. Contudo, no contexto brasileiro esse processo é atravessado por um sistema de representações simbólicas marcado pela hegemonia da normatividade branca e inferiorização histórica da população negra.

Desse modo, a construção da identidade étnico-racial durante as adolescências ocorre em meio a relações familiares, escolares, comunitárias e sociais que podem produzir experiências de reconhecimento e pertencimento, mas também de racialização, estereotipação e discriminação. Essas experiências podem repercutir no bem-estar e na saúde, embora seus significados e consequências

não sejam homogêneos e dependam dos contextos, do momento e da acumulação das exposições ao longo do curso de vida, bem como dos recursos de proteção e das possibilidades de enfrentamento disponíveis aos adolescentes. O reconhecimento do racismo e os processos de afirmação da identidade étnico-racial podem também favorecer a consciência crítica, o pertencimento, a resistência e formas de ação individual e coletiva. Por outro lado, quando o racismo é naturalizado como parte "normal" da vida social, pode favorecer a internalização de estigmas e processos de desvalorização de si, com possíveis repercussões sobre a autoestima e a construção identitária. Assim, compreender as adolescências em sua pluralidade implica reconhecer adolescentes não apenas como sujeitos expostos às desigualdades raciais, mas como participantes ativos na construção de suas identidades e nos processos de resistência e enfrentamento das relações sociais que as atravessam.

REFERÊNCIAS

BAYSU, Gülseli *et al*. Minority adolescents in ethnically diverse schools: Perceptions of equal treatment buffer threat effects. **Child development**, v. 87, n. 5, p. 1352-1366, 2016.

BHABHA, Homi K. **O Local da Cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

BENNER, Aprile D. *et al*. Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: A meta-analytic review. **American psychologist**, v. 73, n. 7, p. 855-883, 2018.

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

BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAVALLEIRO, Eliane. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil.** 6. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2024.

CROSS JR, William E.; PARHAM, Thomas A.; HELMS, Janet E. The stages of Black identity development: Nigrescence models. *In*: JONES, R. L. (Ed.). **Black psychology**. 3 ed. Berkeley, CA: Cobb & Henry, 1991.

ERICKSON, Erik H. **Identity: Youth and crisis**. New York: WW Norton & Company, 1968.

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

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade.** Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HALL, Stuart. **Cultura e representação.** Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio: Apicuri, 2016.

HELMS, Janet E.; JERNIGAN, Maryam; MASCHER, Jackquelyn. The meaning of race in psychology and how to change it: a methodological perspective. **American psychologist**, v. 60, n. 1, p. 27, 2005.

HOOKS, Bell. **Teaching community: A pedagogy of hope**. New York: Routledge, 2003.

HUGHES, Diane *et al*. Parents' ethnic-racial socialization practices: a review of research and directions for future study. **Developmental psychology**, v. 42, n. 5, p. 747, 2006.

KRIEGER, Nancy. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International journal of epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001.

KROGER, Jane; MARTINUSSEN, Monica; MARCIA, James E. Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. **Journal of adolescence**, v. 33, n. 5, p. 683-698, 2010.

LAGO, Mara Coelho de Souza. Identidade: a fragmentação do conceito. *In*: SILVA, Alcione L.; LAGO, Mara C. S.; RAMOS, Tânia R. O. (Org.). **Falas de gênero: Teorias, análises, leituras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

LAGO, Mara Coelho Souza; MONTIBELER, Débora Pinheiro Silva; MIGUEL, Raquel Barros Pinto. Pardismo, Colorism and the "Brazilian Woman". **Estudos Feministas**, v. 31, n. 2, p. 1-15, 2023.

LARAIA, Roque Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LERNER, Richard M. **Concepts and Theories of human development**. 4. ed. New York: Routledge, 2018.

MARTÍNEZ, Carmen Martínez. Psicología social del prejuicio, racismo y discriminación. **Encuentros en psicología social**, v. 3, n. 1, p. 60-72, 2005.

MARTINS, Priscilla de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araújo; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003.

MOREIRA-PRIMO, Ueliton Santos; FRANÇA, Dalila Xavier de. Socialização étnico-racial parental: contribuições para o bem-estar e desenvolvimento de crianças e jovens. **Psicologia Argumento**, *[S. l.]*, v. 42, n. 116, 2024.

MUNANGA, Kabengele. Identidade, cidadania e democracia: algumas reflexões sobre os discursos antirracistas no Brasil. **Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura**, v. 5, n. 1, p. 17-24, 1996.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In*: BRANDÃO, A. A. P. (Org.). **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói: EdUFF, 2004.

MUNANGA, Kabengele. **Superando o Racismo na escola**. 2ª ed. rev./Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005. p. 204.

PARADIES, Yin *et al.* Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 10, n. 9, p. e0138511, 2015.

PERREIRA, Krista M.; TELLES, Edward E. The color of health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. **Social science & medicine**, v. 116, p. 241-250, 2014.

PINHEIRO, Bárbara Carine Soares. **Como ser um educador antirracista**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2023.

SAWYER, Susan M. *et al*. The age of adolescence. **The lancet child & adolescent health**, v. 2, n. 3, p. 223-228, 2018.

SCHEEPERS, Daan; ELLEMERS, Naomi. When the pressure is up: The assessment of social identity threat in low and high status groups. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 41, n. 2, p. 192-200, 2005.

SERRA, E. Adolescência: perspectiva evolutiva. **Anais do VII Congresso INFAD**. Oviedo, Espanha: INFAD. 1997. p. 24-28.

SIEGEL, Daniel J. **Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain**. New York: Penguin, 2015.

SILVA, Maria Josilânia; BERNARDINO, Maria Cleide Rodrigues; SILVA, Joselina. Etnografia do bullying racial na escola: um olhar da biblioteconomia e da ciência da informação. **Revista Magistro**, v. 1, n. 13, 2016.

SILVA e SILVA, Tainan *et al.* O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Direito UNIFACS–Debate Virtual**, n. 201, 2017.

SODRÉ, Muniz. **Claros e escuros: identidade, povo e mídia no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

STEINBERG, Laurence. **Adolescence.** 12. ed. New York: McGraw-Hill, 2020.

TAJFEL, Henri; TURNER, John. An integrative theory of intergroup conflict. *In*: HOGG, Michael A.; ABRAMS, Dominic (Eds.). **Intergroup relations: Essential readings**, p. 94-109, 2001.

TATUM, Beverly Daniel. **Why are all the Black kids sitting together in the cafeteria?.** 2017.

UMAÑA-TAYLOR, Adriana J. *et al*. Ethnic and racial identity during adolescence and into young adulthood: An integrated conceptualization. **Child development**, v. 85, n. 1, p. 21-39, 2014.

WADE, Peter. Studies on Racialized Relations. *In*: REITER, Bernd; SÁNCHEZ, John A. (Eds.), **Routledge Handbook of Afro-Latin American Studies.** Routledge, 2022. p. 146-154.

3

Luíza Andrade de Oliveira
Jakelline Cipriano dos Santos Raposo
Gabriela da Silva Paes
Fabiana Godoy

RACISMO E FUTEBOL:

UMA REVISÃO NARRATIVA

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.3

INTRODUÇÃO

Em 21 de maio de 2023, o jogador de futebol brasileiro Vinícius Júnior, de 22 anos, foi vítima de racismo enquanto jogava uma partida pelo seu time, Real Madrid, contra o Valencia, na La Liga, campeonato espanhol. Torcedores gritaram ofensas racistas, chamando-o de macaco. Esse não foi o primeiro ataque que Vini Jr. sofreu – em dois anos e sete meses de clube, esse foi o décimo episódio de racismo contra o jogador. Ele chegou até mesmo a se pronunciar sobre a série de ataques: "Não foi a primeira vez, nem a segunda, nem a terceira. O racismo é o normal na La Liga" (BBC, 2023).

Em 26 de janeiro de 2023, na véspera do jogo entre Real Madrid e Atlético Madrid, torcedores do time adversário penduraram um boneco com a camisa de Vini Jr. em uma ponte simulando o enforcamento do jogador. Este ato tem sido ligado à supremacia branca, pois o grupo terrorista Ku Klux Klan promovia enforcamentos públicos de pessoas negras nos Estados Unidos (Silva, 2026). Apesar disso, nenhuma ação foi tomada pelas autoridades espanholas em relação ao episódio; apenas notas solicitando "sanções severas" foram emitidas pela La Liga e pela Federação Espanhola (UOL, 2023).

Vinícius Júnior foi contratado pelo Real Madrid aos 16 anos em acordo realizado com seu então time, Flamengo, por 45 milhões de euros (Globo Esporte, 2017), e tem se destacado no futebol, chegando a ganhar o prêmio Bola de Ouro do Mundial de Clubes (Globo Esporte, 2023). Ainda assim, bem-sucedido, famoso e rico, ele não é poupado dos ataques racistas, o que traz à tona o debate de como a raça vem antes de qualquer adjetivo e das implicações desse fato na sociedade e na vida de todos.

O futebol, descendente longevo dos jogos populares medievais, sendo modernizado na Inglaterra no século XIX, se disseminou por vários territórios a partir das relações entre as elites desses países

e as elites inglesas (Lopes; Hollanda, 2018; Mackedanz *et al*., 2021). No Brasil, o esporte chegou por meio de Charles Miller, paulista, filho de pais com nacionalidade inglesa e escocesa, que em 1894, ao retornar ao Brasil após uma década de estudos na Inglaterra, trouxe consigo dois uniformes completos, uma bomba de ar, uma agulha e um livro com as regras básicas do futebol (Silva; Paula, 2020; Hora, 2022).

O futebol chegou ao Brasil seis anos após a abolição da escravatura, mas era elitista e racista, já que as únicas pessoas que podiam jogar eram os estudantes do College Mackenzie e seus familiares ingleses (Silva; Paula, 2020). Em 1902, ocorreu o primeiro Campeonato Paulista e as equipes eram formadas exclusivamente por homens brancos da elite paulista.

O esporte foi se popularizando a ponto de negros e trabalhadores de fábricas começarem a entrar em alguns clubes. O Vasco da Gama, por exemplo, quase foi penalizado com exclusão do campeonato carioca de 1920 por ter muitos negros em seu time. Em 1921, para o Campeonato Sul-Americano, o Presidente da República Epitácio Pessoa, sob a justificativa de preservar a reputação do Brasil, recomendou que apenas jogadores brancos pudessem participar das partidas. Uma década depois, em 1933, o futebol se tornou uma profissão, o que permitia à elite contratar jogadores negros sem ter que permitir que eles frequentassem as sedes dos clubes, como acontecia com os sócios-atletas (que eram brancos e da elite) (Silva; Paula, 2020; Hora, 2022).

O futebol é uma prática cultural e no Brasil há um forte enlaçamento entre ele e a identidade social e nacional. Conforme conceituado por Silva e Paula (2020), ele é um dos principais produtos para a "indústria do entretenimento", servindo de suporte para a comercialização dos mais diversos produtos – canais de *pay-per-view*, roupas, brinquedos, produtos de higiene pessoal, jogos de *videogame*. Além disso, está presente cotidianamente na programação de rádio, televisão e mídias sociais. Sendo assim, no futebol, também

se apresentam os valores sociais da época e a ambivalência das representações socialmente construídas sobre a raça negra – ora elogiada, ora preterida dos campos (Oliveira *et al*., 2021).

Mesmo sendo o Brasil "o país do futebol", quando se trata da modalidade feminina do esporte, há uma desvalorização da prática – não há visibilidade nem o mesmo reconhecimento social que a modalidade masculina, refletindo o sexismo que relega às mulheres o lugar de cuidadoras ou de objetos sexuais na sociedade (Teixeira, 2013).

Diante do exposto, o trabalho em questão tem por objetivo analisar o racismo no futebol brasileiro e as intersecções entre gênero e raça no esporte.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa, com buscas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, entre abril e maio de 2023, utilizando as palavras-chave "racismo" e "futebol".

Optou-se por usar apenas esses termos de busca no intuito de realizar uma pesquisa abrangente o suficiente sobre a produção acadêmica brasileira no tema. As informações foram selecionadas através de levantamento bibliográfico qualitativo contendo artigos científicos, materiais jornalísticos e dados oriundos de bases nacionais de pesquisa.

A partir das leituras selecionadas, foram construídas categorias analíticas, relacionadas entre si, que auxiliaram na compreensão do tema, a saber: 1) Racismo e futebol masculino no Brasil; 2) Intersecções entre raça e gênero no futebol feminino brasileiro. É importante ressaltar que foram respeitadas as determinações referentes aos direitos autorais e à ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RACISMO E FUTEBOL MASCULINO NO BRASIL

Raça é um conceito que foi criado inicialmente pela biologia para categorizar espécies e no século XVIII começou a ser utilizado para distinguir os seres humanos e para justificar a sobreposição ou dominação de um grupo humano sobre outro. O conceito de raça foi empregado para promover e autorizar a exploração de povos não brancos, sendo que o europeu seria o "homem universal" e todos os outros passaram a ser considerados "menos evoluídos" (Oliveira *et al*., 2021).

> A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior (Souza, 1983, p. 19).

Kon, Silva e Abud (2017) evidenciam que, mesmo com a evolução das ciências biológicas e a demonstração de que a raça não existe, as crenças racistas permanecem, demonstrando que o conhecimento em si não é suficiente, pois os racistas são movidos por outra racionalidade, que não necessariamente é a científica.

De acordo com o filósofo Silvio Almeida (2020), o racismo é sempre estrutural – é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Não se trata de um fenômeno patológico, mas de um fenômeno normal da sociedade.

> Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem (Almeida, 2020, p. 32).

Há uma grande parcela da sociedade que quer acreditar na concepção individualista do racismo, concebendo-o como uma "patologia", uma irracionalidade a ser combatida no campo jurídico por meio de sanções civis ou penais. Ao se limitar o olhar a essa concepção, deixa-se de lado o fato de que os maiores terrores causados pelo racismo foram produzidos por meios legais, com apoio de líderes políticos e religiosos (Almeida, 2020).

Faz-se necessário ainda o estudo da particularidade do racismo em cada localidade. No Brasil, a representação de nação foi marcada por uma economia e sociabilidade sustentadas na violência racista. Foi constituída uma política de desumanização sistemática para permitir que escravizados fossem sequestrados e vendidos, tratados como mercadoria e força de trabalho barata. Com a abolição da escravidão, os escravizados foram incorporados à condição de brasileiros. No entanto, isso aconteceu a partir de uma política de miscigenação. A política do embranquecimento da população, estabelecida ativamente pelo Estado, permitiria que esses "novos brasileiros" tivessem uma ascensão social desde que assimilassem as condutas e atitudes da população branca – tanto esteticamente quanto culturalmente (Kon; Silva; Abud, 2017).

Nesse cenário desenvolveu-se o racismo à brasileira, em que as crenças da democracia racial e da mestiçagem mascaram a brutalidade do cotidiano. Os ataques sofridos no dia a dia por negros e não brancos frequentemente caem na condição da "não existência", sendo desmentidos pelo discurso coletivo. Muitas vezes, o argumento utilizado é de que o Brasil não é um país racista, que a discriminação sofrida seria apenas uma questão econômica, ou seja, que negros, indígenas e outros não brancos são discriminados por serem pobres (Kon; Silva; Abud, 2017). Entretanto, se não houvesse discriminação racial contra pessoas ricas, por que jogadores de futebol em seu auge na carreira, ganhando milhões de euros por mês ainda sofrem frequentemente ataques racistas?

Pensando na lógica do racismo à brasileira, é possível observar como no futebol os elogios aos negros servem tanto para integrá-los a um projeto de nação mestiça bem-sucedida, através das vitórias nos campos, quanto para distanciá-los das atividades racionais de uma sociedade guiada por princípios liberais. Ou seja, os discursos nacionalistas simultaneamente incluem e usam estratégias para excluir (Oliveira *et al*., 2021).

Um caso notório de racismo no futebol brasileiro e que tem repercussões até hoje é o do goleiro Barbosa, que na final da Copa do Mundo de 1950, sediada no estádio do Maracanã, sofreu um gol que levou à vitória do Uruguai. Essa Copa, por ser a primeira realizada após a Segunda Guerra Mundial, trazia consigo uma série de significados internos e externos – inclusive tendo importância para as relações internacionais. Havia interesse em divulgar uma nova imagem do Brasil. A vitória da seleção faria com que o brasileiro se orgulhasse de si mesmo; seria possível visualizar um futuro promissor para o país (Abrahão; Soares, 2009).

Sendo o futebol tratado no Brasil como uma questão nacional, é também através dele que os impasses dessa sociedade desigual e miscigenada são ativados. Quando há uma derrota, são procurados culpados que possam personificar o insucesso, pois em cada perda de partida há mais do que futebol: o prestígio e a autoestima da nação estão em jogo. Nesse sentido, no momento da vitória uruguaia na Copa de 1950, a justificativa de que o goleiro Barbosa, por ser negro, não teria o equilíbrio psicológico necessário para atuar diante de uma situação decisiva evidencia o racismo e corrobora as teorias do século XIX que viam o futuro do Brasil com pessimismo pela presença de negros entre as raças que compunham o povo brasileiro e por causa da miscigenação (Abrahão; Soares, 2009).

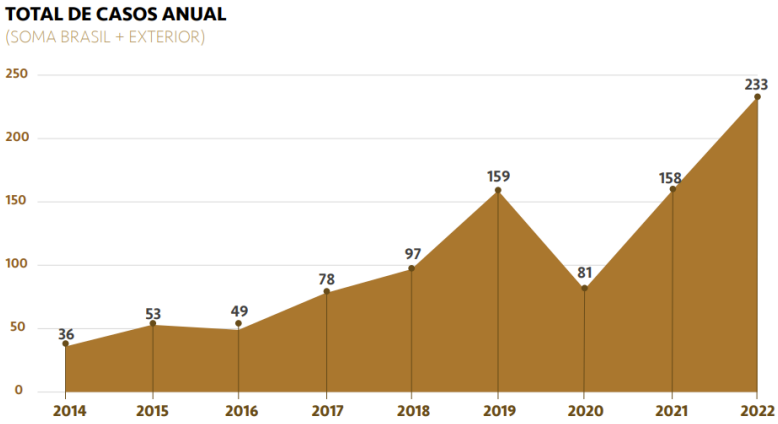
As repercussões desse episódio racista seguem presentes quando a presença e a competência de goleiros negros são questionadas até hoje, como se as capacidades cognitivas e

comportamentais deles estivessem determinadas pela cor da pele (Mackedanz *et al*., 2021).

O Observatório da Discriminação Racial no Brasil é um projeto que foi criado em 2014, com o intuito de monitorar, acompanhar e noticiar casos de racismo no futebol brasileiro. Atualmente, tem também registrado e denunciado casos que ocorrem no exterior contra atletas brasileiros, além de episódios em outros esportes, casos de xenofobia, machismo e LGBTfobia (Observatório, 2022).

Em 2021, na oitava edição do Relatório Anual da Discriminação Racial no Futebol, foi registrado um aumento de 97,5% nos casos de discriminação e preconceito no esporte brasileiro (Figura 1). Esse aumento tão expressivo, quando comparado ao ano anterior, se deu pelo retorno das torcidas aos estádios, tendo em vista que, devido à pandemia de COVID-19, o público foi proibido de comparecer às partidas em 2020 (Observatório, 2022).

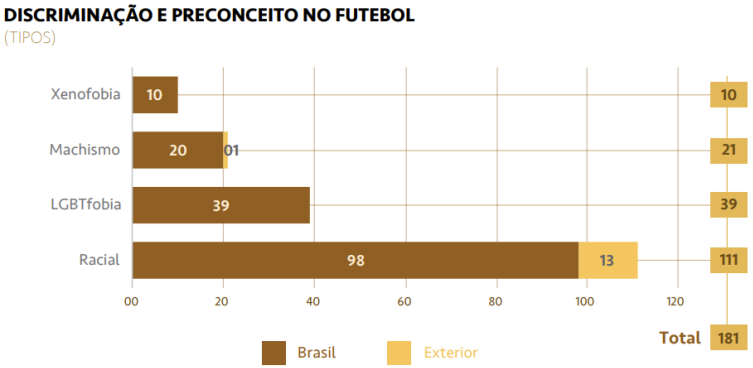
Figura 1 - Demonstra a quantidade de casos de discriminação e preconceito nos esportes de 2014 a 2021



Fonte: Relatório anual da discriminação racial no futebol (Observatório, 2022, p. 16).

Ao especificar o tipo de discriminação e preconceito, observa-se que a grande maioria dos casos é relativa ao preconceito racial. Além de a maioria ocorrer em solo nacional, conforme demonstrado na figura 2 (Observatório, 2022).

Figura 2 - Discriminações e preconceitos no futebol



Fonte: Relatório anual da discriminação racial no futebol (Observatório, 2022, p. 21).

Dos 74 casos ocorridos no futebol, 48 das vítimas foram os atletas. E os perpetradores foram os torcedores em 44 casos.

Mesmo com quantitativo expressivo de casos, sabe-se que há ainda subnotificação dos casos de racismo e injúria racial no futebol brasileiro. Como podemos observar através do discurso que o Pelé fez ao analisar o caso do goleiro Aranha, jogador negro do Santos que sofreu racismo em partida contra o Grêmio em 2014:

> O Aranha se precipitou em querer brigar com a torcida. Se eu fosse querer parar o jogo cada vez que me chamassem de macaco ou crioulo, todos os jogos iriam parar. O torcedor grita mesmo. Temos que coibir o racismo. Mas não é num lugar público que você vai coibir. O Santos tinha Dorval, Coutinho, Pelé... todos negros. Éramos xingados de tudo quanto é nome. Não houve brigas porque não dávamos atenção. Quanto mais se falar, mais vai ter racismo (Souza *et al*., 2015).

Esse comentário é um reflexo do racismo à brasileira e do mito da democracia racial, já que Pelé reconhece que houve racismo, mas argumenta que a melhor maneira de lidar com isso seria silenciando as vítimas. Além disso, punições pouco enfáticas e nem sempre aplicadas corroboram a dúvida das pessoas que sofrem os ataques em relação à efetividade das denúncias, além de se preocuparem com a minimização e até mesmo ridicularização de seus afetos de medo, angústia, tristeza, revolta.

A impossibilidade de nomear e admitir que há racismo no Brasil impede o pensamento e até mesmo a defesa contra os ataques. O que fica são as marcas da violência, que reavivam as memórias das gerações anteriores e do passado escravocrata. (Kon; Silva; Abud, 2017).

INTERSECÇÕES ENTRE RAÇA E GÊNERO NO FUTEBOL FEMININO BRASILEIRO

No Brasil, ser negra e mulher é ser alvo de tripla discriminação. As mulheres negras ficam no topo da opressão, sofrendo mais que mulheres brancas e homens negros, pela conjunção do racismo e do sexismo. Além de ser de certa forma destinada aos trabalhos domésticos, sofrendo um reforço da internalização da diferença, da subordinação e da "inferioridade", a mulher negra costuma ter dupla jornada, sendo responsável pelos cuidados da sua casa e família. Quando não está em trabalhos domésticos, ela segue em trabalhos com baixa remuneração, em supermercados, escolas ou hospitais (Gonzales, 2020).

É importante ressaltar que as formas de opressão (racismo, sexismo e também lesbofobia) são interseccionais, pois devem ser vistas como produção de efeitos específicos, não como sobreposição, pois elas se entrecruzam. Não é possível equiparar racismo e

sexismo, por exemplo. Se uma mulher branca diz que sofre sexismo como uma pessoa negra sofre racismo, ela omite que, por ser branca, exerce privilégios brancos, enquanto uma mulher negra, além de sofrer sexismo, também sofre racismo (Kilomba, 2020).

Desde 1910 há registros de mulheres no futebol. Reproduzindo a tradição aristocrática do esporte, inicialmente apenas aquelas que pertenciam à alta sociedade tinham acesso ao futebol. Em 1921, houve um dos marcos do futebol feminino com o jogo das "senhoritas" ocorrido em São Paulo. Além da aristocracia, o futebol se disseminou para as áreas suburbanas e circos, mas nesses contextos, eram estigmatizadas as mulheres que o praticavam – um prenúncio de como seria o tratamento às esportistas até hoje (Bonfim, 2019).

Martins, Silva e Vasquez (2021) utilizaram o Suplemento de Práticas de Esporte e Atividades físicas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2015 (PNAD) para analisar as distribuições de sexo, cor ou raça e renda mensal individual e familiar das pessoas que praticaram esportes, especificamente o futebol. Os pesquisadores puderam observar que a prática esportiva é mais frequente entre homens do que entre mulheres. Isso reflete as relações distintas que são impostas a homens e mulheres em relação ao esporte. Já que muitos esportes são descritos como masculinos e agressivos. Há na sociedade um incentivo maior para que homens pratiquem esportes, e mesmo quando as mulheres se engajam nas práticas esportivas, ficam sujeitas a sofrerem algum tipo de discriminação (Martins; Silva; Vasquez, 2021).

Ainda no mesmo estudo, das pessoas que jogam futebol, apenas 6% são mulheres. Sendo o Brasil "o país do futebol", questiona-se o motivo de uma porcentagem tão inexpressiva de mulheres jogando. Os discursos culturais promovendo intolerâncias e preconceitos têm impacto nesses números (Martins; Silva; Vasquez, 2021).

Ao abordar o tema raça e cor, 71,7% das mulheres que jogam futebol são negras. As mulheres brancas têm mais chance de praticar esportes, mas quando se trata de futebol, a chance de uma mulher negra praticar é 2 vezes maior que a de uma mulher branca. Isso teria relação com os aspectos financeiros – o futebol, ainda que mal remunerado e desvalorizado, seria uma possibilidade de profissão para mulheres negras de baixa renda. Teria relação também com a representação social de que mulheres negras não se enquadrariam na representação de fragilidade feminina, mas que são "aptas" a trabalhos braçais, por terem trabalhado em funções laborais dispendiosas, e por isso, poderiam praticar um esporte ligado à masculinidade (Martins; Silva; Vasquez, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra como, independentemente da importância do futebol enquanto símbolo e construção do sentimento de nacionalidade do Brasil, o racismo permeia as relações e é evidenciado a todo momento. Além disso, quando se pensa na intersecção com gênero, é possível observar como as jogadoras negras sofrem ainda mais pelo duplo preconceito – de gênero e de raça.

Iniciativas como a do Observatório da Discriminação Racial no Brasil são fundamentais para que haja um monitoramento e sistematização das denúncias dos casos de discriminação, para que as vítimas se sintam cada vez mais fortalecidas para denunciar e o Estado sinta a cobrança popular e seja impelido a aplicar sanções cada vez mais efetivas no intuito de coibir as práticas racistas e sexistas.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, B. O. L.; SOARES, A. J. G. O que o brasileiro não esquece nem a tiro é o chamado frango de Barbosa: questões sobre o racismo no futebol brasileiro. **Movimento,** Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 13-31, 2009.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural.** São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

BBC. 'NÃO FOI PRIMEIRA, SEGUNDA OU TERCEIRA': 10 VEZES EM QUE VINI JR. FOI VÍTIMA DE RACISMO NA ESPANHA. **BBC**, 22 mai. 2023. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/articles/c729gypd570o. Acesso em: 20 de dezembro de 2023.

BONFIM, A. F. **Football Feminino entre festas esportivas, circos e campos suburbanos: uma história social do futebol praticado por mulheres da introdução à proibição (1915-1941).** Dissertação (Mestrado) – Escola de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas, Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2019.

GLOBO ESPORTE. Real madrid e flamengo anunciam acordo de venda de vinicius junior. **GloboEsporte.com**, 23 mai. 2017. Disponível em: https://ge.globo.com/futebol/times/flamengo/noticia/real-madrid-anuncia-a-contratacao-de-vinicius-junior-do-flamengo.ghtml. Acesso em: 20 de dezembro de 2023.

GLOBO ESPORTE. Mundial de clubes: vinicius junior é eleito o craque do torneio. **GloboEsporte.com**, 11 fev. 2023. Disponível em: https://ge.globo.com/futebol/mundial-de-clubes/noticia/2023/02/11/mundial-de-clubes-vinicius-junior-e-eleito-o-craque-do-torneio.ghtml. Acesso em: 12 de dezembro de 2023.

GONZALES, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano:** ensaios, intervenções e diálogos. Organização: RIOS, F.; LIMA, M. Rio de Janeiro, Zahar, 2020.

HORA, G. D. O racismo no futebol brasileiro. **Avesso: pensamento, memória e sociedade,** v. 3, n. 2, 2022.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação:** episódios de racismo cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro, Cobogó, 2020.

KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (org). **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. 1. ed. São Paulo, Perspectiva, 2017.

LOPES, F. T. P.; HOLLANDA, B. B. B. "Ódio eterno ao futebol moderno": poder, dominação e resistência nas arquibancadas dos estádios da cidade de São Paulo. **Tempo,** Niterói, v. 24, n. 2, p. 207-232, 2018.

MACKEDANZ, C. F.; FERREIRA, E. T.; SILVA, G. G.; BENDER, L. B.; RIGO, L. C. O negro no futebol brasileiro: uma revisão sistemática a partir de periódicos nacionais da EF. **Licere,** Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 147-172, 2021.

MARTINS, M. Z.; SILVA, K. R. S.; VASQUEZ, V. As mulheres e o país do futebol: intersecções de gênero, classe e raça no Brasil. **Movimento,** Porto Alegre, v. 27, e27006, 2021.

OBSERVATÓRIO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO FUTEBOL. **Relatório anual da discriminação racial no futebol 2021.** Observatório da Discriminação Racial no Futebol, Museu da UFRGS. Porto Alegre, Museu da UFRGS, 2022.

OLIVEIRA, G. R. B.; BATISTA, C.; SOUZA, J. S.; ABRAHÃO, B. O. L. O que dizem

as denúncias de discriminação racial no futebol brasileiro. **Licere,** Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 238-261, 2021.

SILVA, D. N. **Supremacia branca**. Brasil Escola, 2026. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/historia/supremacia-branca.htm. Acesso em: 28 de setembro de 2026.

SILVA, F. H. A.; PAULA, P. A. F. Os impactos do racismo na subjetividade do jogador de futebol negro. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v. 40 (n.spe), e230122, p. 1-12, 2020.

SOUZA, M. T. O.; JENSEN, L.; CAPRARO, A. M.; CAVALCANTI, E. A. Injúria racial no futebol brasileiro: uma análise sócio-histórica de alguns casos (não tão) esporádicos ocorridos nos últimos anos. **Motrivivência,** v. 27, n. 46, p. 230-240, 2015.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

TEIXEIRA, F. L. S.; CAMINHA, I. O. Preconceito no futebol feminino brasileiro: uma revisão sistemática. **Movimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 265-287, 2013.

UOL. Racismo contra vini jr explodiu junto com protagonismo do jogador pelo real. **UOL.** 25 mai. 2023. Disponível em: https://www.uol.com.br/esporte/futebol/ultimas-noticias/2023/05/23/vinicius-jr-real-madrid-racismo-protagonismo.htm. Acesso em: 23 de maio de 2023.

4

Matheus dos Santos Carvalho
Kalina Vanderlei Silva

PESQUISAR A HOMOFOBIA NA ESCOLA:

DESAFIOS ÉTICOS, RELACIONAIS E METODOLÓGICOS NA PRODUÇÃO DE DADOS COM ADOLESCENTES

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.4

INTRODUÇÃO

A escola se constitui como espaço privilegiado de socialização, formação e construção de vínculos durante a adolescência, mas também pode reproduzir desigualdades e normas sociais que regulam os modos de expressão de gênero e sexualidade (Rodrigues; Coelho, 2018; Silva *et al*., 2021). Nesse contexto, a homofobia pode se manifestar por meio de práticas discriminatórias, violências simbólicas e explícitas, silenciamentos e processos de exclusão, produzindo repercussões sobre as experiências escolares e as relações sociais de adolescentes que não se enquadram nas expectativas heteronormativas (Silva *et al*., 2021). Logo, as experiências de preconceito, rejeição, *bullying* e discriminação, relacionadas à orientação sexual, podem comprometer a permanência e a participação dos adolescentes no ambiente escolar, além de repercutirem sobre sua autoestima e seu bem-estar. Esses processos são atravessados por relações de poder e por mecanismos de invisibilização que contribuem para a naturalização de determinadas formas de violência e para o silenciamento das experiências de sujeitos dissidentes da heteronormatividade (Junqueira, 2009; Falleiros *et al.,* 2018; Silva *et al.,* 2021). Nesse sentido, compreender a homofobia no contexto escolar requer considerar não apenas suas manifestações, mas também as condições sociais e institucionais que favorecem sua manutenção.

A investigação desses fenômenos com adolescentes, entretanto, envolve especificidades éticas, relacionais e metodológicas. A entrada do pesquisador no campo depende de negociações com instituições, gestores, responsáveis e participantes e pode ser influenciada pelas características do cenário investigado e pela sensibilidade do tema (Matta *et al*., 2021). Em pesquisas qualitativas, particularmente aquelas que abordam sexualidade, estigma e discriminação, a construção do vínculo, a confidencialidade e a posição ocupada pelo pesquisador constituem elementos diretamente

relacionados às condições de produção dos dados (Angrosino, 2009; Minayo, 2014). Além disso, a participação de adolescentes em pesquisas sobre orientação sexual pode ser atravessada pelo receio de exposição, pela necessidade de autorização dos responsáveis e pelas próprias condições de visibilidade ou ocultamento das identidades no ambiente escolar. Esses aspectos podem interferir tanto no acesso do pesquisador aos participantes quanto na possibilidade de expressão de determinadas experiências por parte dos sujeitos entrevistados, exigindo do pesquisador estratégias metodológicas que conciliem produção de conhecimento, proteção dos participantes e respeito à autonomia e à confidencialidade (Macapagal *et al*., 2015).

No âmbito da pesquisa qualitativa, técnicas como a observação participante, o diário de campo e as entrevistas permitem acessar experiências, significados e relações que não são facilmente apreendidos por abordagens estritamente quantitativas. Contudo, sua utilização em contextos sensíveis exige reconhecer que a produção dos dados não ocorre de forma neutra ou linear. A presença do pesquisador modifica o campo ao mesmo tempo em que é modificada por ele, tornando a reflexividade, a construção de confiança e a análise das condições relacionais de produção dos dados dimensões fundamentais do processo investigativo (Angrosino, 2009; Minayo, 2014).

Embora exista ampla produção científica sobre homofobia e diversidade sexual no ambiente escolar, são menos frequentes os estudos que tomam como objeto de reflexão as dificuldades concretas envolvidas na inserção no campo e na produção de dados com adolescentes em pesquisas qualitativas sobre essa temática. Problemas relacionados ao acesso às instituições, à identificação e recrutamento dos participantes, à construção de vínculos, ao manejo de situações emocionalmente sensíveis e à posição do pesquisador podem permanecer pouco explicitados nos relatos científicos, apesar de influenciarem diretamente o percurso e as condições de produção do conhecimento.

Diante disso, torna-se relevante discutir a pesquisa não apenas a partir de seus resultados sobre o fenômeno investigado, mas também a partir do percurso metodológico que possibilitou sua construção. A explicitação dessas experiências pode contribuir para o aprimoramento de estratégias de pesquisa qualitativa em contextos escolares e para o desenvolvimento de práticas investigativas mais éticas, reflexivas e sensíveis diante de temas que envolvem adolescentes e populações submetidas a estigma e discriminação (Martins, 2004). Assim, este estudo tem como objetivo analisar os desafios éticos, relacionais e metodológicos vivenciados durante a inserção de pesquisadores no campo e a produção de dados em uma pesquisa qualitativa sobre homofobia escolar com adolescentes.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, construído a partir do percurso metodológico vivenciado durante uma pesquisa de mestrado sobre as representações sociais de adolescentes acerca da homofobia no contexto escolar, tendo como objeto a experiência do pesquisador, responsável pela coleta de dados, no processo de inserção no campo, sua aproximação com os participantes e produção dos dados, com ênfase nos desafios éticos, institucionais e relacionais encontrados durante a investigação.

A experiência foi desenvolvida em escolas públicas de ensino médio da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, no contexto de uma pesquisa vinculada ao projeto "As Representações sobre Identidade e Gênero construídas por Adolescentes da Região Metropolitana do Recife", desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco entre 2024 e 2026, que deu origem à dissertação de mestrado. Inicialmente,

foram estabelecidos contatos com três instituições escolares, aqui identificadas como Escola A, Escola B e Escola C, a fim de preservar o anonimato. Entretanto, apenas uma instituição possibilitou a continuidade da pesquisa, em decorrência de recusas institucionais e mudanças nas condições de funcionamento do campo, como discutiremos a seguir.

A partir daí foi possível coletar dados com cinco adolescentes, com idades entre 14 e 19 anos e regularmente matriculados na escola, selecionados conforme os critérios supramencionados previamente estabelecidos pelo projeto (Carvalho; Paiva, 2026). Importante mencionar que a orientação sexual dos participantes não foi inferida pelo pesquisador a partir de características físicas, comportamentais ou de performances de gênero, mas foi considerada a partir da manifestação dos próprios adolescentes.

Com a inserção no campo ocorrendo de maneira gradual, mediante apresentação do projeto às instituições, reconhecimento dos espaços escolares e aproximação com a comunidade escolar, o acesso aos participantes foi construído progressivamente, considerando as condições de privacidade e voluntariedade exigidas pela temática investigada. Logo, o recrutamento ocorreu por aproximações espontâneas e mediações estabelecidas no cotidiano escolar, complementado pela estratégia de amostragem em "bola de neve" (Vinuto, 2014). O processo foi atravessado por recusas, impossibilidades de participação, transferência escolar e outras condições que limitaram o acesso aos adolescentes elegíveis. Essas situações foram registradas no diário de campo e posteriormente consideradas na sistematização da experiência.

De forma geral, a produção dos dados da pesquisa de origem envolveu observação participante, entrevistas individuais em profundidade e diário de campo. A observação participante possibilitou acompanhar as dinâmicas do cotidiano escolar e favorecer a construção gradual de vínculos com os participantes. As entrevistas

foram conduzidas individualmente, em espaço reservado, utilizando-se princípios da História Oral Temática, e foram registradas em áudio mediante consentimento. Posteriormente, foram transcritas pelo pesquisador. O diário de campo, por sua vez, foi utilizado durante todo o percurso para registrar acontecimentos, interações, dificuldades, estratégias de aproximação e reflexões produzidas a partir da experiência no campo (Cachado, 2021; Meihy, 2000).

Em todo esse processo, considerou-se a posição do pesquisador como elemento constitutivo da produção dos dados. As relações estabelecidas com a comunidade escolar, as percepções decorrentes da presença no campo e as estratégias utilizadas para equilibrar proximidade e distanciamento foram registradas no diário de campo e incorporadas ao processo reflexivo da pesquisa. Então, para a elaboração do presente relato, foram considerados os registros produzidos durante o percurso de campo da pesquisa em questão, especialmente aqueles relacionados à inserção institucional, acesso aos participantes, observação, construção de vínculos e realização das entrevistas. O material foi submetido à leitura sistemática e organização temática, considerando a recorrência das situações vivenciadas e sua relação com as condições de produção da pesquisa.

A partir desse processo, foram constituídos quatro eixos de análise para discutirmos a metodologia envolvida na pesquisa realizada nessas escolas: (1) inserção no campo: negociação, recusa e instabilidade para execução da pesquisa; (2) seleção dos participantes: invisibilidade, impossibilidades e limites da acessibilidade em contexto de estigma; (3) observação participante: estranhamento, implicação e construção de confiança; e (4) entrevista: produção de narrativas, vulnerabilidade e ética do cuidado.

A pesquisa de origem foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer consubstanciado nº 6.462.540 e CAAE nº 73567617.9.0000.5207, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram

observados os procedimentos relativos ao consentimento dos responsáveis e ao assentimento dos adolescentes, bem como a garantia de anonimato, confidencialidade, voluntariedade e direito de desistência. Considerando a sensibilidade do tema, foram adotados cuidados específicos para evitar a exposição da orientação sexual dos participantes durante o recrutamento, a produção das narrativas e a apresentação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

INSERÇÃO NO CAMPO: NEGOCIAÇÃO, RECUSA E INSTABILIDADE PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA

O processo empírico de inserção no campo ocorreu em três instituições públicas de ensino médio localizadas na Região Metropolitana do Recife, que, por questões éticas e de garantia de anonimato, foram identificadas neste estudo como Escola A, Escola B e Escola C. A entrada nessas instituições não se deu de forma linear, mas foi marcada por negociações institucionais, recusas, instabilidades e reconfigurações ao longo do percurso investigativo. Inicialmente, o contato com as gestões escolares envolveu a apresentação formal do projeto de pesquisa da dissertação mencionada, acompanhada das devidas autorizações dos órgãos competentes, o que não garantiu, contudo, a aceitação imediata da proposta por parte dessas gestões.

A primeira escola selecionada para o estudo foi a Escola A, que recusou o acesso sob a justificativa de que estava priorizando pesquisas de caráter interventivo, evidenciando a existência de

critérios institucionais que hierarquizam temas e abordagens considerados legítimos no espaço escolar. A partir dessa recusa, o pesquisador responsável pela coleta selecionou a Escola B. Inicialmente essa escola permitiu acesso, levando o pesquisador a dedicar seis meses de imersão no campo, que foram suspensos com a mudança da gestão. A nova direção da escola suspendeu a anuência com a justificativa de que a temática não era relevante para aquele contexto educacional, levando à interrupção da pesquisa, revelando a instabilidade das pesquisas de campo que dependem das dinâmicas administrativas e posicionamentos políticos individuais de gestores públicos. Apenas uma das escolas (Escola C) permitiu a inserção do pesquisador em suas dependências e o desenvolvimento da observação participante e das entrevistas.

Esse percurso evidencia que o acesso ao campo, especialmente em pesquisas que abordam temáticas sensíveis como a homofobia, é atravessado por relações de poder, disputas de legitimidade e condições materiais que extrapolam o planejamento metodológico do pesquisador, e que precisam ser considerados como dimensão analítica central da investigação. Assim, analisando as justificativas para a recusa da pesquisa pelas gestões em questão, temos que a recusa inicial da instituição (Escola A), justificada oficialmente por uma pretensa política interna da gestão em priorizar pesquisas de intervenção, não pode ser compreendida apenas como uma decisão administrativa, mas como um posicionamento político que hierarquiza saberes e define quais investigações são consideradas socialmente úteis. Esse achado converge com Bourdieu (2004), ao afirmar que os campos sociais operam por meio de mecanismos de legitimação e exclusão, regulando o que pode ou não ser reconhecido como conhecimento válido. Ou seja, uma pesquisa sobre homofobia não foi considerada 'útil' pela instituição. Por outro lado, essa recusa também pode ser interpretada como expressão de um silenciamento institucional, conforme problematizado por Junqueira (2009), ao discutir a produção da "pedagogia do armário" nas escolas

que se recusam a admitir que são palco para esse tipo de prática discriminatória e violenta.

Esse movimento reacionário ao tema da pesquisa foi empiricamente registrado no diário de campo não apenas como evento, mas como dado analítico, sendo descrito com atenção às temporalidades (tempo de resposta institucional), às estratégias do pesquisador (insistência por retorno) e às justificativas apresentadas pela escola para a recusa final (Cachado, 2021). Esse registro permitiu compreender que a dificuldade de acesso não era contingencial a uma escola específica, mas estrutural, ou seja, permeando o sistema educacional como um todo, quando se trata de temáticas dissidentes.

Outro elemento relevante foi a instabilidade do campo, evidenciada tanto pela precariedade estrutural das escolas quanto pela interrupção da pesquisa. No caso da precariedade estrutural, notamos que na Escola C, o elemento da instabilidade se deu pela interdição do prédio e pela reorganização do funcionamento escolar, situações que produziram um cenário no qual a observação participante se tornava inviável, demonstrando que o campo empírico é atravessado por condições materiais que afetam diretamente a viabilidade metodológica. Nesse caso, a gestão foi simpática à pesquisa, mas a realidade material da rede pública de Pernambuco interferiu na coleta. Com a escola transferida para um novo local, entretanto, foi possível retornar para finalização da coleta em um espaço de tempo de dois meses. Esse dado dialoga com Minayo (2014), ao afirmar que a realidade social investigada impõe limites concretos à pesquisa, exigindo constante readequação metodológica.

Mais significativo da instabilidade que cerca as pesquisas sobre temas sensíveis, entretanto, foi a retirada da anuência após a substituição da gestão escolar na Escola B, especialmente considerando que o gestor anterior se identificava como homossexual. A gestora sucessora, identificada como uma mulher cis, retirou a anuência com a justificativa que a temática não era importante para

o espaço educacional. Tal justificativa pode ser interpretada como possível expressão de silenciamento institucional sobre a existência de homofobia nas escolas ou como representativa do posicionamento político pessoal da gestora, negativo aos direitos LGBTQIA+. Em um ou outro caso, o que isso revela é que o posicionamento institucional não é neutro, mas sempre atravessado pelas trajetórias pessoais, identificações e posicionamentos políticos dos sujeitos que compõem a estrutura estatal. De acordo com Foucault (1988), pode-se interpretar esse fenômeno como efeito das relações de poder que regulam a circulação dos discursos sobre sexualidade, definindo quais narrativas podem emergir no contexto educacional e quais devem ser silenciadas.

Do ponto de vista metodológico, todos esses acontecimentos foram sistematicamente registrados no diário de campo como eventos críticos, permitindo não apenas a descrição factual, mas a problematização de suas implicações para a pesquisa. Assim, a inserção no campo deixa de ser uma etapa preliminar e passa a constituir um dado central da pesquisa. Tal perspectiva evidencia que pesquisar homofobia na escola implica, desde o início, confrontar dispositivos institucionais de silenciamento e repensar a configuração e o planejamento das etapas do estudo. Além disso, evidencia que o ato de aceitar ou recusar a participação na pesquisa sobre essa temática é também um dado relevante para a compreensão do fenômeno investigado.

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES: INVISIBILIDADE, IMPOSSIBILIDADES E LIMITES DA ACESSIBILIDADE EM CONTEXTOS DE ESTIGMA

Iniciada a pesquisa de campo, a seleção dos participantes demonstrou ser um dos eixos mais complexos, não apenas pela dimensão operacional de identificar os participantes mediante os

critérios de inclusão em um espaço amplo e diverso de discentes, mas, sobretudo, pelo fato de a natureza do espaço educacional ser demarcada por invisibilidades, estigmas e regulação social dos corpos e identidades sexuais dissidentes. O pesquisador responsável pela coleta, ao se inserir num contexto educacional com aproximadamente 600 discentes, se deparou com o desafio em identificar os adolescentes que se autodeclarassem gays e que, concomitantemente, atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa.

Esse desafio na seleção dos participantes não pode ser interpretado como uma limitação amostral isolada, mas como um dado relevante que evidencia a força da heteronormatividade como regime regulador das identidades no ambiente escolar. Conforme Butler (2003), as normas de inteligibilidade de gênero e sexualidade operam delimitando quais sujeitos podem emergir como reconhecíveis socialmente. Nesse sentido, a dificuldade de identificação dos participantes revela não a ausência desses sujeitos, mas a presença de mecanismos que produzem sua invisibilização e ocultamento daqueles que desviam da heteronormatividade.

A inserção do pesquisador no cotidiano escolar, nas Escolas A e C, foi fundamental para tensionar essa barreira inicial, porque, nessas escolas que autorizaram a pesquisa, a ele foi permitido falar e problematizar a temática de gênero e sexualidade na adolescência com docentes e discentes. Ao longo de sua inserção no campo, foi também identificando possíveis participantes a partir de interações cotidianas, falas espontâneas e mediações indiretas, principalmente por meio das performances de gênero expressas pelos discentes. O primeiro contato com um participante ocorreu de forma espontânea, após uma aula cujo tema abordava movimentos sociais, quando um estudante se autodeclarou gay em um contexto de discussão coletiva, sendo esse estudante recebido pelos outros da sala com uma mistura de comportamentos: surpresa, risos e acolhimento. Esse episódio, registrado no diário de campo, evidencia que a identidade gay não é expressada de maneira contínua por estar num

espaço punitivo das sexualidades dessoantes, sendo essa identidade expressada em momentos específicos de abertura discursiva ou em grupos, amigos e aliados. Esse achado dialoga com Sedgwick (2007), ao discutir o "armário" como um regime de visibilidade seletiva, no qual a revelação da identidade depende de condições contextuais específicas.

Outro aspecto relevante refere-se à indicação de um estudante por uma professora da instituição, configurando-se como uma mediação importante no processo de acesso aos participantes. Tratava-se, nesse caso, de um aluno que já havia se autodeclarado gay no contexto escolar e que mantinha uma relação de proximidade e confiança com a docente. Essa mediação evidencia a existência de redes relacionais no interior da escola que operam como dispositivos facilitadores, ou limitadores, do acesso a sujeitos em pesquisas com temáticas sensíveis. A professora, ao reconhecer o pesquisador e compreender os objetivos da investigação, atuou como elo entre o campo e o participante, mobilizando um capital relacional que possibilitou a aproximação inicial, em consonância com a discussão de Bourdieu (2004) acerca do papel do capital social na estruturação das interações e no acesso a determinados grupos.

Entretanto, ainda que a indicação tenha se dado a partir de uma autodeclaração prévia do estudante, é necessário problematizar que essa visibilidade não se distribui de forma homogênea no ambiente escolar. O fato de um aluno ser reconhecido como gay por determinados atores não implica que essa identidade seja assumida por ele em todos os espaços e relações, evidenciando regimes de visibilidade seletiva, conforme proposto por Sedgwick (2007). Além disso, a própria inteligibilidade dessa identidade permanece atravessada por performances de gênero que dialogam com normas sociais de masculinidade, como argumenta Butler (2003), revelando que o reconhecimento social não é neutro, mas regulado por expectativas normativas. Nesse sentido, a indicação do estudante não apenas viabiliza o acesso metodológico, mas também revela a existência

de microcontextos de acolhimento no interior da escola, ao mesmo tempo em que reforça a necessidade de rigor ético por parte dos pesquisadores que garanta que toda participação ocorra exclusivamente mediante consentimento voluntário e informado do adolescente, sem qualquer forma de exposição indevida.

A utilização da técnica de amostragem em 'bola de neve' se mostrou uma estratégia metodológica pertinente diante desse cenário, possibilitando a ampliação progressiva da amostra a partir das indicações dos próprios participantes. No entanto, os limites dessa técnica tornaram-se evidentes ao longo do processo, especialmente diante de recusas e impossibilidades de participação. Esse aspecto reforça a análise de Vinuto (2014), ao destacar que pesquisas com populações estigmatizadas frequentemente enfrentam dificuldades de saturação teórica. Os casos como o de um adolescente que não havia revelado sua orientação sexual aos responsáveis, outro que solicitou transferência escolar e um terceiro que não atendia aos critérios etários foram registrados como impedimentos para participação dos sujeitos na pesquisa, mas, sobretudo, analisados como expressões das barreiras sociais que atravessam a vivência da sexualidade na adolescência.

Esses elementos evidenciam que a seleção dos participantes é atravessada por dimensões éticas, familiares e institucionais que condicionam a possibilidade de participação na pesquisa. Meyer (2007), ao propor o conceito de "estresse de minoria", contribui para compreender como o medo da rejeição, da exposição e da violência impacta diretamente a disposição dos sujeitos em se tornarem visíveis, inclusive em contextos de pesquisa. E o medo da exposição que, por sua vez, leva a diferentes violências, é um fenômeno cotidiano para esses adolescentes gays, tenham eles se declarado ou não, já que a própria leitura social de sua performance corporal como gay é já em si suficiente para os transformar em alvos de homofobia no ambiente escolar. Por isso, muitos foram aqueles que se recusaram a participar das entrevistas.

Nesse sentido, a constituição de uma amostra final de cinco participantes, embora não tenha atingido a saturação teórica plena, não deve ser compreendida como fragilidade metodológica, mas como reflexo das condições concretas do campo. Minayo (2014) destaca que, em pesquisas qualitativas, a relevância dos dados não está na quantidade de participantes, mas na densidade e profundidade das narrativas produzidas. Além disso, a impossibilidade de ampliar a amostra foi reconhecida como dado analítico, evidenciando os limites estruturais de acesso a essa população. A utilização da História Oral como metodologia, por sua vez, uma disciplina que privilegia a coleta e análise de entrevistas abertas acerca das trajetórias de vida de um número pequeno de participantes, muito mais do que a coleta de volumes de dados impessoais, também contribuiu para resultados satisfatórios com a amostra conseguida (Ferreira; Figueiredo, 1998).

Outro ponto central na construção da amostra diz respeito ao tempo necessário para construção de recursos intangíveis, como confiança, normas de reciprocidade e redes de relacionamento interpessoal. O pesquisador aguardou cerca de um mês após o início de sua inserção no campo até se sentir seguro para abordar os participantes, procurando construir vínculos e fazer uma leitura sensível do contexto antes de iniciar as entrevistas. Esse cuidado metodológico está alinhado às recomendações de autores como Angrosino (2009) e Minayo (2014) que destacam a importância da imersão no campo antes da coleta formal de dados por meio das entrevistas.

Do ponto de vista ético, a seleção dos participantes também exigiu rigor na apresentação dos objetivos da pesquisa, na explicação dos termos de consentimento e assentimento e na garantia de que a participação fosse voluntária e informada. Esse processo torna-se relevante por demonstrar a preocupação em assegurar autonomia e proteção aos adolescentes, especialmente diante de uma temática sensível.

Portanto, a seleção dos participantes se revelou não apenas uma etapa metodológica, mas um potente analisador das condições sociais que regulam a visibilidade, a fala e a participação de adolescentes gays no contexto escolar. Ao explicitar os limites, recusas e mediações envolvidas nesse processo, a pesquisa evidencia que acessar esses sujeitos implica, necessariamente, confrontar as estruturas que historicamente os silenciam.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: ENTRE ESTRANHAMENTO, IMPLICAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA

A observação participante se revelou um espaço privilegiado de produção de dados, mas também um território de tensões, no qual a presença do pesquisador atuou como elemento catalisador de reações, deslocamentos e ressignificações no cotidiano escolar. Diferentemente de uma posição neutra, o pesquisador foi percebido como sujeito situado, cuja presença provocava efeitos no campo, especialmente por estar associado à investigação de um tema socialmente sensível.

O estranhamento inicial dos estudantes foi um dos primeiros desafios observados. Esse fenômeno foi registrado no diário de campo por meio de descrições de olhares, silêncios, mudanças de comportamento e comentários indiretos sobre a presença do pesquisador. Tais registros evidenciam que o campo reage ao pesquisador, produzindo dados não apenas no que é dito, mas também no que é evitado. Conforme Angrosino (2009), a observação participante implica reconhecer que o pesquisador modifica o ambiente ao mesmo tempo em que é modificado por ele.

Esse estranhamento pode ser interpretado também à luz de Goffman (1988), como um efeito do estigma associado à

homossexualidade, que estrutura interações sociais marcadas por vigilância, ocultamento e controle da expressão identitária. A presença de um pesquisador investigando homofobia rompe, ainda que momentaneamente, com a naturalização dessas dinâmicas, tornando visíveis tensões que usualmente permanecem implícitas.

Com o avanço da inserção no campo, observou-se uma progressiva transformação dessas relações, marcada pela construção de vínculos e pela naturalização da presença do pesquisador. Esse processo não ocorreu de forma linear, mas por meio de interações cotidianas, participação em atividades escolares e circulação em diferentes espaços da escola C. O registro dessas experiências no diário de campo permitiu identificar processos de aproximação, como conversas informais, convites indiretos à interação e maior espontaneidade dos estudantes. Essa transição do estranhamento à confiança reforça a importância da temporalidade na pesquisa qualitativa, conforme destacado por Minayo (2014), e evidencia que a produção de dados depende da qualidade das relações estabelecidas no campo. Além disso, demonstra que a observação participante não se limita à coleta de informações, mas constitui um processo relacional e afetivo.

Outro desafio central foi o manejo da posição do pesquisador entre envolvimento e distanciamento. A necessidade de registrar observações de forma discreta, sem interferir nas dinâmicas sociais, exigiu estratégias metodológicas específicas, como anotações breves durante as atividades e posterior expansão detalhada dos registros. Esse procedimento, descrito por Emerson, Fretz e Shaw (1995), permite preservar a espontaneidade das interações ao mesmo tempo em que garante densidade descritiva, sem que os sujeitos assumam que estão sendo vigiados pelo pesquisador.

Adicionalmente, o diário de campo assumiu papel fundamental não apenas como instrumento de registro, mas como espaço reflexivo, no qual o pesquisador analisava suas próprias

implicações, percepções e afetos (Cachado, 2021). Essa dimensão reflexiva é central na pesquisa qualitativa contemporânea, sendo destacada por autores como Negou *et al.* (2023), que enfatizam a necessidade de reconhecer o pesquisador como parte constitutiva do processo investigativo.

Por fim, o momento de saída do campo emergiu como um desafio ético significativo. Os vínculos construídos ao longo da pesquisa não puderam ser interrompidos de forma abrupta, exigindo um processo gradual de desligamento e devolutiva aos participantes. Esse cuidado evidencia que a pesquisa não se encerra na coleta de dados, mas implica responsabilidade contínua com os sujeitos envolvidos.

ENTREVISTA ABERTA: PRODUÇÃO DE NARRATIVAS, VULNERABILIDADE E ÉTICA DO CUIDADO

A realização das entrevistas abertas evidenciou desafios que extrapolam a dimensão técnica, situando-se no campo ético, relacional e epistemológico (Boni; Quaresma, 2005). A dificuldade inicial na seleção dos participantes revelou a invisibilidade e o silenciamento das identidades dissidentes no espaço escolar, especialmente quando atravessadas por relações familiares, medo de exposição e estigmatização.

Esse processo foi empiricamente observado na recusa de potenciais participantes, na impossibilidade de inclusão de estudantes que não haviam revelado sua orientação sexual aos responsáveis e na limitação da amostra final. Esses dados foram registrados como parte constitutiva do campo, evidenciando que o acesso às narrativas é condicionado por estruturas sociais que regulam quem pode falar e em que condições. Butler (2003) contribui para essa

análise ao discutir como as normas de inteligibilidade de gênero e sexualidade delimitam quais identidades podem ser reconhecidas publicamente e quais são invisibilizadas e silenciadas. Nesse contexto, os adolescentes gays, no espaço escolar, são representados como "corpo estranho" por não performarem a heterocisnormatividade (Louro, 2014).

No que se refere à condução das entrevistas, em alguns momentos os participantes apresentaram choro e necessidade de interromper temporariamente a narrativa, situações que foram acolhidas pelo pesquisador com escuta sensível e respeito aos limites expressos pelos adolescentes. Nessas circunstâncias, foi preservado o direito de interromper a entrevista, não responder a determinadas questões ou retomá-la somente quando o participante se sentisse confortável para continuar. A condução das entrevistas priorizou, portanto, a preservação da autonomia, da privacidade e do bem-estar dos participantes, evitando qualquer pressão para a continuidade do relato. Essa postura é especialmente relevante em pesquisas que abordam experiências de violência, estigma e discriminação, nas quais a produção de narrativas pode mobilizar conteúdos emocionalmente sensíveis (Minayo, 2014). Conforme Silva, Penha e Bizarrias (2022), em pesquisas com temáticas sensíveis, o pesquisador assume também um papel de acolhimento, sendo necessário desenvolver habilidades de escuta qualificada e manejo emocional.

A construção de um ambiente seguro foi essencial para possibilitar a emergência dessas narrativas. A escolha do espaço, a flexibilização dos horários e a negociação com a equipe escolar foram estratégias que demonstram a interdependência entre metodologia e contexto. De acordo com Minayo (2014), a qualidade da entrevista qualitativa depende diretamente das condições em que ela é realizada, incluindo aspectos físicos, emocionais e relacionais.

Do ponto de vista epistemológico, a utilização da História Oral temática potencializou a produção de narrativas que desafiam

discursos hegemônicos, permitindo que os adolescentes ressignificassem suas experiências (Thompson, 1992; Meihy, 2000). Como menciona Thompson (1992), a História Oral democratiza a produção do conhecimento ao legitimar vozes marginalizadas, aspecto particularmente relevante em estudos sobre homofobia escolar.

Outro desafio importante refere-se ao processo de transcrição das entrevistas. A opção pela transcrição manual e imediata, realizada pelo próprio pesquisador responsável pela coleta, possibilitou uma imersão aprofundada nos dados, permitindo captar nuances como pausas, entonações e emoções. Esse processo, embora exaustivo, contribuiu para a fidelidade analítica e está alinhado às recomendações de Duarte (2004), especialmente no contexto da Análise de Discurso (Orlandi, 2015), metodologia analítica privilegiada pela pesquisa.

Assim, as entrevistas abertas não apenas produziram dados, mas constituíram um espaço de elaboração subjetiva, no qual os participantes puderam narrar, interpretar e ressignificar suas experiências de homofobia. Esse processo evidencia que a pesquisa, ao mesmo tempo em que investiga, também intervém simbolicamente na realidade dos sujeitos. Nesse processo, os silêncios, as hesitações e os conteúdos não verbalizados também podem constituir elementos relevantes para a compreensão das experiências narradas, especialmente quando atravessadas por situações de estigma e exposição (Pollak, 1989).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, este estudo evidenciou que a realização de pesquisa qualitativa sobre homofobia no contexto escolar com adolescentes é atravessada por desafios éticos, relacionais, institucionais e

metodológicos que ultrapassam o planejamento inicialmente estabelecido pelo pesquisador. As dificuldades de acesso às instituições, as mudanças na gestão escolar, as recusas institucionais, as limitações para identificação e recrutamento dos participantes e a necessidade de construção progressiva de vínculos demonstraram que a inserção no campo constitui parte integrante do processo de produção do conhecimento, e não apenas uma etapa preliminar da investigação.

Sobre a inserção no campo, observou-se que a autorização institucional não representa, necessariamente, garantia de permanência ou estabilidade para o desenvolvimento da pesquisa. As mudanças administrativas, as condições estruturais das instituições e as diferentes percepções acerca da relevância de pesquisas sobre sexualidade e homofobia interferiram diretamente na continuidade das atividades. Esses acontecimentos evidenciam a necessidade de planejamento flexível, capacidade de negociação e constante reavaliação das estratégias metodológicas diante das especificidades do contexto investigado.

A seleção dos participantes também se mostrou particularmente desafiadora, considerando o caráter sensível da temática e os possíveis riscos de exposição da orientação sexual dos adolescentes. As recusas, as dificuldades relacionadas à autorização dos responsáveis e o receio de exposição vivenciado por potenciais participantes evidenciaram que a acessibilidade da população estudada não pode ser compreendida exclusivamente como uma questão operacional ou amostral. Esses aspectos devem ser considerados pelo pesquisador como elementos relacionados às condições sociais, familiares e institucionais que atravessam a experiência desses adolescentes. Nesse sentido, estratégias de recrutamento devem priorizar a autodeclaração, a voluntariedade e a preservação da confidencialidade, evitando qualquer forma de identificação ou inferência da orientação sexual por parte do pesquisador.

A observação participante evidenciou, ainda, que a presença do pesquisador produz efeitos no campo e nas relações estabelecidas com os participantes. O estranhamento inicial, seguido pela construção gradual de confiança, demonstrou a importância da permanência no cenário investigado e da construção de vínculos pautados pelo respeito, pela escuta e pela confidencialidade. O diário de campo mostrou-se fundamental nesse processo, não apenas como instrumento de registro das situações observadas, mas também como recurso reflexivo para problematizar a posição do pesquisador, suas percepções e os efeitos de sua presença sobre a produção dos dados.

As entrevistas, por sua vez, evidenciaram que a produção de narrativas sobre experiências de homofobia pode mobilizar conteúdos relacionados à violência, ao sofrimento, ao medo e à exposição (Boni; Quaresma, 2005). Dessa forma, a condução de entrevistas com adolescentes em contextos de vulnerabilidade exige preparação ética e metodológica, escuta qualificada e respeito aos limites estabelecidos pelos participantes. A possibilidade de interromper ou não responder a determinadas questões deve ser preservada durante todo o processo, de modo a assegurar que a participação permaneça voluntária e protegida.

Diante dessas experiências, destaca-se que a qualidade da pesquisa qualitativa não depende exclusivamente da aplicação rigorosa de técnicas previamente definidas, mas também da capacidade do pesquisador de reconhecer as particularidades do campo, refletir sobre sua própria atuação e realizar ajustes metodológicos coerentes com as circunstâncias encontradas.

Assim, a experiência analisada reforça a necessidade de compreender o campo de pesquisa como um espaço dinâmico, marcado por relações institucionais, sociais e interpessoais que podem favorecer ou limitar a produção de dados. As dificuldades encontradas não devem ser compreendidas apenas como obstáculos à

execução da pesquisa, mas também como elementos capazes de ampliar a compreensão sobre as condições nas quais determinados sujeitos conseguem ou não ocupar espaços de fala e participação.

Por fim, pesquisar a homofobia no ambiente escolar requer compromisso ético com a proteção dos adolescentes, rigor metodológico e atenção permanente às relações estabelecidas no campo. A adoção de estratégias que assegurem confidencialidade, voluntariedade, respeito à autonomia e segurança dos participantes constitui condição fundamental para a realização de pesquisas responsáveis. A experiência apresentada contribui, portanto, para a reflexão sobre os caminhos e limites da produção de conhecimento com adolescentes em contextos escolares atravessados por estigmas e desigualdades, oferecendo subsídios para pesquisadores que pretendam desenvolver investigações qualitativas sobre sexualidade, diversidade e relações de poder no ambiente educacional.

REFERÊNCIAS

ANGROSINO, Michel. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68–80, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CACHADO, Rita. **Diário de campo: um guia prático**. Lisboa: ICS, 2021.

CARVALHO, Matheus dos Santos; PAIVA, Kalina Vanderlei. **Representações sociais de adolescentes gays sobre homofobia no contexto escolar**. 2026. Dissertação. Mestrado em Hebiatria – Universidade de Pernambuco, Recife, PE, 2026.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. ***Educar em Revista***, Curitiba, v. 20, n. 24, p. 213–225, 2004.

EMERSON, Robert; FRETZ, Rachel; SHAW, Linda. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

FALLEIROS, Isabela Barros *et al*. As múltiplas faces e máscaras da heteronormatividade: violências contra adolescentes e jovens homossexuais brasileiros. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 52–67, 2018.

FERREIRA, Marieta de Moraes; FIGUEIREDO, Janaina Amado Baptista. **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz (org.). **Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; UNESCO, 2009.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

MACAPAGAL, Katrina *et al*. "I won't out myself just to do a survey": Sexual and gender minority adolescents' perspectives on the requirement for parental permission in HIV research. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 4, p. 426–432, 2015.

MARTINS, Heloisa Helena Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, ago. 2004.

MATTA, Thenessi Freitas *et al.* Diversidade sexual na escola: estudo qualitativo com estudantes do Ensino Médio do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, e00330820, 2021.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2000.

MEYER, Ilan H. Prejudice and discrimination as social stressors. *In*: MEYER, Ilan H.; NORTHRIDGE, Mary E. (orgs.). **The health of sexual minorities**. Boston, MA: Springer, 2007. p. 242-267.

MINAYO, Maria Cecilia Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEGOU, Ernest *et al.* Qualitative Research Methodology in Social Sciences. **International Journal of Scientific Research and Management (IJSRM)**, n. 09, p. 1431-1445, 1 set. 2023.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2015.

POLLAK, Michel. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3–15, 1989.

RODRIGUES, Anderson Patrick; COELHO, Wilma de Nazaré Baia. O gênero como marca de sociabilidades entre adolescentes escolares. **Revista NUPEM**, v. 10, n. 20, p. 4-20, 7 maio 2018.

SILVA, José Carlos Pacheco *et al.* Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2643-2652, jul. 2021.

SILVA, Luciano Ferreira da; PENHA, Renato; BIZARRIAS, Flávio Santino. Entrevistas aplicadas em pesquisas qualitativas: da aplicação da entrevista à análise dos dados. **Revista de Gestão e Projetos**, v. 13, n. 3, p. 1-9, 9 dez. 2022.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. **A epistemologia do armário**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 30 dez. 2014.

Eixo 2

CONTEXTOS SOCIAIS, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL

5

Débora Maria dos Santos Pinheiro de Lima
Kalina Vanderlei Silva
Lygia Maria Pereira da Silva

DE VOLTA PRA CASA:

UM ESTUDO SOBRE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DE ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.5

INTRODUÇÃO

Estudos realizados a partir da segunda metade do século XX sobre a política de atenção à criança e ao adolescente contribuíram para importantes avanços na promoção dos direitos infanto-juvenis. Os documentos legais e normativos passaram por várias alterações, visando o alinhamento às mudanças referentes às concepções de adolescência e de família, que ocorreram ao longo do tempo (Furlan; Lima, 2021; Gomes, 2022).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei N o 8.069/90, preconizou medidas de proteção a serem aplicadas diante da ameaça ou violação de direito, instituiu uma rede de proteção integral, composta por diferentes setores como o judiciário, saúde, educação e assistência social, conferindo assim, o lugar de "sujeitos de direitos" a crianças e adolescentes (Brasil, 1990).

A pobreza, o trabalho infantil, o baixo nível de escolaridade e a violência doméstica expõem crianças e adolescentes a situações de vulnerabilidade e a violações de seus direitos fundamentais. Os adolescentes, além dos desafios e peculiaridades inerentes a esta fase da vida, compõem os grupos etários mais atingidos pelo ciclo geracional da pobreza (Acioli *et al.*, 2018; Gomes, 2022; Paiva; Moreira; Lima, 2019).

Dados recentes estimam que mais de 2,7 milhões de crianças e adolescentes (entre 0 e 17 anos de idade) em todo o mundo vivem em instituições de acolhimento residenciais sob custódia do Estado. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – SNA (2021), em março de 2024, existiam no Brasil 33.120 crianças e adolescentes acolhidos. Destas, 17.673 eram adolescentes entre 10 e 18 anos, entre meninos (49,7%) e meninas (50,3%) em sua maioria, pardas. Para Gomes (2022), os acolhidos são em sua maioria oriundos de famílias pobres

e que há uma estreita relação entre a pobreza, vulnerabilidade social e o acolhimento institucional.

Uma vez determinado o acolhimento institucional como medida de proteção, inicia-se o processo de reintegração familiar, nos casos em que a reintegração familiar, nos casos em que a reintegração não for possível, a criança, ou o adolescente passa a fazer parte do cadastro para adoção. No entanto, estudos sobre a reintegração familiar de adolescentes apontam para uma realidade permeada por precárias condições socioeconômicas das famílias; uso de substâncias psicoativas pelos responsáveis das crianças e adolescentes; fragilidade dos vínculos familiares, ausência, insuficiência ou desarticulação de políticas públicas (Acioli *et al*., 2019; Jacobina; Paiva, 2020; Koller; Paludo; Morais, 2019).

A pobreza e a condição de vulnerabilidade social em que vivem muitas famílias no país não são justificativas para o acolhimento de crianças e adolescentes, embora a trajetória da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil esteja alicerçada no controle "político-social", da classe social mais pobre, na segregação e no preconceito (Gomes, 2022; Souza; Cardoso, 2019).

Mas a pobreza é, seguramente, um fator de risco para violações de direitos e suas múltiplas facetas como a negligência familiar, uso e abuso de álcool e outras drogas, o atraso e o abandono escolar e baixa renda, que alimenta o ciclo de vulnerabilidades que atravessa gerações (Koller; Paludo; Morais, 2019; Paiva; Moreira; Lima, 2019).

Entende-se, portanto, que a política de proteção da infância e da adolescência exige ações de intervenção integral, intersetorial, sistêmica, coordenada e oportuna, que conduzam às portas de saída da condição de vulnerabilidade social, em que se encontra grande parcela das famílias com adolescentes em instituições de acolhimento (Bidarra; Dourado, 2020; Gomes, 2022).

Diante da complexidade que envolve a reintegração familiar de adolescentes institucionalizados, torna-se necessária a abordagem desta temática a partir de uma perspectiva sistêmica, que alcance a diversidade de componentes envolvidos. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) oferece o suporte teórico-metodológico para pesquisas sociais envolvendo políticas públicas, famílias e vulnerabilidade social (Bronfenbrenner, 2012; Eriksson; Ghazinour; Hammarström, 2018).

Dentre seus principais pressupostos, a TBDH dispõe do Modelo Bioecológico Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) que compreende o desenvolvimento humano como resultado da interação recíproca entre quatro componentes inter-relacionados: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo (Bronfenbrenner, 2012).

O componente Processo compreende as formas particulares de interação entre organismo e ambiente que se tornam progressivamente mais complexas com o passar do tempo. Estas interações ocorrem através de processos proximais ou distais. O componente Pessoa envolve o indivíduo e suas características biopsicossociais. O Contexto compreende os ambientes onde as interações e os desenvolvimentos acontecem. É formado por quatro níveis de ambientes ecológicos interligados: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. E por fim o Tempo, que permite a análise da influência do fator tempo sobre o desenvolvimento humano, ao longo do ciclo da vida (Bronfenbrenner, 2012).

Assim, pretende-se com este estudo compreender os obstáculos e recursos do processo de reintegração familiar de adolescentes institucionalizados, a partir da TBDH.

MÉTODO

Trata-se de um estudo interdisciplinar, de abordagem qualitativa e de caráter exploratório e descritivo, embasado nos pressupostos teórico-metodológicos da TBDH.

A TBDH, a partir do Modelo PPCT, ofereceu uma estrutura teórica para a investigação científica do desenvolvimento humano e seus processos, em diferentes contextos através da interação entre quatro elementos-chave: Processo, Pessoa, Contexto e o Tempo.

A partir deste modelo teórico adotado, lançou-se luz nas pessoas envolvidas no processo de reintegração familiar dos adolescentes institucionalizados, em suas interações em diferentes contextos, nos ambientes mais próximos aos mais distais e na complexidade dos processos que se estabelecem, da entrada do adolescente na instituição à sua volta para casa.

O método da Inserção Ecológica norteou a atuação das pesquisadoras durante todo o período do estudo, da inserção no campo à coleta sistemática dos dados, possibilitando uma análise focada nos elementos que compõem o Modelo Bioecológico PPCT, proposto pela teoria norteadora adotada (Koller; Raffaelli; Morais, 2020).

Para atender aos critérios de qualidade necessários para uma pesquisa com resultados válidos, cada aspecto do presente estudo foi revisado sistematicamente, considerando os Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa duas técnicas de referência de nível superior da instituição de acolhimento, com formação em Psicologia, servidoras públicas há mais de um ano, ambas do sexo feminino, com 50 e 60 anos de idade. A escolha das profissionais participantes se deu por serem estas duas profissionais as únicas técnicas de ensino superior diretamente responsáveis pelo acompanhamento dos adolescentes acolhidos. Cada técnica apontou os casos em que os adolescentes institucionalizados tinham possibilidades de reintegração familiar. Adotou-se o parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para definição de faixa etária para adolescência.

Como critérios de inclusão, os adolescentes deveriam estar acolhidos há pelo menos 30 dias na instituição e apresentar, conforme a avaliação técnica, a possibilidade de reintegração à família de origem ou extensa.

Foram analisados seis casos de adolescentes com possibilidades de reintegração, identificados como: Caso 01, Caso 02, Caso 03, Caso 04, Caso 05 e Caso 06. Para a proteção da identidade das participantes, conforme recomenda a legislação para questões éticas em pesquisa com seres humanos, os adolescentes foram identificados pela letra A, de adolescente e pelo número correspondente ao caso: A1, A2, A3 e A4, sendo que nos casos com grupos de irmãos acolhidos, adotou-se: A5 e A5', A6 e A6'.

INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados por meio da observação naturalística, diário de campo, consultas a prontuários e entrevistas semiestruturadas.

PROCEDIMENTOS

Coleta dos dados

O campo da pesquisa foi uma instituição de acolhimento, situada na Região Metropolitana de Recife, na modalidade casa-lar, com capacidade de até 20 crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos, de ambos os sexos.

Para entrada no campo, foi adotado o método da Inserção Ecológica, criado a partir de estudos norteados pela TBDH. O referido método proporcionou aporte teórico-metodológico para a inserção das pesquisadoras no campo e para uma análise focada na Pessoa, com suas características biopsicossociais e nos Processos proximais ou distais, em diferentes níveis de Contextos, ao longo de um determinado Tempo (Koller; Raffaelli; Morais, 2020).

A inserção no campo aconteceu entre dezembro de 2018 e julho de 2019, com pelo menos duas visitas semanais, que aconteceram nos turnos matutinos e vespertinos, com duração de quatro horas, cada.

Com a observação naturalística, estabeleceu-se uma convivência sem manipulação ou controle da vida real dos participantes da pesquisa em seus ambientes representativos, mas ao mesmo tempo interativa, constante, recíproca e cada vez mais complexa, além de proporcionar às pesquisadoras, uma experiência de alteridade psicossocial e cultural (Silva *et al*., 2019).

Após a identificação dos casos, seguiram-se os seguintes passos: 1) Coleta e registro dos dados dos prontuários, incluindo o Plano de Atendimento Individual (PIA) em formulário próprio desenvolvido pelas pesquisadoras; 2) Agendamento das entrevistas semiestruturadas com a profissional técnica responsável pelo caso.

As entrevistas foram individuais, previamente agendadas, gravadas e posteriormente transcritas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram realizadas em dias diferentes, com duração média de 40 minutos cada. No total, foram realizadas seis entrevistas com as técnicas de referência da instituição, sendo uma entrevista para cada caso de adolescentes com possibilidades de reintegração familiar. As entrevistas combinaram "um roteiro com questões previamente formuladas e outras abertas, que possibilitou uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados" (Minayo; Costa, 2018, p. 142).

O diário de campo é uma técnica de coleta de dados desenvolvida pela Antropologia, que permitiu às pesquisadoras, por meio da inserção ecológica, compor um documento sistematizado, embasado no Modelo PPCT, com caráter descritivo e reflexivo, que iluminou a análise dos dados (Silva *et al*., 2019).

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, além da TBDH, por meio da análise criteriosa dos elementos que compõem o Modelo PPCT, utilizou-se a técnica da Análise de Discurso "a fim de obter uma compreensão e interpretação dos dados baseadas num discurso sistemático, que orienta o olhar sobre o problema a ser estudado" (Minayo, 2009, p. 18).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo atendeu às exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Parecer nº 2.265.027 e CAAE nº 73416917.1.0000.5207.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da imersão nos dados, guiada pelo Modelo PPCT da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, emergiram as seguintes categorias: 1) Contexto: A caracterização da instituição de acolhimento; 2) Pessoa: A Caracterização das profissionais e das famílias; 3) Tempo: Do acolhimento institucional à possibilidade de reintegração familiar e 4) Processo: Obstáculos e recursos na reintegração familiar.

CONTEXTO:
A CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

Importantes estudos realizados no contexto institucional, embasados pela TBDH, reforçam que neste período em que ocorre o acolhimento institucional, a instituição de acolhimento passa a ser o microssistema mais próximo do adolescente. Assim sendo, este ambiente precisa oferecer meios, para que o pleno desenvolvimento humano aconteça. Para que o desenvolvimento humano ocorra de maneira satisfatória, seja no seio familiar ou institucional, é necessário que a pessoa se engaje em processos proximais regulares, recíprocos e cada vez mais complexos, e com isso, atue em diferentes papéis e ocupe diferentes sistemas (Assis; Moreira; Fornasier, 2021; Koller; Paludo; Morais, 2019).

A instituição de acolhimento em que se deu a pesquisa situa-se na Zona Norte do município de Recife, Pernambuco e na ocasião, a sua localização e estrutura física atendiam às recomendações legais e técnicas sobre as condições mínimas para seu funcionamento, embora estivesse funcionando acima de sua capacidade de acolhimento, que era de 20 crianças e adolescentes, por se tratar

da modalidade de abrigo para pequenos grupos (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009).

Verificou-se uma rotina bem definida como horários para as refeições, acesso aos serviços de saúde, atividades recreativas, esportivas e de lazer. Sobre a rotina escolar, verificou-se que todos os acolhidos estavam matriculados na rede de ensino público e os adolescentes mais velhos estavam inseridos em cursos e programas de capacitação para o mercado de trabalho.

Quanto ao quadro de profissionais, a instituição dispunha de uma coordenadora, três profissionais de nível superior (uma pedagoga e duas psicólogas, sendo que nos últimos dois meses da pesquisa, atuavam apenas uma pedagoga e uma psicóloga), dois a três educadores sociais por turno, e profissionais terceirizados que atuavam na cozinha, limpeza e vigilância. Ainda de acordo com as orientações técnicas vigentes, pode-se dizer que a equipe de profissionais se mostrou insuficiente, considerando o número de acolhidos e por existirem entre eles, adolescentes com necessidades especiais (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009).

Além do abrigo, outros microssistemas como a família, a escola e outros ambientes pelos quais o adolescente transita, passaram a fazer parte da nova rotina do adolescente, formando assim o seu mesossistema. Na composição do exossistema, destacou-se a rede de proteção integral aos adolescentes e às famílias, seja a do município onde se situava a instituição de acolhimento ou a de seus municípios de origem.

O macrossistema, que engloba todos os níveis do contexto, é permeado pelas legislações, políticas públicas, padrões ideológicos, questões de gênero, cultura e acontecimentos históricos comungados pelas pessoas que compartilhavam aquele determinado contexto social, naquele dado momento.

PESSOA:
A CARACTERIZAÇÃO
DAS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS

Segundo o Modelo Bioecológico (PPCT), o componente Pessoa corresponde a seres ativos e em desenvolvimento, que são produtos e produtores do desenvolvimento humano. Juntamente com os demais componentes do modelo: Processo, Contexto e Tempo, a Pessoa, com suas características biopsicossociais, influencia a forma, a força, o conteúdo e a direção das relações humanas (Bronfenbrenner, 2012; Koller; Paludo; Morais, 2019).

Na perspectiva bioecológica, as pessoas colocam em ação suas características biológicas, sociais e psíquicas, suas habilidades e intenções no desempenho das atividades nas quais estão engajadas, sejam estas atividades formais ou informais. As pessoas, deste modo, influenciam positiva e negativamente, por meio das continuidades e descontinuidades das interações, ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 2012; Koller; Paludo; Morais, 2019).

Participaram da pesquisa duas técnicas de referência da instituição que estavam diretamente envolvidas no processo de reintegração familiar dos adolescentes. Ambas eram psicólogas e atuavam há mais de um ano nesta função, com 50 e 60 anos de idade.

A partir da avaliação técnica, as profissionais identificaram seis casos de adolescentes com possibilidades de reintegração às famílias de origem ou extensa. Trata-se de histórias de adolescentes com idades entre 11 e 17 anos, de ambos os sexos, egressos de municípios com distâncias entre 77 km e 394 km da instituição de acolhimento.

Dos seis casos, quatro foram formados por um único acolhido e dois foram de acolhimentos de grupos de irmãos, sendo dois pares de adolescentes, em cada caso. Deste modo, ao total, tínhamos 08

adolescentes, 04 do sexo feminino e 04 do sexo masculino. Um dos casos é formado por adolescentes com deficiência.

Em todas as famílias as genitoras estavam presentes como responsáveis, ora acompanhadas pelo genitor, ora pelo padrasto ou ainda, sozinhas. Sobre a ocupação das responsáveis, a maioria é desempregada, uma pensionista e uma servidora pública. Sobre os motivos para o acolhimento institucional, está majoritariamente a negligência familiar, seguida de envolvimento com drogas, exploração sexual e maus-tratos.

TEMPO: DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL À POSSIBILIDADE DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR

Na análise do componente Tempo, consideraram-se as mudanças na pessoa, no ambiente e na relação dinâmica entre os dois, além dos eventos históricos, suas continuidades e descontinuidades, como fortes influenciadores do desenvolvimento do indivíduo ou de grandes segmentos da população. Entende-se, portanto, que o tempo funciona como um organizador emocional e social, na medida em que possibilita o reconhecimento de eventos marcadores que ampliam as possibilidades de compreensão do desenvolvimento em curso (Koller; Paludo; Morais, 2019).

Ao longo do tempo do ciclo vital, a pessoa se movimenta entre vários ambientes ecológicos, altera posições, atividades, relações e papéis. A esta movimentação, Bronfenbrenner denominou de 'transições ecológicas' que resultam de reorganizações de ordem psicológica e comportamental que possibilitam mudanças no indivíduo, nos que interagem com ele e em seus contextos (Bronfenbrenner, 2012; Koller; Paludo; Morais, 2019). Deste modo, a retirada do adolescente do convívio familiar para que se cumpra a medida de proteção,

a reintegração familiar e até mesmo a própria adolescência, se constituem importantes transições ecológicas.

No Caso 01, o adolescente A1 esteve acolhido por 11 meses e no final da coleta de dados ainda aguardava a audiência na Comarca do município para tratar da reintegração do adolescente, com parecer favorável da instituição de acolhimento para reintegração à família de origem. A adolescente A2 cumpriu seis meses de medida socioeducativa expedida anteriormente ao acolhimento institucional e foi reintegrada à família de origem após 08 meses de acolhimento.

Após 05 meses de acolhimento, a adolescente do Caso 03 foi transferida para uma instituição de acolhimento em outro município, a fim de assegurar a integridade física, após várias evasões do abrigo. No Caso 04, a família foi destituída judicialmente do poder familiar após 07 meses. A adolescente A4 estava na sua segunda institucionalização e tinha a possibilidade de reintegração à família extensa e a destituição foi expedida sem o conhecimento prévio da equipe técnica da instituição de acolhimento, e antes mesmo que tivesse esgotado a possibilidade de reintegração.

O grupo de irmãos do Caso 05 foi reintegrado à família de origem após 18 meses de acolhimento. Os irmãos A5 e A5' são adolescentes com necessidades especiais e o processo de reintegração foi marcado pela mudança da família de município, e consequentemente, da comarca responsável pelo caso, prolongando o tempo de acolhimento dos adolescentes.

Outra destituição do poder familiar foi expedida para o Caso 06, também formado por grupo de irmãos composto por duas crianças e dois adolescentes, A6 e A6'. A destituição aconteceu 15 meses após o acolhimento, mais uma vez, sem a participação da equipe técnica que esperava, juntamente com os adolescentes, o desfecho favorável para a reintegração familiar.

PROCESSO:
OBSTÁCULOS E RECURSOS
DA REINTEGRAÇÃO FAMILIAR

No percurso de uma possível reintegração familiar de adolescentes acolhidos, são estabelecidos diversos processos, envolvendo diferentes atores. É no tecer das interações em rede, sejam pessoais ou institucionais, que emergem os processos proximais, por meio dos quais se possibilitam o compartilhamento do apoio social, emocional e informativo. Deste modo, os processos, sejam proximais ou mais distais entre a família, a instituição de acolhimento e as instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes operam como força motriz para o desenvolvimento de ações para a efetivação da possível reintegração (Assis; Moreira; Fornasier, 2021; Koller; Paludo; Morais, 2019).

Após a determinação do acolhimento institucional do adolescente, recomenda-se: 1) o estudo diagnóstico sobre os motivos para a aplicação da medida de proteção; 2) preenchimento e elaboração do Plano Individual e Familiar de Acompanhamento (PIA), com a formulação das estratégias para a assistência à família e 3) a execução dos encaminhamentos através da articulação da rede, visando, assim, à integralidade do atendimento e à reintegração familiar do adolescente (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009).

Verificou-se durante a inserção ecológica, que o PIA compõe os prontuários de todos os acolhidos participantes da pesquisa. No entanto, ao serem consultados, foram identificados subregistros e inconsistências nas informações, e em alguns casos, divergências entre elas, sobretudo nos campos da composição, renda e ocupação familiar.

Todos os acolhidos da instituição pesquisada eram de municípios de estados vizinhos, sendo assim, os casos estudados foram de famílias que moravam em municípios com distâncias que variam entre 77 km e 394 km.

De acordo com a legislação, não é recomendado o acolhimento em instituições distantes geograficamente e socioeconomicamente do lugar de origem do adolescente. Nos casos em que essa recomendação não é cumprida, determina-se a disponibilidade de transportes para que as famílias venham visitar os adolescentes e estes possam visitar seus familiares, visando à manutenção dos vínculos (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009).

No entanto, a distância geográfica entre a instituição e os municípios de origem dos adolescentes apareceu, recorrentemente, nos discursos das profissionais, como grande empecilho para fomentar atividades de fortalecimento dos laços familiares, bem como, a articulação com a rede de serviços, como ilustram os trechos a seguir:

> [...] A gente sabe que a família nunca tem condições, são poucas, o conselheiro [se referindo ao conselheiro tutelar] às vezes não tem carro, a secretaria da assistência social não tem carro, então se a gente tivesse mais condições de levar, eu acho que seria melhor, que meio que fica assim ó, fica esperando a ligação tudo bem que você liga, mas visita? A mãe fica lá esperando, o menino aqui fica esperando, o juiz fica esperando, quando tem carro, você leva (P1).

Diante deste cenário, os telefonemas eram recursos amplamente utilizados para compensar a falta de interações presenciais, já que as visitas costumavam ser eventos pontuais e, em alguns casos, inexistentes.

Importantes estudos nacionais apontam esta distância geográfica como um dos entraves para o cumprimento da medida

de proteção, citando-a como um dos grandes desafios para a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares e consequentemente, dificultando a reintegração de crianças e adolescentes ao convívio familiar (Acioli *et al*., 2018; Paiva; Moreira; Lima, 2019; Souza; Cardoso, 2019).

O distanciamento geográfico e emocional durante o período de institucionalização desfavorece a continuidade das interações e dificulta a formação dos processos proximais essenciais, favorece o prolongamento do tempo na instituição. Além disso, reforça o estigma de que famílias empobrecidas sejam incapazes e desajustadas. Estando em situação de extrema vulnerabilidade, essas famílias também consideram que o abrigo se configura como o lugar mais seguro para seus filhos (Paiva; Moreira; Lima, 2019).

Observou-se também que a dificuldade de acesso à família ocorre durante todo o período do acolhimento e persiste após a reintegração. Em muitos casos, a família não é devidamente acompanhada, conforme previsto em lei, contribuindo para a repetição das situações que culminaram no acolhimento, e até mesmo, na ocorrência de novas violências (Paiva; Moreira; Lima, 2019; Souza; Cardoso, 2019).

No caso 04, constatou-se que a adolescente A4 foi reinstitucionalizada após 05 meses da sua primeira reintegração, sem que tenha sido realizado o monitoramento, nem da instituição de acolhimento, nem dos serviços da rede de atendimento do município de origem, conforme o relato da profissional P1:

> Como é que depois de cinco meses, quase cinco meses foi que perceberam que não deu certo com o pai? E eu perguntei a ela: "fizeram alguma visita?" não [a adolescente respondeu], ninguém fez visita a ela não, a gente não fez, pelos dois lados, né? A gente não teve carro pra fazer a visita pra monitorar; e eles [a rede do município] lá junto, o Conselho não monitorou, o CREAS não monitorou (P1).

A falta de articulação entre a instituição de acolhimento e as instituições que compõem a rede de proteção do município fica evidente, quando é a adolescente quem informa aos profissionais do abrigo a ausência da rede de proteção no monitoramento da família.

Estudos apontam como principais motivos para a aplicação da medida de proteção a carência de recursos materiais da família ou situações correlacionadas, tais como, o uso de álcool e outras drogas pelos pais ou responsáveis, abandono e negligência (Gomes, 2022; Mastroianni *et al*., 2018).

Em convergência com os dados nacionais, a negligência familiar foi relatada, como pelo menos um dos motivos para institucionalização, em todos os casos participantes da pesquisa. O uso de drogas, seja pela família ou pelo adolescente, foi um dos motivos para o acolhimento em cinco dos seis casos, seguido da exploração sexual, relatada em dois casos.

Vale aqui considerar que a pobreza não deve ser motivo para a institucionalização de crianças e adolescentes, mas potencialmente fragiliza os vínculos familiares, na medida em que são negados a estas pessoas, os seus direitos básicos, jogando-as para a margem do convívio social. Deste modo, entra em cena a narrativa da negligência familiar como cortina de fumaça para o cenário de (des)proteção social em que vivem as famílias, tornando-as alvos mais frequentes da institucionalização e da destituição do poder familiar (Gomes, 2022).

A política social brasileira é marcada pela presença das expressões ideológicas do capitalismo, que favorecem o "familismo", quando as famílias assumem o papel principal nos cuidados sociais com os seus entes, resultando assim num desgaste familiar causado pela desproporcional responsabilidade imposta. Assim, a família é estrategicamente usada para manutenção desta lógica social e econômica (Moraes *et al*., 2020).

A este enredo soma-se a culpabilização destas famílias, fenômeno presente nos discursos da sociedade, das instituições e das próprias famílias, que muitas vezes são vistas, e se veem, como incapazes, disfuncionais, desestruturadas e negligentes.

> Quando a gente explica que não é culpa nossa, ela tem que entender, vem mãe braba, ele [o adolescente] tá aqui por culpa da senhora, não é por culpa da gente. Aconteceu alguma coisa lá [na família] que o menino veio? (P1).

Desconsiderar o impacto da realidade social em que as famílias estão inseridas é velar a condição de desproteção social a que são submetidas e, consequentemente, reforçar a conduta profissional moralizadora (Moraes *et al*., 2020).

Dentre as variadas formas de violações, a violência sexual foi relatada como um dos motivos para o acolhimento em dois dos seis casos acompanhados pelo presente estudo. Trata-se de casos de adolescentes do sexo feminino, vítimas de exploração sexual, sendo que uma delas também relata vitimização por violência sexual intrafamiliar. Pesquisas revelam que crianças e adolescentes são vítimas de toda ordem de violência. No entanto, quando se trata de violência sexual, são as adolescentes de faixa etária entre 10 e 14 anos, as mais acometidas (Koller; Paludo; Morais, 2019; Macêdo *et al*., 2023).

Ao mesmo tempo em que constatavam as dificuldades da instituição em promover a reintegração familiar, observavam-se importantes recursos durante o processo de reintegração familiar. As profissionais participantes da pesquisa reconheciam as diretrizes a serem seguidas e buscavam colocá-las em prática, em meio a discursos, por vezes, controversos:

> O convívio comunitário, familiar... Isso é sadio, isso é necessário, conforme reza o ECA. Então a instituição... como a justiça, ela anda de acordo com a necessidade do adolescente, de forma que ele seja beneficiado no direito que ele tem de estar em família (P2).

Foi observado o empenho da instituição em garantir o direito a frequentar a rede de ensino regular, a fazer cursos de capacitação profissional, no contraturno escolar, bem como, em promover atividades que possibilitavam trocas sociais e afetivas, como a celebração de datas comemorativas, passeios, práticas esportivas, além do incentivo à constituição de padrinhos afetivos. No entanto, as atividades que envolviam as famílias eram reduzidas a visitas técnicas e orientações pontuais.

Estudos chamam a atenção para a importância da convivência com os irmãos como fator de proteção para crianças e adolescentes institucionalizados. Um irmão, portanto, pode ser um "cuidador" alternativo, com quem se tem estabelecerá processos proximais significativos, que amenizarão os alguns efeitos considerados negativos da institucionalização, como a solidão, o isolamento e o abandono, além disso, os irmãos podem encontrar um no outro, referência de apego de quem compartilha as histórias da vida familiar e o suporte para atravessar as adversidades (Buiati; Ferreira; Gontijo, 2013).

Em comparação com os acolhimentos individuais, os casos formados por grupo de irmãos enfrentam maior dificuldade para a reintegração e para a colocação em família substituta. Isso se dá devido à permanência da família em situação de vulnerabilidade, impossibilitando a reintegração, e no caso da inserção em famílias substitutas, a dificuldade está no fato de que a maioria das famílias opta pela adoção individual (Buiati; Ferreira; Gontijo, 2013).

O vínculo afetivo entre os adolescentes e seus familiares foi apontado pelos profissionais como fator facilitador para a reintegração. Em todos os casos, foi possível identificar que, mesmo diante das adversidades vivenciadas, as profissionais identificavam o sentimento de pertencimento à família de origem e o desejo do adolescente de voltar para casa.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para compreender como se dá o processo de reintegração familiar de adolescentes acolhidos institucionalmente, considerando a complexidade do tema, adotou-se um arcabouço teórico-metodológico que permitisse a abordagem do maior número de elementos possíveis para a composição da trama a ser compreendida.

Para tanto, recorreu-se às diretrizes legais estabelecidas na legislação em vigor, aos diversos estudos já realizados e aos dados coletados no âmbito da pesquisa.

Verificou-se que a atenção integral ao adolescente e suas famílias, a manutenção do direito à convivência familiar e comunitária, o fortalecimento dos vínculos familiares, a manutenção de grupos de irmãos e o envolvimento da família extensa são garantias legais fundamentais para a reintegração familiar de adolescentes. No entanto, a imersão na rotina institucional revelou que nem todas as determinações são postas em prática, sobretudo aquelas que esbarram nas dificuldades impostas pela distância geográfica entre a instituição e os municípios de origem dos adolescentes.

Observou-se também, que a indisponibilidade de recursos institucionais, como número suficiente de profissionais e de transporte, dificulta as visitas técnicas e as ações com os familiares. A família, por sua vez, se vê impossibilitada de comparecer ao abrigo, como necessitam, pois, elas se encontram vulnerabilizadas pela pobreza, dependência de álcool e outras drogas, entre outras condições que denunciam a desproteção social.

Quando os processos proximais entre a instituição e as famílias não representam interações significativas, contínuas e seguras, ocorre a dificuldade na adesão das famílias aos encaminhamentos traçados no plano de atendimento familiar e favorece a manutenção

dos motivos que levaram o (a) adolescente ao acolhimento, submetendo-o (a) à revitimização pela "negligência", que comumente é atribuída às famílias, mas que está explícita nos contextos institucionais.

Neste cenário, a reintegração familiar se mostrou um processo complexo, marcado por desafios, que quando não superados, culminam no prolongamento do tempo de permanência do adolescente na instituição, na ocorrência de reinstitucionalização ou ainda, na destituição familiar.

Este estudo teve como limitação a dificuldade de interação com as famílias acarretada pela distância geográfica entre estas e o abrigo, agravada pelo desaparelhamento da instituição para lidar com esta condição.

Os resultados encontrados podem contribuir para a produção de conhecimento em torno desta temática e despertar reflexões acerca da responsabilidade e dos papéis que cabem à família, à comunidade e ao Estado, no dever de proteger e promover os direitos da criança e do adolescente e contribuir para a formulação e execução de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, R. M. L.; BARREIRA, A. K.; LIMA, M. L. C.; ASSIS, S. G.; LIMA, M. L. L. T. Tempo de acolhimento e características dos adolescentes acolhidos por tipo de serviços institucionais. Recife, Brasil, 2009-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 553-562, 2019.

ACIOLI, R. M. L.; BARREIRA, A. K.; LIMA, M. L. C.; LIMA, M. L. L. T.; ASSIS, S. G. Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 529-542, 2018.

ASSIS, D. C. M.; MOREIRA, L. V. C.; FORNASIER, R. C. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: a influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, e582101019263, 2021.

BIDARRA, Z. S.; DOURADO, A. L. Intersetorialidade em redes de políticas públicas para consolidar o Sistema de Garantia dos Direitos: o que aprendemos nesses 30 anos de Estatuto da Criança e do Adolescente? **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 20, p. 1-22, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 26 set. 2026.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. E-book.

BUIATI, P. C.; FERREIRA, A. T. D.; GONTIJO, D. T. Caracterização dos processos de acolhimento institucional de grupos de irmãos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 2, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA)**. Brasília, DF: CNJ, 2021. Disponível em: https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=68b8631d-d2f5-4ea1-b05a-b0256c5fb581&lang=pt-BR&opt=ctxmenu,currsel&select=clearall. Acesso em: 6 mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Brasil); CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). **Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

ERIKSSON, M.; GHAZINOUR, M.; HAMMARSTRÖM, A. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? **Social Theory & Health**, v. 16, n. 4, p. 414-433, 2018.

FURLAN, V.; LIMA, A. F. de. Cultura de institucionalização de crianças e adolescentes: um problema para a psicologia. **Revista Psicologia Política**, v. 21, n. 50, p. 239-252, 2021.

GOMES, R. V. Pobreza (não) é motivo de acolhimento: um panorama do acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Distrito Federal. **Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal,** Brasília, DF, v. 4, n. 3, 2022.

JACOBINA, L. F.; PAIVA, I. L. de. "Aconchego do Lar": discutindo o Serviço de Acolhimento Familiar. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Manizales, v. 18, n. 1, p. 1-23, 2020.

KOLLER, S. H.; PALUDO, S. dos S.; MORAIS, N. A. de (ed.). **Ecological engagement: Urie Bronfenbrenner's method to study human development**. Cham: Springer, 2019.

KOLLER, S. H.; RAFFAELLI, M.; MORAIS, N. A. de. From theory to methodology: using ecological engagement to study development in context. **Child Development Perspectives**, v. 14, n. 3, p. 157-163, 2020.

MACÊDO, L. M. S. V.; SILVA, L. M. P. da; SILVA, K. V.; LIMA, D. M. dos S. P. de. Saúde e autocuidado na perspectiva de adolescentes institucionalizadas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 33, e3305, 2023.

MASTROIANNI, F. de C.; STURION, F. R.; BATISTA, F. dos S.; AMARO, K. C.; RUIM, T. B. (Des) acolhimento institucional de crianças e adolescentes: aspectos familiares associados. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 223-233, 2018.

MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. de S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 40, p. 139-153, 2018.

MORAES, P. M.; NUNES, R. C.; HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 24, n. 2, p. 802-818, 2020.

PAIVA, I. L. de; MOREIRA, T. A. S.; LIMA, A. de M. Acolhimento institucional: famílias de origem e a reinstitucionalização. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1405-1429, 2019.

SILVA, S. S. da C.; PONTES, F. A. R.; SILVA, S. D. B. da; REIS, D. C.; MENDES, L. S. A. Analysis of the familiar functioning of Amazonian riverside communities: ecological engagement, naturalistic observations, and use of structured situations. *In*: KOLLER, S. H.; PALUDO, S. dos S.; MORAIS, N. A. de (ed.). **Ecological engagement: Urie Bronfenbrenner's method to study human development.** Cham: Springer, 2019. p. 221-232.

SOUZA, M. M. B. da P.; CARDOSO, L. F. C. e. From the shelter of children to institutional reception: a trajectory of normalization. **Mediações: Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 24, n. 1, p. 284-305, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

6

Luiza Seib Malheiros
Jânio Luiz Correia Júnior
Robervam de Moura Pedroza
Ricardo de Freitas Dias

BULLYING E *CYBERBULLYING* NA ADOLESCÊNCIA:

CONCEITOS, MANIFESTAÇÕES E REPERCUSSÕES

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.6

INTRODUÇÃO

A adolescência é amplamente reconhecida como uma fase fundamental do desenvolvimento humano, marcada por transformações físicas, mentais e comportamentais que estabelecem fundamentos significativos para a saúde e o bem-estar ao longo da vida (Newby *et al*., 2021; Patton *et al*., 2016; World Health Organization, 2023). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência corresponde ao período entre os 10 e 19 anos de idade, sendo considerada uma fase de transição entre a infância e a vida adulta (World Health Organization, 2023).

Durante a adolescência, a interação entre transformações cognitivas, biológicas e sociais resulta em experiências emocionais mais frequentes e intensas comparadas com aquelas observadas ao final da infância (Allen; Sheeber, 2008; Hollenstein; Faulkner, 2024; Larson; Ham, 1993; Laursen; Collins, 2009; Maciejewski *et al*., 2019; Rosenblum; Lewis, 2006; Silk; Steinberg; Morris, 2003). Essa intensificação emocional está relacionada a três fatores principais: a introdução de novas demandas, como as mudanças puberais e o surgimento de interesses românticos; a ampliação de desafios já existentes, como a maior valorização das relações com os pares e as exigências acadêmicas; e as diferenças individuais na forma de lidar com as emoções, incluindo o ritmo de desenvolvimento e a variedade de estratégias de regulação emocional utilizadas (Allen; Sheeber, 2008; Hollenstein; Faulkner, 2024; Larson; Ham, 1993; Laursen; Collins, 2009; Maciejewski *et al*., 2019; Rosenblum; Lewis, 2006; Silk; Steinberg; Morris, 2003).

Esse estágio do desenvolvimento humano é especialmente importante, pois envolve a construção da identidade, o fortalecimento das relações sociais, o aprimoramento de habilidades interpessoais e a adoção de comportamentos que terão repercussões diretas na saúde ao longo da vida adulta (World Health Organization,

2023). Os comportamentos adotados nesse período, sejam eles cognitivos, sociais ou físicos, podem representar tanto fatores de proteção quanto fatores de risco, a depender de aspectos como o nível de atividade física, o uso de substâncias psicoativas, a exposição à violência, a presença de problemas de saúde mental e as práticas relacionadas à saúde sexual (World Health Organization, 2023).

DESENVOLVIMENTO

Ainda, esse período do desenvolvimento pode expor os adolescentes a diversas formas de agressão entre pares, incluindo manifestações de *bullying* (Espelage; Swearer, 2023), fenômeno caracterizado por comportamentos agressivos intencionais e repetitivos, praticados por um indivíduo ou grupo contra alguém em uma relação marcada por desequilíbrio de poder, com a intenção de causar desconforto, sofrimento ou lesão (Olweus, 1993). Tradicionalmente, essas atitudes e comportamentos eram vistos pelos adultos como brincadeiras típicas da idade. Foi somente a partir dos estudos desenvolvidos pelo pesquisador Dan Olweus, no início da década de 1970, que a compreensão dessa conduta começou a se modificar. Esse conceito emergiu a partir da investigação de casos de adolescentes com tendências suicidas, cujos resultados revelaram um número elevado de jovens que haviam cometido suicídio após experiências de vitimização e ameaças. Em 1989, Olweus publicou o livro "*Bullying at school*: *what we know and what we can do*", considerado um marco nos estudos sobre o fenômeno e uma importante referência para o desenvolvimento de políticas de prevenção e enfrentamento adotadas posteriormente em diferentes países (Borgen *et al*., 2021).

Contrariando essa visão, Olweus argumentou que ser alvo de intimidações representa uma experiência psicossocialmente prejudicial, e não um rito de passagem inofensivo da vida escolar

(Olweus, 1978, 2013). Segundo Olweus (1993), o bullying ocorre quando um estudante é exposto repetidamente, ao longo do tempo, a ações negativas praticadas por um ou mais colegas. Tais ações podem ocorrer de forma física (como empurrões, socos e destruição de pertences), verbal (insultos, provocações e ameaças diretas) ou relacional/indireta (como exclusão social, disseminação de boatos e manipulação de amizades) (Olweus; Limber, 2010). É importante diferenciar entre o *bullying* direto, caracterizado por ataques relativamente explícitos à vítima, do *bullying* indireto, que envolve estratégias de exclusão social, isolamento, disseminação de boatos e outras formas de agressão relacional (Olweus; Limber, 2010).

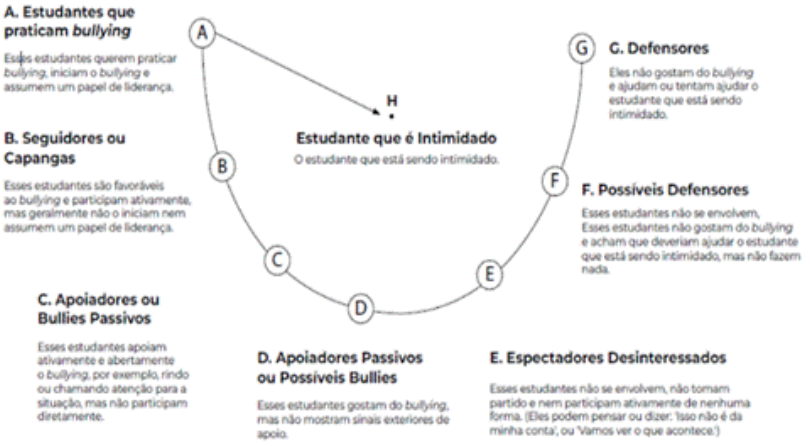
Em sua definição, Olweus (1993) estabeleceu elementos fundamentais para caracterizar o *bullying* com destaque para a repetição das ações agressivas ao longo do tempo, a intencionalidade de causar dano e o desequilíbrio de poder entre o agressor e a vítima. Em relação à repetição, embora esse critério faça parte da definição clássica de Olweus, sua necessidade como requisito absoluto para a caracterização do fenômeno tem sido objeto de debate na literatura. Nesse sentido, alguns autores argumentam que a repetição não deve ser considerada um requisito indispensável em todas as situações, especialmente porque um único episódio grave pode produzir consequências semelhantes às decorrentes de agressões repetidas (Volk *et al*., 2012). A intencionalidade, por sua vez, diferencia ações acidentais daquelas praticadas deliberadamente com o propósito de causar dano Olweus, (1993, 2013) ressalta que o *bullying* envolve ações negativas direcionadas à vítima e caracterizadas por uma assimetria de poder entre os envolvidos.

Entre os três critérios, o desequilíbrio de poder é frequentemente considerado o mais distintivo, pois diferencia o *bullying* de outras formas de conflito entre pares (Olweus, 2013; Olweus; Kallestad, 2010). Esse desequilíbrio pode ser físico, psicológico ou social, dificultando a capacidade de reação da vítima. Pode manifestar-se por meio de diferenças de força física, *status* social, habilidades

cognitivas, do número de aliados disponíveis, ou ainda por normas grupais que favoreçam o agressor (Pepler *et al*., 2006; Vaillancourt; Hymel; McDougall, 2003). Essa assimetria, além disso, pode ser subjetiva e variar ao longo do tempo. Olweus não apenas introduziu o conceito, como também contribuiu decisivamente para a consolidação de uma das definições mais influentes na literatura científica contemporânea (Olweus, 2013). O autor alertou que enfraquecer ou negligenciar os critérios centrais compromete tanto a precisão das investigações quanto a efetividade das intervenções (Olweus, 2013).

A teoria de Olweus também destaca a dinâmica grupal do *bullying*, propondo um modelo em que diferentes papéis são assumidos pelos envolvidos: o agressor, seus apoiadores ativos (seguidores); os reforçadores passivos, que encorajam o comportamento por meio de risos ou silêncio; espectadores indiferentes; os possíveis defensores e os próprios defensores da vítima. Esse modelo ficou conhecido como o "*Bullying Circle*" (Figura 1) e visa ilustrar a complexidade social do fenômeno e a possibilidade de diferentes papéis, inclusive da sobreposição entre as condições de vítima e agressor (Olweus, 1993).

Figura 1 – *Bullying* Circle



Fonte: Olweus e Limber, (2010), adaptado para o português pelos autores.

Em seus estudos, Olweus evidenciou que a vitimização por *bullying* representa um fator de risco relevante para o desenvolvimento psicológico e social de crianças e adolescentes (Olweus, 1978). As primeiras estimativas de prevalência foram obtidas em um estudo norueguês realizado em 1983, com mais de 130 mil estudantes. Os dados mostraram que aproximadamente 15% dos alunos do ensino fundamental e médio estavam envolvidos regularmente em situações de *bullying*: 9% como vítimas, entre 6% e 7% como agressores, e 1,5% simultaneamente em ambos os papéis (Olweus, 1996; Olweus; Kallestad, 2010; Solberg; Olweus, 2003). Com base nesses achados, Olweus desenvolveu o Programa de Prevenção ao *Bullying* de Olweus (Olweus *Bullying Prevention Program* – OBPP), um programa de prevenção escolar amplamente disseminado internacionalmente. Estudos sobre sua implementação indicam reduções na vitimização e agressão, além de melhorias significativas no clima escolar, embora a magnitude dos efeitos varie conforme o contexto, o desenho do estudo e a fidelidade de implementação (Olweus; Kallestad, 2010).

O programa teve origem no Projeto Bergen Contra o *Bullying* (1983–1985), que envolveu aproximadamente 2.500 estudantes noruegueses. Após oito meses de intervenção, as taxas autorreferidas de vitimização caíram de 10% para 3,8% (redução de 62%) e as de agressão, de 7,6% para 5,1% (redução de 33%). Após 20 meses, observou-se redução de 64% entre vítimas e 52,6% entre agressores. Avaliações de colegas e professores também indicaram efeitos favoráveis e uma relação dose-resposta foi observada: quanto maior a fidelidade à implementação, maiores tendiam a ser os efeitos positivos (Olweus; Alsaker, 1991; Olweus; Kallestad, 2010). Assim, os resultados indicaram reduções significativas tanto na vitimização quanto nos comportamentos de agressão entre os estudantes. Esses dados foram posteriormente divulgados na obra *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*, publicada em 1993 e traduzida para mais de 25 idiomas.

O OBPP possui três objetivos principais: (a) reduzir os casos existentes de *bullying*, (b) prevenir novos episódios, e (c) melhorar as relações interpessoais entre os estudantes. Para isso, propõe a reestruturação do ambiente escolar, pautada em quatro princípios: atenção e envolvimento positivos dos adultos; estabelecimento de regras claras contra comportamentos agressivos; aplicação coerente de consequências não violentas, e atuação dos adultos como figuras de autoridade e modelos de conduta. As ações são estruturadas em quatro níveis: escolar, sala de aula, individual e comunitário (Olweus, 1993; Olweus; Limber, 2007).

Com base nos resultados positivos, o governo da Noruega passou a adotar o OBPP em larga escala, com sua implementação em mais de 500 escolas a partir de 2000. Avaliações subsequentes examinaram a efetividade e a manutenção dos efeitos do programa, incluindo um estudo publicado em 2020 que relatou efeitos que se mantiveram por até oito anos após a implementação inicial. O OBPP também foi implementado em escolas nos Estados Unidos e em diversos países europeus, como Alemanha, Islândia, Lituânia e Suécia, além de ter servido de base para o desenvolvimento de programas similares em outros contextos, como a Inglaterra. A disseminação internacional do modelo contribuiu para consolidá-lo como uma importante referência em programas escolares de prevenção ao *bullying* (Olweus, 1993; Olweus; Limber, 2007).

A teoria de Olweus tem sido amplamente utilizada como referência para o desenvolvimento e a avaliação de intervenções contra o *bullying* em diferentes contextos nacionais. Smith e Ananiadou (2003) destacam que a definição de Olweus se consolidou como uma importante referência conceitual ao longo das últimas décadas e fundamentou intervenções escolares de grande escala. Diversos países também implementaram intervenções inspiradas nos princípios da abordagem de Olweus, realizando adaptações de acordo com seus respectivos contextos socioculturais e educacionais. Na Inglaterra, por exemplo, o Projeto *Sheffield* implementou um

programa semelhante em 23 escolas, com adaptações das estratégias de intervenção às necessidades locais. A intervenção resultou em uma redução de 17% nos relatos de vitimização nas escolas primárias, além de aumento na proporção de vítimas que procuraram ajuda e de agressores que foram confrontados.

No Canadá, o programa de Toronto, inspirado no modelo norueguês, incluiu componentes como supervisão intensificada, estabelecimento de regras em sala de aula e atividades de dramatização, resultando em uma redução modesta, porém significativa, nos relatos recentes de *bullying*. Além disso, países como Alemanha, Bélgica e Estados Unidos também desenvolveram programas inspirados nos princípios de Olweus, adaptando-os a contextos locais, incluindo estratégias de envolvimento comunitário e ações direcionadas ao ensino médio. Embora os resultados das intervenções variem entre os países, a perspectiva de que o *bullying* é influenciado pela dinâmica social do grupo e que sua ocorrência pode ser reduzida por meio de mudanças no ambiente escolar permanece como um elemento central da abordagem de Olweus (Smith; Ananiadou, 2003).

Outro exemplo notável é o programa KiVa, desenvolvido na Finlândia e fundamentado em uma abordagem teórica que enfatiza o papel das dinâmicas grupais e dos pares na manutenção e na prevenção do *bullying*. O programa inclui ações universais e indicadas, voltadas tanto para a mudança das dinâmicas grupais entre pares quanto para intervenções diretas com vítimas e agressores. Em uma amostra de 5.651 alunos do ensino fundamental, matriculados do 4º ao 6º ano, o estudo avaliou o impacto do KiVa na redução de nove formas distintas de vitimização. Após nove meses de implementação, observou-se uma redução significativa em todas as formas de vitimização avaliadas nas escolas que participaram da intervenção, enquanto os alunos das escolas do grupo controle apresentaram entre 1,32 e 1,94 vezes mais chances de serem vitimizados do que os alunos das escolas que implementaram o programa.

A maior diferença foi registrada na vitimização física (OR = 1,94), seguida pelo *cyberbullying* (OR = 1,80), indicando que o programa também produziu efeitos sobre formas indiretas e menos visíveis de agressão. Além disso, o estudo demonstrou que os alunos de turmas com maior frequência de comportamentos de defesa das vítimas apresentaram melhores índices de bem-estar escolar e menor ocorrência de bullying, reforçando a ideia de que o contexto grupal exerce influência significativa na manutenção e na prevenção do *bullying*, aspecto central da abordagem do KiVa e convergente com a ênfase atribuída por Olweus à dinâmica social do fenômeno (Salmivalli; Voeten; Poskiparta, 2011).

Menesini e Salmivalli, (2017) apontam que essa definição permanece como uma das principais referências teóricas em estudos contemporâneos, sendo utilizada em investigações internacionais e no desenvolvimento de intervenções escolares. Em termos de prevalência, uma meta-análise mencionada por esses autores, com mais de 335 mil jovens de 12 a 18 anos, identificou taxas médias de envolvimento de 35% com *bullying* tradicional, considerando os papéis de vítima, agressor ou vítima-agressor, e de 15% com *cyberbullying* (Modecki *et al*., 2014). Estudos na América Latina reforçam a relevância do fenômeno: no Peru, 47,3% dos adolescentes relataram ter sido vítimas de *bullying* aos 8 anos, percentual que diminuiu para 30,4% aos 12 anos e 21,9% aos 15 anos. Na Nicarágua, 35% dos estudantes do ensino médio relataram envolvimento com *bullying*, sendo 12,4% vítimas, 10,9% agressores e 11,7% simultaneamente em ambos os papéis (Del Rey; Ortega-Ruiz, 2008).

Programas *antibullying* foram associados a reduções médias de 20% a 23% nos comportamentos de agressão e de 17% a 20% na vitimização; tais efeitos foram mais pronunciados quando os programas incluíram múltiplos componentes, como o envolvimento dos pais, o estabelecimento de normas escolares claras e estratégias de mobilização dos pares (Farrington, Ttofi 2009). Programas como o KiVa, por exemplo, que enfatizam as normas do grupo e o papel

dos espectadores, apresentaram evidências de redução do *bullying*, reforçando a importância da modificação do ambiente social da sala de aula como estratégia de prevenção (Menesini; Salmivalli, 2017, p. 248–249). Portanto, a teoria desenvolvida por Dan Olweus representa uma das principais referências teóricas para a compreensão do *bullying*. Sua contribuição foi decisiva ao estabelecer critérios conceituais claros, como intencionalidade, repetição e desequilíbrio de poder, que permitiram diferenciar o *bullying* de outras formas de conflito interpessoal e favoreceram sua operacionalização e mensuração em pesquisas empíricas (Olweus, 1993, 2013).

Além disso, ao propor modelos explicativos como o "Círculo do *Bullying*" e contribuir para o desenvolvimento de instrumentos e procedimentos específicos de avaliação, Olweus consolidou uma abordagem que articula fatores individuais e contextuais, destacando o papel ativo do ambiente escolar na manutenção ou prevenção dessas dinâmicas (Olweus; Limber, 2010). A ampla adoção de seus pressupostos em políticas públicas, programas de intervenção e investigações internacionais reforça a relevância de sua abordagem teórica para o enfrentamento do bullying (Gaffney; Farrington; Ttofi, 2019; Ttofi; Farrington, 2011). Vale ressaltar que alguns adolescentes podem assumir tanto o papel de vítima quanto o de agressor, seja simultaneamente ou em diferentes momentos (Olweus, 1993; Salmivalli *et al*., 1996), e que os elementos centrais da definição de Olweus, intencionalidade, repetição e desequilíbrio de poder, permanecem relevantes no debate conceitual e são contemplados em diferentes abordagens contemporâneas sobre o fenômeno (Zych; Ortega-Ruiz; Del Rey, 2015).

A prevalência do *bullying* varia amplamente em função da sua definição operacional, dos métodos de mensuração, da faixa etária investigada e do contexto geográfico. Embora o *bullying* tenha sido historicamente compreendido por alguns adultos como um comportamento normativo da infância, atualmente é reconhecido como um importante problema de saúde e de desenvolvimento com graves

implicações para vítimas e agressores (Olweus, 2013; Swearer *et al*., 2010). Dados de adolescentes brasileiros mostram que a prevalência de bullying varia de 7,2% a 38,9%, com maior prevalência na região Sudeste (22,2%; IC95% 21,1–23,4), especificamente no estado de São Paulo (24,2%; IC95% 22,3–26,2) (Malta et al., 2019). No mesmo estudo, os meninos apresentaram maior prevalência de prática de bullying (24,2%; IC95% 23,4–25,0) do que as meninas (15,6%; IC95% 14,9–16,2), assim como os estudantes mais jovens, de 13 a 15 anos (22,0%; IC95% 20,4–23,6).

No Nordeste, a prevalência de vitimização por bullying entre adolescentes também apresentou variações nas diferentes edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Em 2009, 30,4% dos estudantes nordestinos relataram ter sofrido bullying na escola (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009). Esse percentual aumentou para 35,5% na edição de 2012 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013), passando a 44,4% em 2015, percentual que correspondeu à segunda maior prevalência entre as regiões brasileiras naquele ano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016).

O avanço científico e tecnológico tem facilitado o acesso e o uso constante de dispositivos com tela, como celulares, computadores, televisores, *notebooks* e *tablets*, no cotidiano dos adolescentes, influenciando diretamente suas rotinas e formas de interação (Bezerra; Nunes; Silva, 2023; Gupta *et al*., 2022). À medida que o uso das tecnologias digitais se expande, aumentam também as preocupações relacionadas aos riscos associados que podem afetar a segurança e a saúde mental dos adolescentes. Nesse cenário, as manifestações de comportamentos agressivos entre pares extrapolaram os limites presenciais e passaram a ocorrer também em ambientes digitais, dando origem ao fenômeno do *cyberbullying* (Athanasiou *et al*., 2018; Livingstone; Stoilova; Kelly, 2016; O'Higgins Norman, 2020; Pichel *et al*., 2021). Esse tipo de violência envolve comportamentos agressivos intencionais, praticados por indivíduos ou grupos por meio de

tecnologias digitais e direcionados a alguém que apresenta dificuldades para se defender, podendo incluir ações repetidas de natureza hostil ou agressiva (Thomas *et al*., 2019; Waseem; Nickerson, 2023).

O *cyberbullying* se distingue de outras formas de *bullying*, como o bullying tradicional presencial ou outras formas de agressão mediadas por tecnologias, por apresentar características específicas associadas ao ambiente digital (Sahana; Anilkumar, 2023). Entre os aspectos frequentemente destacados na literatura estão a intencionalidade da agressão, a repetição dos ataques, o desequilíbrio de poder entre os envolvidos, o anonimato ou a possibilidade de anonimato dos agressores, a ampla acessibilidade e disponibilidade do conteúdo para as vítimas e a publicidade do conteúdo ofensivo (Menesini; Nocentini, 2013; Smith; Steffgen, 2013).

Assim, a descrição das manifestações do *cyberbullying* contempla uma diversidade de comportamentos que vão além das formas tradicionais de agressão. Entre as categorias descritas, destaca-se a exclusão, quando o indivíduo é propositalmente excluído ou ignorado em ambientes virtuais; a denigração, caracterizada pela difamação ou disseminação de rumores com a intenção de prejudicar a reputação da vítima; e o *flooding*, que consiste em enviar grande quantidade de mensagens ou conteúdos a alguém, com o objetivo de perturbar ou inviabilizar sua participação em interações online. Outras formas relevantes incluem o mascaramento, no qual o agressor assume uma identidade falsa para ofender; e o *flaming*, que envolve ataques verbais intensos em discussões. Há ainda o *cyberstalking*, que representa uma forma de perseguição persistente realizada por meios digitais; o *trolling*, no qual o autor busca provocar conflitos ou reações; o *outing*, que consiste na exposição não autorizada de informações privadas ou íntimas da vítima; e as ameaças cibernéticas, nas quais o agressor envia mensagens com conteúdo violento ou intimidatório. Tais categorias evidenciam a complexidade e o alcance das agressões mediadas por tecnologias digitais, que podem assumir múltiplas formas e adaptar-se

às diferentes possibilidades oferecidas pelas plataformas digitais (Sahana; Anilkumar, 2023).

Nas redes sociais, a intenção de ferir se manifesta por meio de conteúdos textuais ou visuais que permanecem disponíveis e podem ser constantemente visualizados e compartilhados, potencialmente intensificando os danos à vítima (Kane *et al*., 2014; Kowalski; Limber; Agatston, 2012). O poder do agressor é ampliado pelo uso de perfis falsos e pela capacidade de atingir um público amplo com rapidez, ao passo que a vítima tem dificuldade em se proteger ou remover o conteúdo (Chan; Cheung; Wong, 2019; Kane *et al*., 2014; Olweus, 1993; Thomas; Connor; Scott, 2015). Além disso, a natureza pública e o potencializam de ampla disseminação das plataformas digitais potencializa a exposição e a humilhação da vítima, ultrapassando os limites do espaço físico ou privado nos quais pode ocorrer o *bullying* convencional (Barlińska; Szuster; Winiewski, 2013; Kane *et al*., 2014; Sahana; Anilkumar, 2023). Os adolescentes podem, portanto, participar simultaneamente de episódios de bullying presencial e cyberbullying. Um mesmo indivíduo pode assumir diferentes papéis, como vítima, agressor ou observador, em ambas as formas de violência. O cyberbullying pode apresentar características que potencializam suas consequências, uma vez que o espaço virtual possibilita ampla exposição da vítima, maior alcance da audiência, rápida disseminação do conteúdo e, em determinadas situações, anonimato do agressor (Runions *et al*., 2018).

Segundo dados mundiais, o relatório Behind the Numbers: Ending School Violence and *Bullying*, publicado pela UNESCO em 2019, apresenta uma análise abrangente da prevalência, da natureza, dos impactos e das respostas à violência e ao *bullying* escolar em diferentes regiões do mundo (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2019). O relatório revela que aproximadamente um em cada três estudantes no mundo (32%) relatou ter sido vítima de *bullying* por colegas na escola pelo menos uma vez no mês anterior (UNESCO, 2019). A forma de *bullying* mais

comum nas regiões da África Subsaariana, do Norte da África e da Ásia é a física, enquanto na Europa e na América do Norte predomina o *bullying* psicológico (UNESCO, 2019). O *cyberbullying*, embora menos frequente, também afeta uma proporção relevante de estudantes, estimando-se que cerca de 10% tenham sofrido algum tipo de agressão online (UNESCO, 2019).

A forma de *bullying* mais comum em regiões fora da Europa e da América do Norte é a física, enquanto nessas duas regiões predomina o *bullying* psicológico (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019). O *cyberbullying*, embora menos frequente, também afeta uma proporção relevante de estudantes, estimando-se que cerca de 10% tenham sofrido algum tipo de agressão online (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019). Os fatores que aumentam a vulnerabilidade ao *bullying* incluem diferenças físicas, étnicas e socioeconômicas, bem como características relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero, destacando-se que crianças percebidas como "diferentes" podem apresentar maior exposição à vitimização (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019).

A pesquisa também aponta que, embora quase metade dos países com dados disponíveis tenha registrado redução na prevalência do *bullying* entre 2002 e 2017, o *cyberbullying* apresentou tendência de crescimento no mesmo período (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019). O relatório identifica que respostas nacionais eficazes para o enfrentamento da violência escolar incluem liderança política, marcos legais, abordagens de escola inteira que envolvam toda a comunidade escolar, utilização de dados para o monitoramento e a avaliação dos programas e formação de professores para lidar com situações de violência (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019). Além disso, destaca a importância da promoção de ambientes escolares seguros, inclusivos e positivos como fator fundamental para a redução

da violência (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2019).

Nesse cenário, a magnitude da violência entre pares é preocupante, considerando sua associação com diversos desfechos adversos para a saúde física e mental dos adolescentes. A vivência de *bullying* na escola e de *cyberbullying* na internet tem sido associada a prejuízos acadêmicos, baixa autoestima, sintomas depressivos, comportamentos agressivos e antissociais e uso de substâncias (Sigurdson *et al*., 2015; Silva *et al*., 2020). A exposição a essas formas de agressão também pode estar associada a sentimentos de impotência, ansiedade, medo e sofrimento emocional, além de maior ocorrência de ideação suicida, tentativas de suicídio e comportamentos de automutilação. Estudos longitudinais sugerem que algumas dessas repercussões podem persistir até a vida adulta, estando associadas a desfechos como criminalidade e problemas de saúde mental (Sigurdson *et al*., 2015). Em outro estudo longitudinal, que acompanhou 2.120 participantes ao longo de 17 anos, Perret *et al*. (2020) identificaram que adolescentes expostos ao *cyberbullying* apresentaram maior probabilidade de relatar ideação suicida e tentativas de suicídio mais graves.

No Brasil, no que se refere ao aspecto legal sobre essas formas de violência, em janeiro de 2024, foi sancionada a Lei nº 14.811/2024, que instituiu medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares e promoveu alterações no Código Penal e em outras normas. A legislação passou a prever expressamente os crimes de intimidação sistemática (*bullying*) e intimidação sistemática virtual (*cyberbullying*) no Código Penal, estabelecendo definições e respectivas sanções (Brasil, 2024). Além disso, a lei alterou o tratamento penal de determinadas condutas praticadas contra crianças e adolescentes, incluindo o sequestro e a indução ou instigação ao suicídio ou à automutilação em circunstâncias previstas na legislação. A aprovação da Lei nº 14.811/2024 evidencia a preocupação do legislador brasileiro

com o fortalecimento da proteção de crianças e adolescentes contra diferentes formas de violência (Brasil, 2024).

Logo, tanto o *bullying* como o *cyberbullying* devem ser compreendidos como formas de violência entre pares e potenciais fatores de risco para a saúde e o desenvolvimento durante a adolescência, não devendo ser confundidos com brincadeiras entre pares ou considerados comportamentos corriqueiros e naturais dessa faixa etária (Tabares; Restrepo; Zapata-Lesmes, 2024). Para observadores externos, a diferença entre brincadeiras e situações de *bullying* pode ser sutil; no entanto, a presença de intencionalidade, desequilíbrio de poder, repetição e consequências de sofrimento ou prejuízo deve ser considerada na avaliação da situação. É essencial que a sociedade, os professores e os familiares estejam atentos a essas situações e adotem medidas para interromper a violência e proteger os envolvidos (Armitage, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados discutidos ao longo deste capítulo reforçam que o *bullying* e o *cyberbullying* constituem fenômenos complexos e multifacetados, cuja compreensão foi profundamente influenciada pela formulação teórica pioneira de Dan Olweus. Os critérios de intencionalidade, repetição e desequilíbrio de poder, estabelecidos há mais de quatro décadas, permanecem referências fundamentais para a caracterização do *bullying* e continuam a subsidiar programas de prevenção e intervenção reconhecidos internacionalmente, como o *Olweus Bullying Prevention Program* (OBPP) e o KiVa. As evidências disponíveis indicam que intervenções que modificam o ambiente escolar e as relações entre pares podem contribuir para a redução da vitimização e da prática de *bullying.*

As prevalências apresentadas, tanto no cenário internacional quanto no contexto brasileiro, demonstram que o *bullying* continua sendo um importante problema de saúde e de convivência escolar entre crianças e adolescentes, enquanto o *cyberbullying* assume crescente relevância diante da expansão das interações mediadas por tecnologias digitais (Brasil, 2024). As consequências dessas experiências não se restringem ao contexto escolar e estão associadas a importantes desfechos negativos para a saúde mental e o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, incluindo maior ocorrência de ideação suicida e comportamentos autolesivos. Nesse contexto, a Lei nº 14.811/2024 representa um marco no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, ao incorporar o *bullying* e o *cyberbullying* ao ordenamento jurídico penal e reforçar a necessidade de respostas institucionais articuladas.

Diante desse cenário, o enfrentamento do *bullying* e do *cyberbullying* não pode ser reduzido a medidas disciplinares ou a ações isoladas, exigindo uma abordagem intersetorial que envolva escola, família, serviços de saúde e políticas públicas. A prevenção efetiva requer intervenções estruturadas, sustentadas por evidências científicas, formação continuada dos profissionais da educação, fortalecimento das relações entre pares e construção de ambientes escolares seguros, inclusivos e acolhedores. Além disso, a diversidade dos contextos socioculturais deve ser considerada tanto na interpretação dos fenômenos quanto na adaptação das estratégias de prevenção e intervenção. Estudos futuros devem avançar na investigação dos fatores de risco e de proteção associados ao *bullying* e ao *cyberbullying* na realidade brasileira, especialmente por meio de desenhos longitudinais e avaliações de intervenções, de modo a produzir evidências mais robustas para orientar políticas e práticas voltadas à proteção e à promoção da saúde de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ALLEN, N.; SHEEBER, L. **Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders.** [S. l.]: Cambridge University Press, 2008.

ARMITAGE, R. Bullying in children: impact on child health. **BMJ Paediatrics Open**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. e000939, 2021.

ATHANASIOU, K. *et al*. Cross-national aspects of cyberbullying victimization among 14-17-year-old adolescents across seven European countries. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–15, 2018.

BARLIŃSKA, J.; SZUSTER, A.; WINIEWSKI, M. Cyberbullying among Adolescent Bystanders: Role of the Communication Medium, Form of Violence, and Empathy. **Journal of Community & amp; Applied Social Psychology**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 37–51, 2013.

BEZERRA, F. A.; NUNES, J. V.; SILVA, A. S. R. da. Cultura Digital na BNCC: Necessidade da Competência em Informação para o Processo Formativo do Professor. **Brazilian Journal of Information Science: research trends,** [s. l.], v. 17, p. e023001–e023001, 2023.

BORGEN, N. T. *et al*. The Potential of Anti-Bullying Efforts to Prevent Academic Failure and Youth Crime. A Case Using the Olweus Bullying Prevention Program (OBPP). **Prevention Science**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 1147–1158, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33993391/. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024.** [S. l.]: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14811.htm. Acesso em: 3 jun. 2025.

CHAN, T. K. H.; CHEUNG, C. M. K.; WONG, R. Y. M. Cyberbullying on Social Networking Sites: The Crime Opportunity and Affordance Perspectives. **Journal of Management Information Systems,** [s. l.], v. 36, n. 2, p. 574–609, 2019.

DEL REY, R.; ORTEGA, R. Bullying en los países pobres: prevalencia y coexistencia con otras formas de violencia. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, v. 8, n. 1, p. 39–50, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/560/56080104.pdf.

ESPELAGE, D. L.; SWEARER, S. M. Updated Perspectives on Linking School Bullying and Related Youth Violence Research to Effective Prevention Strategies. *In*: **School violence and primary prevention.** Cham: Springer International Publishing, 2023. p. 199–216.

FARRINGTON, D. P.; TTOFI, M. M. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. **Campbell Systematic Reviews**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. i–148, 2009.

GAFFNEY, H.; FARRINGTON, D. P.; TTOFI, M. M. Examining the Effectiveness of School-Bullying Intervention Programs Globally: a Meta-analysis. **International Journal of Bullying Prevention**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 14–31, 2019.

GUPTA, P. *et al*. Indian Academy of Pediatrics Guidelines on Screen Time and Digital Wellness in Infants, Children and Adolescents**. Indian Pediatrics**, [s. l.], v. 59, n. 3, p. 235–244, 2022.

HOLLENSTEIN, T.; FAULKNER, K. Adolescent digital emotion regulation. **Journal of Research on Adolescence,** [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1341–1351, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2016.

KANE, G. C. *et al*. What's Different about Social Media Networks? A Framework and Research Agenda. **MIS Quarterly,** [s. l.], v. 38, n. 1, p. 274–304, 2014. Disponível em: https://misq.umn.edu/what-s-different-about-social-media-networks-a-framework-and-research-agenda.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

KOWALSKI, R. M.; LIMBER, S.; AGATSTON, P. W. **Cyberbullying: bullying in the digital age.** 2. ed. Malden: Wiley-Blackwell, 2012.

LARSON, R.; HAM, M. Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. **Developmental Psychology**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 130–140, 1993.

LAURSEN, B.; COLLINS, W. A. Parent—Child Relationships During Adolescence. *In*: **Handbook of adolescent psychology**. [S. l.]: Wiley, 2009.

LIVINGSTONE, S.; STOILOVA, M.; KELLY, A. Cyberbullying: Incidência, tendências e consequências. *In*: **Terminando com o tormento: combatendo o bullying do pátio escolar ao ciberespaço.** New York: Publicações das Nações Unidas, 2016. p. 115–120.

MACIEJEWSKI, D. F. *et al*. Most fare well—But some do not: Distinct profiles of mood variability development and their association with adjustment during adolescence. **Developmental Psychology**, [s. l.], v. 55, n. 2, p. 434–448, 2019.

MALTA, D. C. *et al*. Prevalência de bullying e fatores associados em escolares brasileiros, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1359–1368, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qY5nGMDwgSvVfBvHL76ZKwg/. Acesso em: 3 jun. 2025.

MENESINI, E.; NOCENTINI, A. Definitions of cyberbullying. *In*: SMITH, P. K.; STEFFGEN, G. (org.). **Cyberbullying through the new media: findings from an international network.** New York: Psychology Press, 2013. p. 320.

MENESINI, E.; SALMIVALLI, C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. **Psychology, Health and Medicine**, [s. l.], v. 22, n. sup1, p. 240–253, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114811/. Acesso em: 3 jun. 2025.

MODECKI, K. L. *et al*. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. **Journal of Adolescent Health**, [s. l.], v. 55, n. 5, p. 602–611, 2014.

NEWBY, H. *et al*. A Scoping Review of Adolescent Health Indicators. **Journal of Adolescent Health,** [s. l.], v. 69, n. 3, p. 365–374, 2021.

OLWEUS, D. **Aggression in the schools: Bullies and whipping boys.** Washington, DC: Hemisphere, 1978.

OLWEUS, D. **Bullying at school: What we know and what we can do**. Oxford: Blackwell Publishing, 1993.

OLWEUS, D. School bullying: Development and some important challenges. **Annual Review of Clinical Psychology,** [s. l.], v. 9, p. 751–780, 2013.

OLWEUS, D. **The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire**. Bergen: [s. n.], 1996.

OLWEUS, D.; ALSAKER, F. D. Assessing change in a school anti-bullying program. *In*: **Childhood and development: essays in honor of lars svedin.** Lund: Studentlitteratur, 1991.

OLWEUS, D.; KALLESTAD, J. H. The Olweus Bullying Prevention Program: effects of classroom components at different grade levels. *In*: OSTERMAN, K. (org.). **Indirect and direct aggression**. New York: Peter Lang, 2010. p. 113–131.

OLWEUS, D.; LIMBER, S. P. Bullying prevention program: Design and implementation issues. *In*: JIMERSON, S. R. (org.). **Handbook of school violence and school safety**. New York: Routledge, 2010. p. 551–562.

OLWEUS, D.; LIMBER, S. P. The Olweus Bullying Prevention Program: Implementation and evaluation over two decades. *In*: SHERMAN, F. (org.). **Handbook of School Violence and School Safety.** New York: Routledge, 2007.

O'HIGGINS NORMAN, J. Tackling Bullying from the Inside Out: Shifting Paradigms in Bullying Research and Interventions: UNESCO Chair on Tackling Bullying in Schools and Cyberspace, Inaugural Lecture delivered on 7th October 2019 at Dublin City University. **International Journal of Bullying Prevention**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 161–169, 2020.

PATTON, G. C. *et al*. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **The Lancet**, [s. l.], v. 387, n. 10036, p. 2423–2478, 2016.

PEPLER, D. J. *et al*. A developmental perspective on bullying. **Aggressive Behavior**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 376–384, 2006.

PERRET, L. C. *et al.* Cybervictimization in adolescence and its association with subsequent suicidal ideation/attempt beyond face-to-face victimization: a longitudinal population-based study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 866–874, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jcpp.13158. Acesso em: 3 ago. 2026.

PICHEL, R. *et al*. Bullying, Cyberbullying and the Overlap: What Does Age Have to Do with It. **Sustainability**, [s. l.], v. 13, n. 15, p. 8527, 2021.

ROSENBLUM, G. D.; LEWIS, M. Emotional Development in Adolescence. *In*: **Blackwell handbook of adolescence**. [S. l.]: Wiley, 2006. p. 269–289.

RUNIONS, K. C. *et al*. Beyond the reactive-proactive dichotomy: Rage, revenge, reward, and recreational aggression predict early high school bully and bully/victim status. **Aggressive Behavior**, [s. l.], v. 44, n. 5, p. 501–511, 2018.

SALMIVALLI, C. *et al*. Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. **Aggressive Behavior**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–15, 1996.

SIGURDSON, J. F. *et al*. The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,** [s. l.], v. 9, n. 1, p. 42, 2015a.

SILK, J. S.; STEINBERG, L.; MORRIS, A. S. Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. **Child Development,** [s. l.], v. 74, n. 6, p. 1869–1880, 2003.

SILVA, G. R. R. *et al*. Prevalence and factors associated with bullying: differences between the roles of bullies and victims of bullying. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 96, n. 6, p. 693–701, 2020.

SMITH, P. K.; ANANIADOU, K. The nature of school bullying and the effectiveness of school-based interventions. **Journal of Applied Psychoanalytic Studies,** [s. l.], v. 5, n. 2, p. 189–209, 2003.

SMITH, P. K.; STEFFGEN, G. **Cyberbullying Through the New Media: Findings from an International Network**. New York: Psychology Press, 2013.

SOLBERG, M. E.; OLWEUS, D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. **Aggressive Behavior**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 239–268, 2003.

SWEARER, S. M. *et al*. What Can Be Done About School Bullying? **Educational Researcher**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 38–47, 2010.

TABARES, A. S. G.; RESTREPO, J. E.; ZAPATA-LESMES, G. The effect of bullying and cyberbullying on predicting suicide risk in adolescent females: The mediating role of depression. **Psychiatry Research**, v. 337, p. 115968, 2024.

THOMAS, H. J. *et al*. Development and validation of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents: A multi-dimensional measurement model. **British Journal of Educational Psychology**, [s. l.], v. 89, n. 1, p. 75–94, 2019.

THOMAS, H. J.; CONNOR, J. P.; SCOTT, J. G. Integrating Traditional Bullying and Cyberbullying: Challenges of Definition and Measurement in Adolescents – a Review. **Educational Psychology Review**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 135–152, 2015.

TTOFI, M. M.; FARRINGTON, D. P. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. **Journal of Experimental Criminology,** [s. l.], v. 7, n. 1, p. 27–56, 2011.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Behind the numbers: ending school violence and bullying**. [S. l.]: UNESCO, 2019.

VAILLANCOURT, T.; HYMEL, S.; MCDOUGALL, P. Bullying Is Power. **Journal of Applied School Psychology**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 157–176, 2003.

VISWANATH, S.; KUMAR K.M, A. A Systematic Literature Review on Cyberbullying in Social Media: Taxonomy, Detection Approaches, Datasets, and Future Research Directions. **International Journal on Recent and Innovation Trends in Computing and Communication**, [s. l.], v. 11, 2023.

SAHANA, V.; ANILKUMAR. K. M. A Systematic Literature Review on Cyberbullying in Social Media: Taxonomy, Detection Approaches, Datasets, and Future Research Directions. **International Journal on Recent and Innovation Trends in Computing and Communication,** v. 11, n. 10, p. 406–430, 2023.

VOLK, A. A.; CAMILLERI, J. A.; DANE, A. V.; MARINI, Z. A. Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? **Aggressive Behavior**, v. 38, n. 3, p. 222–238, 2012.

WASEEM, M.; NICKERSON, A. B. Identifying and Addressing Bullying. *In*: **Statpearls** [INTERNET]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health**. [S. l.], 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. Acesso em: 3 jun. 2025.

ZYCH, I.; ORTEGA-RUIZ, R.; DEL REY, R. Scientific research on bullying and cyberbullying: Where have we been and where are we going. **Aggression and Violent Behavior**, [s. l.], v. 24, p. 188–198, 2015.

7

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves
Mauro Virgílio Gomes de Barros
Lygia Maria Pereira da Silva
Marco Aurélio de Valois Correia Júnior

VIOLÊNCIA FÍSICA EM ADOLESCENTES ESCOLARES DE PERNAMBUCO:

TENDÊNCIA TEMPORAL, PARADOXO DE GÊNERO E DIÁLOGOS COM A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2024

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.7

INTRODUÇÃO

A violência interpessoal na adolescência é reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública contemporâneos, pelos seus efeitos sobre o desenvolvimento físico, emocional e social dos jovens e pela magnitude das violações de direitos humanos que representa (Vos *et al*., 2020). Em 2019, o Estudo de Carga Global de Doenças estimou a violência interpessoal entre as principais causas de morbimortalidade em adolescentes e adultos jovens, sobretudo em países de renda média e baixa, contexto no qual o Brasil se insere (Vos *et al*., 2020). No país, o Atlas da Violência (2024) mostra que, a cada 100 jovens de 15 a 29 anos que morreram no Brasil em 2022, 34 foram vítimas de homicídio, o que reafirma a centralidade do tema para as políticas de saúde, educação e proteção social (Cerqueira *et al*., 2024).

A violência que atinge adolescentes assume formas diversas. Neste capítulo interessam, particularmente, a violência física (VF) definida como "o uso intencional da força física, como tapas, empurrões, socos e chutes" e os ataques físicos (AF), "quando um ou mais indivíduos golpeiam outra pessoa, eventualmente com uso de instrumentos como arma branca ou de fogo" (Cerqueira *et al.,* 2024). Ambas as manifestações têm sido monitoradas, no Brasil, por inquéritos de base escolar fundamentados no instrumento internacional Global School-based Student Health Survey (GSHS), que permite comparações nacionais e internacionais ao longo do tempo (WHO, 20205).

O presente capítulo sintetiza e atualiza os principais achados da tese de doutorado "Violência física e fatores de riscos associados em adolescentes estudantes do ensino médio de Pernambuco: tendência temporal", defendida no Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (Gonçalves, 2024). A tese reuniu dados de quatro inquéritos realizados em escolas públicas estaduais de Pernambuco nos anos de 2006, 2011, 2016 e 2022,

totalizando 20.987 adolescentes de 14 a 19 anos, e produziu dois artigos científicos: um estudo de tendência temporal da VF e dos AF ao longo de 16 anos, e um estudo transversal sobre os fatores psicossociais e comportamentais associados ao envolvimento em brigas (EB) e à exposição à VF em 2022.

O objetivo deste capítulo é apresentar, de forma acessível a profissionais de saúde, educação e gestão, os principais resultados dessa investigação, com destaque para um achado que desafia a literatura clássica sobre o tema: a redução da violência física entre os meninos, acompanhada de um aumento entre as meninas, configurando o que aqui chamamos de "paradoxo de gênero" da VF escolar. Para aprofundar essa discussão, os achados da tese são dialogados com os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2024 (PeNSE), publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2026), que trazem um retrato nacional atualizado sobre bullying, exclusão social e violência sexual entre adolescentes escolares, permitindo qualificar as hipóteses explicativas para a convergência de gênero observada em Pernambuco.

DESENVOLVIMENTO

PERCURSO METODOLÓGICO DAS FONTES DE DADOS

Os dados de Pernambuco resultam de quatro inquéritos de base escolar, com delineamento transversal repetido, conduzidos em intervalos regulares de cinco anos (2006, 2011, 2016 e 2022), com exceção do intervalo entre 2016 e 2022, ampliado em função da pandemia de covid-19. A população-alvo foi constituída por adolescentes de 14 a 19 anos matriculados na rede pública estadual de ensino médio de Pernambuco. Em cada edição, a seleção dos participantes

seguiu amostragem por conglomerados em dois estágios (escola e turma), estratificada por porte de escola e mesorregião geográfica (Metropolitana, Mata, Agreste, Sertão e Sertão do São Francisco), o que garantiu representatividade estadual. Participaram 4.207 adolescentes em 2006, 6.264 em 2011, 6.002 em 2016 e 4.514 em 2022, totalizando 20.987 estudantes (Gonçalves, 2024).

O instrumento de coleta foi uma versão traduzida e adaptada do Global School-based Student Health Survey (GSHS), previamente testada quanto à reprodutibilidade e à compreensão pelos adolescentes. A VF e o EB foram mensurados por meio das perguntas "durante os últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido em uma luta?" e "durante os últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de VF?", sendo considerados casos os estudantes que relataram qualquer frequência distinta de zero. As variáveis independentes foram organizadas em níveis hierárquicos distal (sexo, idade, cor da pele, escolaridade materna) e proximal (consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos 30 dias), seguindo abordagem de análise hierarquizada amplamente utilizada em epidemiologia social (Victora *et al*., 1997). Para as estimativas de tendência ao longo dos 16 anos, foi utilizada a regressão linear de Joinpoint (Kim *et al*., 2000), e as associações foram estimadas por modelos de regressão logística multinível (Leyland; Groenewegen, 2003), com razões de chance (odds ratio - OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para contextualizar esses achados regionais no cenário nacional mais recente, este capítulo dialoga com a PeNSE (2024), pesquisa amostral de abrangência nacional conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, que também utiliza estudantes escolares como população de referência e publicou seus resultados em 2026 (IBGE, 2026).

TENDÊNCIA TEMPORAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA E DOS ATAQUES FÍSICOS EM PERNAMBUCO (2006-2022)

Ao longo dos quatro inquéritos, a prevalência de VF manteve-se acima de 8% em todos os anos avaliados, com pico em 2016 (13,1%); a prevalência de AF chegou a 17% no mesmo ano. Na análise de tendência global do estado, houve um discreto aumento médio anual de 1,3% para a VF e uma discreta redução de -0,9% para os AF, variações que não alcançaram significância estatística quando o conjunto da amostra foi considerado (Gonçalves, 2024).

O quadro se torna mais expressivo quando os dados são estratificados por sexo. Tanto a VF quanto os AF apresentaram redução da prevalência entre os meninos e aumento entre as meninas ao longo do período. Em 2006, a prevalência de VF era de 12,5% entre os meninos e 9,6% entre as meninas; em 2022, essa relação praticamente se inverteu, com 11,7% entre os meninos e 10,3% entre as meninas. Movimento semelhante, embora com hiato ainda maior, ocorreu para os AF: em 2006, a prevalência era de 28,0% nos meninos e 16,6% nas meninas; em 2022, os valores passaram para 23,2% e 19,2%, respectivamente (Gonçalves, 2024). Ou seja, em ambos os desfechos a distância entre os sexos diminuiu de forma consistente ao longo dos 16 anos analisados, embora a magnitude da queda no comportamento masculino ainda não tenha sido integralmente compensada por um recuo equivalente entre as meninas.

Esse movimento de aproximação também aparece na análise das razões de chance por sexo, especialmente nos AF. Em 2006, o sexo masculino apresentava chance 44% maior de envolvimento em AF em relação ao feminino (OR 1,44; IC95% 1,17-1,77). Essa diferença ampliou-se nos anos seguintes (OR 2,33; IC95% 2,01-2,71) em 2011 e (OR 2,17; IC95% 1,88-2,51) em 2016, para então recuar de forma expressiva em 2022, quando a chance do sexo masculino caiu para (OR 1,24; IC95% 1,05-1,47). Para a VF, o padrão foi mais modesto e

menos consistente estatisticamente: a chance dos meninos não diferiu significativamente da das meninas em 2006 (OR 1,10; IC95% 0,89-1,37) nem em 2022 (OR 1,08; IC95% 0,87-1,34), tendo sido estatisticamente significativa apenas nos anos intermediários, 2011 (OR 1,29) e 2016 (OR 1,21) (Gonçalves, 2024). Em outras palavras, o hiato de gênero cresceu na década de 2010 e recuou de forma acentuada apenas no ciclo mais recente, o que caracteriza uma trajetória de convergência, e não uma redução linear ao longo de todo o período.

O PARADOXO DE GÊNERO: DA HEGEMONIA MASCULINA À CONVERGÊNCIA

A literatura clássica sobre violência escolar associa o EB e AF predominantemente ao comportamento masculino. O levantamento europeu e canadense Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) já havia identificado que os meninos apresentavam probabilidade três vezes maior do que as meninas de se envolverem em brigas nos últimos doze meses (15% contra 5%), padrão observado na quase totalidade dos países participantes (Inchley *et al.*, 2020). Um estudo com 63 países de renda baixa e média também confirmou predominância consistente do sexo masculino na AF entre adolescentes (Nivette *et al.*, 2018), e dados dos Estados Unidos mostraram tendência de queda nas brigas físicas entre adolescentes de ambos os sexos entre 2002 e 2014, mas mantendo os meninos como grupo mais exposto (Salas-Wright *et al.*, 2017).

Os achados de Pernambuco dialogam com essa tendência internacional de queda geral, mas revelam uma particularidade: a redução concentrou-se no sexo masculino, enquanto a exposição das meninas cresceu, de modo que a distância entre os sexos diminuiu ao longo do tempo. Essa mudança não deve ser lida como uma redução da violência de forma homogênea, e sim como uma

reconfiguração do fenômeno, que passa a atingir de modo mais equilibrado meninos e meninas.

Explicações possíveis para esse movimento articulam fatores estruturais e culturais. Por um lado, a literatura aponta que o comportamento agressivo masculino tem raízes na construção social da masculinidade, fundamentada em noções de virilidade, força e banalização da violência como recurso legítimo de resolução de conflitos (Antunes; Machado; Malta, 2020). A crítica a esse modelo, difundida por movimentos sociais e por campanhas de conscientização, pode ter contribuído para a redução relativa da violência entre os meninos ao longo dos anos estudados.

Por outro lado, o chamado "status feminino" também vem passando por transformações sociais e culturais que podem estar relacionadas ao aumento da exposição das meninas à VF, entre elas a maior visibilidade pública de meninas e mulheres, a maior circulação em espaços antes predominantemente masculinos e a expansão do acesso à internet e às redes sociais, que se tornaram instrumentos de mobilização, mas também novos espaços de conflito e exposição (Rocha, 2017). No período de 2015 a 2016, por exemplo, mulheres brasileiras organizaram-se por meio da hashtag "#vamosjuntas?" para construir redes de apoio e segurança em espaços públicos, evidenciando tanto a magnitude do problema da violência contra meninas e mulheres quanto o protagonismo feminino na resposta a ele (Santos, 2019). Dados nacionais mostram, ainda, que o público feminino apresenta parcela de acesso à internet igual ou superior à do público masculino (IBGE, 2018), o que amplia tanto a exposição a conteúdos de risco quanto o espaço de disputa simbólica e, por vezes, física entre pares.

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM FATOR DE RISCO PERSISTENTE AO LONGO DE 16 ANOS

Entre os fatores comportamentais analisados, o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos 30 dias manteve-se associado à VF e aos AF em praticamente todos os anos da série histórica, tanto na análise bruta quanto na ajustada (Gonçalves, 2024).

Para a VF, o consumo de álcool esteve associado a chances entre 1,34 e 1,61 vezes maiores em todos os quatro inquéritos (OR variando de 1,34 em 2011 a 1,61 em 2022); o consumo de tabaco associou-se a chances entre 1,47 e 2,59 vezes maiores; e o uso de drogas ilícitas apresentou a associação mais consistente e intensa, com OR entre 1,88 e 2,56 ao longo do período. Para os AF, o padrão foi semelhante, porém com magnitudes ainda maiores: o consumo de álcool chegou a quadruplicar a chance de AF em 2006 (OR 4,26; IC95% 3,44-5,28), mantendo-se elevado nos demais anos (OR entre 1,81 e 2,02); as drogas ilícitas associaram-se a chances entre 1,95 e 3,72 vezes maiores; e o tabaco, embora fortemente associado entre 2006 e 2016 (OR entre 1,56 e 2,31), deixou de apresentar associação estatisticamente significativa com os AF em 2022 (OR 1,27; IC95% 0,93-1,72; p=0,121) (Gonçalves, 2024). Essa perda de significância do tabaco no último ciclo pode refletir o efeito de políticas de controle do tabagismo implementadas no país nas últimas duas décadas, que reduziram a experimentação precoce do cigarro entre adolescentes, ao passo que o consumo de álcool e de outras drogas se manteve como fator de risco persistente.

O estudo transversal de 2022 (segundo artigo da tese) aprofundou essa relação ao mostrar que os adolescentes que referiram uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias apresentaram duas vezes mais chance de exposição à VF, mesmo após ajuste para as demais variáveis (OR 2,02; IC95% 1,49-2,73), enquanto o consumo de álcool associou-se a chance 31% maior (OR 1,31; IC95% 1,05-1,63)

e o tabagismo a chance 59% maior (OR 1,59; IC95% 1,15-2,20) (Gonçalves, 2024). Esses achados são compatíveis com estudos nacionais que identificaram associação entre uso de substâncias psicoativas e violência entre adolescentes de Pernambuco (Queiroz *et al*., 2021) e com inquéritos nacionais que mostram associação entre exposição a álcool e drogas e episódios de agressão familiar entre estudantes brasileiros (Malta *et al*., 2019). O consumo de substâncias psicoativas pode atuar como "desinibidor social", reduzindo a autodisciplina e a capacidade de avaliação de risco dos adolescentes, o que amplia a probabilidade de desfechos violentos, seja como agressores, seja como vítimas.

SOFRIMENTO PSÍQUICO E VIOLÊNCIA: O PAPEL DA IDEAÇÃO SUICIDA E DA TRISTEZA

Um dos achados mais relevantes do estudo transversal de 2022 foi a identificação de que variáveis sociodemográficas, escolares e familiares (sexo, idade, cor da pele, escolaridade materna, situação conjugal, turno e estrutura familiar) perderam significância estatística para a exposição à VF após o ajuste multivariado, ao passo que os indicadores de sofrimento psíquico permaneceram fortemente associados (Gonçalves, 2024).

A ideação suicida esteve associada tanto ao EB (OR 1,34; IC95% 1,04-1,74) quanto à exposição à VF (OR 1,72; IC95% 1,26-2,36). O sentimento de tristeza mostrou-se mais fortemente associado à VF (OR 1,36; IC95% 1,06-1,75), enquanto os planos de suicídio associaram-se de forma mais evidente ao EB. Esses resultados sugerem que, independentemente da direção causal que o delineamento transversal não permite estabelecer com segurança, VF e sofrimento psíquico caminham juntos na adolescência (Gonçalves, 2024). Achados semelhantes foram descritos em estudos nacionais sobre

tendência de ideação suicida entre escolares brasileiros (Soares *et al*., 2020; Sousa *et al*., 2020).

A PeNSE (2024) acrescenta uma camada relevante a essa discussão ao aprofundar o tema da autolesão. Entre os adolescentes que apontaram a autolesão como principal causa do ferimento sofrido nos 12 meses anteriores à pesquisa, 73,0% relataram sentimento de tristeza sempre ou na maioria das vezes, e esse percentual foi ainda maior entre as meninas: 81,1% das meninas que se autolesionaram relataram tristeza frequente, e 93,4% delas confirmaram vontade de se machucar de propósito alguma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2026). Embora a PeNSE (2024) não permita estabelecer relação causal direta com a VF medida na tese, o conjunto dos dois conjuntos de dados converge para uma mesma leitura: o sofrimento psíquico das adolescentes tende a ser mais intenso e mais persistente do que o dos meninos, e caminha lado a lado com formas diversas de violência, autoinfligida ou interpessoal, o que reforça a necessidade de que estratégias escolares de prevenção da violência estejam integradas às ações de promoção da saúde mental, e não tratadas como agendas paralelas.

MONITORAMENTO PARENTAL: FATOR DE PROTEÇÃO SOB NOVOS DESAFIOS

Entre os fatores investigados, o conhecimento dos pais ou responsáveis sobre as atividades do adolescente no tempo livre, medido pela pergunta "seus pais sabem o que você faz no seu tempo livre?" foi identificado como o fator de proteção mais consistente do estudo. Em 2022, adolescentes cujos pais sabiam o que eles faziam no tempo livre apresentaram chance 31% menor de exposição à VF (OR 0,69; IC95% 0,56-0,85) e chance também reduzida de EB, em relação àqueles cujos pais não sabiam (Gonçalves, 2024). Também se mostraram fatores protetores não trabalhar (OR 0,70),

cursar o 3º ano do ensino médio (OR 0,51) e estudar nas mesorregiões do Sertão e do Agreste, quando comparadas à Região Metropolitana (Gonçalves, 2024).

Esse achado é consistente com a literatura internacional, que descreve a supervisão parental como facilitadora da detecção precoce de conflitos entre pares e como espaço de mediação e orientação para os adolescentes (Ruprah; Sutton, 2017). No entanto, a forma como essa supervisão se exerce vem sendo desafiada pela digitalização da vida social dos adolescentes. A PeNSE (2024) mostra que o ambiente escolar segue marcado por dinâmicas de exclusão e intimidação que nem sempre são visíveis aos pais: 18,3% das meninas relataram que colegas deixaram de falar com elas "duas vezes ou mais" nos últimos 12 meses, contra 11,2% dos meninos, e 30,1% das meninas relataram ter sofrido bullying de forma recorrente, contra 24,3% dos meninos (IBGE, 2026). Como esses episódios ocorrem majoritariamente entre pares, no ambiente escolar ou em plataformas digitais, é plausível que o monitoramento tradicional centrado em saber "onde o filho está" tenha alcance limitado diante de formas de violência que se manifestam fora do espaço físico do lar, reforçando a necessidade de que a proteção parental seja compreendida também em termos de qualidade do vínculo emocional e do diálogo sobre a vida social do adolescente, e não apenas como controle de horários e localização.

DIÁLOGO COM A PENSE (2024): BULLYING, EXCLUSÃO SOCIAL E VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

A PeNSE (2024) permite qualificar, em escala nacional, a hipótese de que a convergência de gênero observada na VF em Pernambuco pode estar relacionada a outras formas de violência mais frequentes entre as meninas. Em nível nacional, embora os meninos

ainda apresentem maior recorrência de agressão física direta contra colegas 10,3% dos meninos relataram ter agredido fisicamente outros colegas "duas ou mais vezes" nos últimos 12 meses, contra 7,6% das meninas, o quadro se inverte quando se observam formas relacionais e sexuais de violência. As meninas apresentam maior prevalência de bullying recorrente (30,1% contra 24,3% dos meninos), maior prevalência de exclusão social por parte dos colegas (18,3% contra 11,2%) e prevalência muito superior de violência sexual: 26,0% das meninas relataram ter sofrido assédio sexual alguma vez na vida, mais do que o dobro do percentual entre os meninos (10,9%), e 11,7% das meninas de 13 a 17 anos relataram ter sido obrigadas a manter relações sexuais contra a vontade, acima da média nacional de (8,8%) e do percentual observado entre estudantes da rede pública em geral (9,3%) (IBGE, 2026). Chama atenção, ainda, que entre os adolescentes vítimas de relação sexual forçada, a maioria (66,2%) tinha 13 anos ou menos no momento da violência (IBGE, 2026).

Esses achados sugerem que a convergência de gênero verificada na VF entre pares em Pernambuco não deve ser interpretada isoladamente, mas como parte de um quadro mais amplo, no qual as adolescentes permanecem desproporcionalmente expostas a formas de violência de natureza relacional, simbólica e sexual, ainda que a AF direta contra colegas continue sendo, no país como um todo, um pouco mais frequente entre os meninos. Uma hipótese explicativa, discutida também na literatura sobre bullying e saúde mental (Vieira *et al*., 2020), é a de que a exposição contínua a formas de violência menos visíveis (exclusão, humilhação, assédio) pode se converter, ao longo do tempo, em respostas mais diretas e físicas por parte das meninas, sobretudo em contextos escolares marcados por vulnerabilidade social, como é o caso de parte significativa das escolas públicas estaduais de Pernambuco. Essa leitura é compatível com a chamada teoria da tensão geral, segundo a qual a exposição prolongada a estressores sociais pode se converter em

comportamentos externalizantes, entre eles a AF, quando faltam recursos de enfrentamento adequados.

Também merece destaque a persistência de um ambiente escolar marcado pela insegurança do entorno. A PeNSE (2024) mostra que 13,6% dos estudantes brasileiros estavam matriculados em escolas cujos diretores relataram ter presenciado ou ouvido falar, muitas ou algumas vezes, de situações de tiros ou tiroteios na localidade da escola nos 12 meses anteriores à pesquisa, e esses percentuais são sistematicamente mais elevados na rede pública do que na rede privada, para todas as formas de violência investigadas (IBGE, 2026). Esse dado corrobora a hipótese, já discutida na tese, de que a violência do território pode invadir o espaço pedagógico e normalizar o conflito físico entre pares como forma de afirmação social nas escolas públicas.

IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE, EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Em conjunto, os achados de Pernambuco e os dados nacionais da PeNSE (2024) indicam que a VF entre adolescentes escolares não pode mais ser tratada como um fenômeno predominantemente masculino, tampouco reduzida a um único fator causal. Ela resulta da combinação de fatores comportamentais, sobretudo o consumo de álcool e de drogas ilícitas, de fatores psicossociais, como ideação suicida, tristeza e sofrimento psíquico e de fatores relacionais e de gênero, que se expressam de forma diferente entre meninos e meninas e que vêm se modificando ao longo do tempo.

Esses resultados reforçam a importância de que os serviços de saúde voltados a adolescentes, a exemplo dos vinculados ao Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007 (Brasil, 2007), e as ações amparadas pelo Estatuto da

Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019), incorporem abordagens sensíveis às especificidades de gênero na prevenção da violência, sem abandonar o enfoque tradicional sobre o consumo de substâncias psicoativas entre os meninos. A Lei nº 13.185/2015, que instituiu o Programa de Combate à Intimidação Sistemática Brasil, 2015), oferece base legal para a estruturação de ações escolares de enfrentamento ao bullying, que, como demonstrado pelos dados da PeNSE (2024), atinge de forma desproporcional as meninas e pode estar relacionado ao aumento observado na violência física feminina.

Do ponto de vista da prática hebiátrica e multiprofissional, destacam-se três frentes de atuação: o fortalecimento do vínculo familiar e do diálogo sobre a vida social do adolescente, para além do controle de horários; a integração entre os setores de saúde e educação na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, sobretudo entre as meninas; e a formação continuada de professores e profissionais de saúde para o reconhecimento de formas de violência menos visíveis (exclusão social, assédio, cyberbullying), que antecedem, com frequência, os episódios de VF relatados pelos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A análise de 16 anos de dados de adolescentes escolares de Pernambuco (2006-2022), articulada aos achados nacionais mais recentes da PeNSE (2024), revela uma transição relevante na epidemiologia da VF escolar: de um padrão predominantemente masculino para um cenário de convergência entre os sexos, no qual a redução da exposição dos meninos não foi acompanhada, na mesma proporção, por uma redução equivalente entre as meninas. Esse "paradoxo de gênero" não representa uma diminuição geral da violência, mas

uma mudança qualitativa em sua distribuição, exigindo que políticas e práticas de prevenção deixem de tratar a violência escolar como um problema majoritariamente masculino.

O consumo de álcool e de drogas ilícitas manteve-se, ao longo de quase duas décadas, como o fator de risco mais consistente para a VF e para os AF entre adolescentes pernambucanos, reforçando a centralidade de estratégias de prevenção ao uso de substâncias psicoativas nas escolas. Paralelamente, a associação entre VF, ideação suicida e sofrimento psíquico indica que a prevenção da violência e a promoção da saúde mental de adolescentes são agendas indissociáveis, e não paralelas. Por fim, o monitoramento parental confirmou-se como o principal fator de proteção identificado na tese, ainda que sua efetividade dependa, cada vez mais, de uma supervisão que compreenda a vida social digital dos adolescentes, e não apenas o espaço físico do lar.

Como limitações, cabe registrar que os dados de Pernambuco referem-se exclusivamente a adolescentes matriculados na rede pública estadual de ensino médio, não contemplando os que estão fora da escola nem os matriculados na rede privada, o que restringe a generalização dos achados para o conjunto da população adolescente do estado. O delineamento transversal repetido também não permite estabelecer relações de causalidade entre os fatores estudados, e o autorrelato de comportamentos sensíveis, (consumo de substâncias, violência, ideação suicida) está sujeito a viés de desejabilidade social, o que pode subestimar as prevalências reais. Ainda assim, a abrangência estadual da amostra, o dimensionamento amostral adequado e a repetição da coleta ao longo de quatro ciclos conferem robustez à análise de tendência aqui apresentada.

Espera-se que os resultados sintetizados neste capítulo possam subsidiar o planejamento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção da violência e cultura de paz voltadas a adolescentes, com atenção específica às novas dinâmicas de vitimização

feminina, ao papel persistente das substâncias psicoativas e à necessidade de integração entre família, escola, saúde e comunidade no enfrentamento da violência nessa fase da vida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. T.; MACHADO, Í. E.; MALTA, D. C. Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra os adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 23, e200003, supl. 1, 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez. 2007. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015**. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 nov. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. **Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2019. Seção 1, p. 1.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2024.** Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031. Acesso em: 12 out. 2024.

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes. **Violência física e fatores de riscos associados em adolescentes estudantes do ensino médio de Pernambuco: Tendência Temporal.** 2024. Tese (Doutorado em Hebiatria) – Universidade de Pernambuco, Recife, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua TIC 2016: 94,2% das pessoas que utilizaram a Internet o fizeram para trocar mensagens.** Agência de Notícias IBGE, 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br. Acesso em: 15 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html. Acesso em: 27 jul. 2026.

INCHLEY, J. *et al.* **Spotlight on adolescent health and well-being: findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.

KIM, H. J.; FAY, M. P.; FEUER, E. J.; MIDTHUNE, D. N. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. **Statistics in Medicine**, v. 19, n. 3, p. 335-351, 2000.

LEYLAND, A. H.; GROENEWEGEN, P. P. Multilevel modelling and public health policy. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 31, n. 4, p. 267-274, 2003.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, p. 1287-1298, 2019.

NIVETTE, A.; SUTHERLAND, A.; EISNER, M.; MURRAY, J**.** Sex differences in adolescent physical aggression: evidence from sixty-three low- and middle-income countries. **Aggressive Behavior,** v. 44, n. 5, p. 82-92, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violência e prevenção de lesões.** Washington: OMS, 2014. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/. Acesso em: 14 nov. 2000.

QUEIROZ, D. R.; BARROS, M. V. G.; AGUILAR, J. A.; SOARES, F. C.; TASSITANO, R. M. Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 37, n. 4, e00050820, 2021.

ROCHA, F. D. B. M. **A quarta onda do movimento feminista: o fenômeno do ativismo digital.** 2017. Disponível em: http://repositorio.jesuita.org.br. Acesso em: 10 jul. 2026.

RUPRAH, I. J.; SUTTON, H. Sex, violence, and drugs among Latin American and Caribbean adolescents: do engaged parents make a difference? **Children and Youth Services Review**, v. 73, p. 47-56, 2017.

SALAS-WRIGHT, C. P.; NELSON, E. J.; VAUGHN, M. G.; REINGLE GONZALEZ, J. M.; CÓRDOVA, D. Trends in fighting and violence among adolescents in the United States, 2002-2014. **American Journal of Public Health,** v. 107, n. 6, p. 977-982, 2017.

SANTOS, M. E. M. **Redes de mulheres e o ativismo feminista no Facebook: uma análise histórica das fanpages "Não me kahlo" e "Vamosjuntas?".** 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

SOARES, F. C.; HARDMAN, C. M.; RANGEL JÚNIOR, J. F. B.; BEZERRA, J.; PETRIBÚ, K.; MOTA, J.; BARROS, M. V. G.; LIMA, R. Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, n. 5, p. 475-480, 2020.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. **Revista de Saúde Pública,** v. 54, 2020.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology,** v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

VIEIRA, F. H. M. *et al***.** Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. **Ciência ET Praxis,** v. 13, n. 25, p. 91-104, 2020.

VOS, T. *et al*. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global School-based Student Health Survey (GSHS).** Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey. Acesso em:10 jul. 2026.

8

Karine Gonçalo Nunes
Laércio Guedes de Lima Júnior
Kátia Cristina Lima de Petribú
Viviane Colares Soares de Andrade Amorim

AUTOMUTILAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.8

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida marcada pela transição da infância para a idade adulta, durante a qual ocorrem processos de maturação física, psicológica e social. Nesse período de mudanças, o indivíduo constrói sua identidade e aprende a lidar com questões internas e externas que interferem diretamente em sua vida. A percepção de si e do ambiente contribui para delinear seus comportamentos e a forma como se posiciona no mundo (Saiz *et al*., 2020).

Para muitos adolescentes, essas transições são acompanhadas por sofrimento e dificuldades para lidar com conflitos. A autolesão tem sido utilizada como uma estratégia de enfrentamento desse sofrimento. Caracteriza-se pelo ato voluntário de provocar dano ao próprio corpo sem intenção suicida consciente, embora possa produzir lesões graves e, em algumas situações, levar à morte (Brasil, 2015).

A autolesão pode ocorrer de forma isolada, pois nem toda pessoa que se fere deseja morrer naquele momento. Apesar disso, a autolesão e o comportamento suicida não são fenômenos inteiramente independentes. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a intenção de morrer é o principal elemento que diferencia a autolesão não suicida da tentativa de suicídio (Horváth; Mészáros; Balázs, 2015).

Um estudo caso-controle realizado na Dinamarca avaliou 381 adolescentes de 10 a 17 anos hospitalizados após tentativas de suicídio e 296 controles. Os resultados apontaram associações entre o comportamento suicida, dificuldades nas relações familiares e com amigos, sensação de não ser ouvido e autolesão (Hedeland *et al*., 2016). Fatores psicossociais também estiveram associados ao risco de suicídio entre crianças e adolescentes, independentemente da presença de transtornos psiquiátricos (Gould *et al*., 1996). Esses achados reforçam a importância de iniciativas de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio na adolescência, como o programa

SEYLE (Wasserman *et al.*, 2010). Entre jovens de 13 a 18 anos, foram descritas prevalências ao longo da vida de 12,1% para ideação suicida e de 4,1% para tentativas de suicídio (Nock *et al.*, 2013).

Entre as motivações associadas à autolesão na adolescência, destaca-se a busca imediata por alívio de sentimentos indesejados. Depressão, raiva de si e desejo de interromper emoções intensas que geram sofrimento estão entre os motivos relatados para esses atos (Lloyd-Richardson *et al*., 2007).

A autolesão e o comportamento suicida constituem problemas relevantes de saúde pública. As tentativas de suicídio e as autolesões não suicidas produzem repercussões individuais, familiares e sociais e reforçam a necessidade de intervenções terapêuticas eficazes (Iyengar *et al*., 2018).

Diante do aumento do sofrimento mental observado após a pandemia de COVID-19, especialmente entre grupos vulneráveis, este capítulo busca discutir as causas frequentes e as possíveis consequências da autolesão e da tentativa de suicídio em adolescentes, bem como a relação entre esses fenômenos. Pretende-se contribuir para a reflexão sobre sua complexidade e sobre as possibilidades de prevenção e cuidado no campo da saúde pública.

PERCURSO DA REVISÃO

Este capítulo apresenta uma revisão narrativa da literatura. Os estudos foram reunidos a partir de buscas temáticas na base PubMed, com descritores relacionados à adolescência, à autolesão, à automutilação, à ideação suicida e à tentativa de suicídio. O conteúdo foi organizado em eixos sobre o contexto social da adolescência, conceitos e fatores associados, comorbidades, diagnóstico diferencial e promoção da saúde mental.

CONTEXTO SOCIAL DO ADOLESCENTE

A definição da adolescência envolve diferentes parâmetros. O Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos, enquanto a Organização Mundial da Saúde adota a faixa de 10 a 19 anos e distingue a juventude como o período de 15 a 24 anos. Embora essas delimitações utilizem critérios etários e biológicos, também é necessário considerar a dimensão social que participa do processo de subjetivação e das transformações próprias desse período (Brasil, 2010b; Castro; Brandão, 2018).

Esse período do desenvolvimento humano é marcado por mudanças físicas, psicológicas, sexuais, emocionais e sociais. A tomada de decisões e a realização de escolhas integram o processo pelo qual os adolescentes avançam em direção à maturidade (Oliveira *et al*., 2020).

A compreensão da adolescência contemporânea exige a análise do contexto histórico e social no qual os jovens estão inseridos. Diferentes movimentos juvenis, como os movimentos hippie e punk, foram relacionados a modos de vida, pertencimento e construção de identidade (Silva *et al*., 2014).

Ao longo do século XX, o conceito de adolescência passou por transformações que produziram novas formas de interpretar e representar socialmente esse período. Na perspectiva das representações sociais, imagens, hábitos, memórias e categorias culturais participam da construção das formas pelas quais a juventude é compreendida (Moscovici, 2011).

Na adolescência, ocorrem mudanças emocionais importantes, como o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica e o questionamento dos valores dos pais e de outros adultos. O jovem passa a explorar as possibilidades do mundo com menor proteção familiar

do que na infância, mas ainda sem as responsabilidades próprias da vida adulta. A ruptura de vínculos sociais durante a pandemia de COVID-19 e o impacto das redes sociais também influenciam a vida emocional e a construção da identidade (Magnani; Staudt, 2018).

A imaturidade do córtex pré-frontal pode dificultar o controle inibitório, o planejamento e a tomada de decisões. Os adolescentes tendem a valorizar mais o presente, apresentar menor tolerância à espera e enfrentar dificuldades para formular planos de médio e longo prazo. Essas características ajudam a compreender conflitos cotidianos com a família e a necessidade de apoio para avaliar riscos e benefícios das próprias escolhas (Etto, 2018).

A atenção aos adolescentes deve reconhecer que normas, atitudes e valores culturais influenciam sua formação. Ao mesmo tempo, é necessário evitar a naturalização ou a patologização da adolescência, pois seus significados são construídos socialmente e variam conforme os grupos de pertencimento e as condições de vida (Castro; Brandão, 2018).

A adolescência não constitui uma experiência homogênea. Desigualdades sociais, vínculos frágeis de pertencimento, violência, perdas, fracasso escolar, ausência de perspectivas profissionais e ingresso precoce no trabalho podem ampliar vulnerabilidades. Em contrapartida, relações familiares protetoras podem favorecer a saúde mental dos jovens (Etto, 2018; Pinheiro-Carozzo *et al.*, 2020).

No Brasil, o artigo 227 da Constituição Federal estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar, com absoluta prioridade, os direitos da criança, do adolescente e do jovem, além de protegê-los de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2010a).

CONCEITO E FATORES ASSOCIADOS

Autolesão não suicida

A autolesão não suicida compreende comportamentos que envolvem a produção intencional e direta de dano ao próprio corpo sem que a morte seja o objetivo final. A nomenclatura empregada na literatura mudou ao longo do tempo e inclui termos como autodestruição localizada, automutilação, síndrome de autolesão intencional, comportamento autolesivo, autoagressão e autolesão não suicida. Esta última denominação foi adotada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

A ausência de consenso terminológico pode dificultar a comparação entre estudos e contribuir para a subnotificação. Por essa razão, o termo utilizado deve ser interpretado conforme a definição adotada em cada publicação.

As formas de autolesão não suicida incluem cortes ou arranhões na pele, arrancar cabelos, morder-se, bater a cabeça contra superfícies rígidas e provocar queimaduras. Esses comportamentos podem ocorrer repetidamente, e os cortes em braços, pernas e tronco estão entre as manifestações mais frequentes. Vieira, Pires e Pires (2016) relataram elevada frequência de lesões nos braços entre os participantes avaliados.

A ocorrência costuma iniciar-se na adolescência e é mais relatada entre meninas. Entretanto, essa diferença deve ser analisada com cautela, considerando fatores emocionais, sociais e culturais, além das variações na identificação e na notificação dos comportamentos (Whitlock; Powers; Eckenrode, 2006).

Ao provocar a autolesão, o adolescente pode buscar alívio temporário de emoções desagradáveis, punir-se ou expressar

corporalmente aquilo que não consegue comunicar em palavras. Durante o episódio, a percepção de dor pode ser menor do que fora das crises (Vieira; Pires; Pires, 2016).

O sofrimento emocional e a fragilidade psíquica aparecem frequentemente associados a dificuldades nos vínculos afetivos com pais e familiares. Embora não haja consenso sobre uma causa única, a autolesão também está relacionada a transtornos mentais e ocorre com frequência entre pessoas com transtorno de personalidade borderline (Vieira; Pires; Pires, 2016).

Diante da gravidade e dos possíveis danos, a autolesão é reconhecida como problema de saúde pública. No Brasil, a Lei nº 13.819/2019 tornou compulsória a notificação de casos de violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio e autolesão. A educação permanente dos profissionais de saúde é essencial para que a notificação seja compreendida como instrumento de vigilância, prevenção e promoção da saúde mental, e não apenas como exigência burocrática (Brasil, 2019).

Ideação suicida e tentativa de suicídio

A ideação e a tentativa de suicídio representam riscos graves entre adolescentes. Estudos apontam frequência expressiva de pensamentos suicidas ao longo da vida, o que exige atenção aos fatores individuais, familiares e sociais associados (Robinson; Hetrick; Martin, 2011).

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, com possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (Krug *et al*., 2002).

A violência pode ser classificada como coletiva, interpessoal ou autoprovocada. Esta última abrange comportamentos suicidas e atos de autoagressão (Krug *et al.*, 2002). Na análise clínica, é necessário distinguir a autolesão não suicida dos atos acompanhados de intenção de morrer. Entretanto, o termo inglês self-harm pode ser empregado em sentido amplo, incluindo lesões e autointoxicações intencionais independentemente do grau de intenção suicida. Como essa intenção pode variar e ser interpretada de modo diferente pelo adolescente e pelo profissional, sua avaliação não deve se limitar à classificação do ato, devendo considerar o contexto, as motivações e o risco de repetição (Hawton; Saunders; O'Connor, 2012).

No Brasil, uma análise ecológica de registros nacionais de notificações, hospitalizações e mortalidade identificou crescimento das taxas de suicídio entre 2011 e 2022. Na faixa de 10 a 24 anos, a variação percentual média anual da mortalidade por suicídio foi de 6,14% (IC95%: 4,57–7,88), superior à observada nos grupos de 25 a 59 anos e de 60 anos ou mais. Esse recorte reúne adolescentes e adultos jovens e, portanto, não corresponde a uma estimativa exclusiva para adolescentes. Os achados reforçam a necessidade de estratégias preventivas que considerem as diferenças etárias, sociais e regionais (Alves *et al.*, 2024).

A avaliação epidemiológica deve distinguir notificações de autolesão, hospitalizações por lesões autoprovocadas e mortes por suicídio. Esses indicadores representam dimensões diferentes do fenômeno e não devem ser interpretados como medidas equivalentes de sua ocorrência. A análise integrada dos três sistemas nacionais de informação permite acompanhar mudanças ao longo do tempo e identificar grupos que demandam maior atenção. Por se tratar de um estudo ecológico baseado em registros administrativos, seus resultados descrevem tendências populacionais e não estabelecem relações causais individuais (Alves *et al.*, 2024).

Entre os fatores associados à ideação e à tentativa de suicídio, o bullying merece destaque. A violência física ou psicológica produz sofrimento e pode elevar a probabilidade de pensamentos e tentativas de suicídio entre adolescentes vítimas de agressões (Luukkonen *et al*., 2009).

Questões relacionadas à identidade, ao gênero, à sexualidade, à raça e à inserção em grupos sociais também podem interferir no sofrimento psíquico. Adolescentes que se identificam com subculturas alternativas apresentaram maiores frequências de autolesão não suicida, tentativa de suicídio e ideação suicida do que aqueles que não se identificavam com esses grupos (Young *et al*., 2014).

Nesse contexto, a autolesão pode funcionar como tentativa de regular emoções, comunicar angústias ou reforçar o senso de pertencimento. Esses achados não devem ser usados para estigmatizar grupos, mas para orientar abordagens sensíveis às experiências e aos contextos dos adolescentes (Young *et al*., 2014).

COMORBIDADES ASSOCIADAS

Transtorno de personalidade borderline

Embora a psiquiatria clássica tenha apresentado ressalvas ao diagnóstico do transtorno de personalidade borderline na adolescência, sua identificação nessa faixa etária tem sido progressivamente reconhecida. A tentativa de suicídio e a autolesão são frequentes entre adolescentes com esse transtorno (Goodman *et al*., 2017).

Labilidade afetiva, dificuldades relacionadas à autoimagem e à identidade, comportamento de oposição e desorganização cognitiva podem estar presentes. Estudos comparativos mostraram maior frequência de autolesão entre adolescentes com transtorno de personalidade borderline, com início dos cortes durante

a adolescência, além de taxas elevadas de tentativa de suicídio (Goodman *et al*., 2017).

Muitos adolescentes que se autolesionaram já haviam apresentado tentativas de suicídio e episódios repetidos de autolesão. Impulsividade, agressividade e histórico de abuso sexual podem atuar como fatores estressores e ampliar o risco de comportamento suicida.

Adolescentes com transtorno de personalidade borderline podem apresentar tentativas de maior gravidade, especialmente quando coexistem transtorno por uso de substâncias, transtorno de conduta ou transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (Yen; Gagnon; Spirito, 2013).

Transtorno por uso de substâncias

O uso de substâncias psicoativas e sua relação com tentativas de suicídio e outros comportamentos de risco em adolescentes têm despertado preocupação. Na Europa, o suicídio está entre as principais causas de morte na faixa de 15 a 19 anos, e o uso de substâncias lícitas e ilícitas pode ampliar o risco de comportamento suicida (Kokkevi *et al*., 2012).

Um estudo realizado em 16 países europeus identificou associação entre o uso de múltiplas substâncias — tabaco, álcool, tranquilizantes, sedativos, cannabis e outras drogas — e tentativas de suicídio. O uso de tranquilizantes e sedativos apresentou associação importante, seguido pelo consumo de drogas ilícitas, exceto cannabis (Kokkevi *et al*., 2012).

A combinação entre uso de substâncias psicoativas e acesso a armas de fogo eleva o risco de desfechos fatais. Nos Estados Unidos, estudo sobre ferimentos autoprovocados por arma de fogo destacou a elevada letalidade desse método e a necessidade de

considerar o histórico psiquiátrico e o uso de substâncias na avaliação de risco (Marschall; Kushner; Alpert, 2020).

O tabagismo também aparece associado ao comportamento suicida e à autolesão entre adolescentes com comorbidades psiquiátricas. Em pacientes adolescentes, a ocorrência desses comportamentos foi maior entre fumantes diários do que entre não fumantes, com predominância do sexo feminino (Mäkikyrö *et al*., 2004).

O uso problemático de álcool e outras drogas, associado a experiências de abuso ou negligência na infância e a sintomas depressivos, pode aumentar a vulnerabilidade à autolesão e à tentativa de suicídio. A avaliação clínica deve, portanto, investigar de forma integrada o uso de substâncias, a história de violência e as condições de saúde mental.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A prevenção constitui elemento central do cuidado ao adolescente em sofrimento psíquico. Intervenções individuais e em grupo, suporte emergencial em unidades de saúde, psicoeducação nas escolas, acompanhamento psicoterapêutico e fortalecimento da rede de apoio podem contribuir para reduzir recorrências e ampliar a proteção.

Uma revisão sistemática sobre intervenções terapêuticas para tentativas de suicídio e autolesão em adolescentes identificou benefícios em estratégias autodirigidas, programas de prevenção do suicídio, intervenções psicoeducativas, terapias familiares, visitas domiciliares e acompanhamento psicoterapêutico individual. Os resultados variaram conforme o tipo de intervenção e o tempo de seguimento (Iyengar *et al*., 2018).

Entre as modalidades de psicoterapia individual, a terapia cognitivo-comportamental tem sido indicada por seu foco em problemas específicos e por favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Outras modalidades também podem ser pertinentes, e a escolha deve considerar as necessidades, as condições clínicas e o contexto do adolescente (Iyengar *et al.*, 2018).

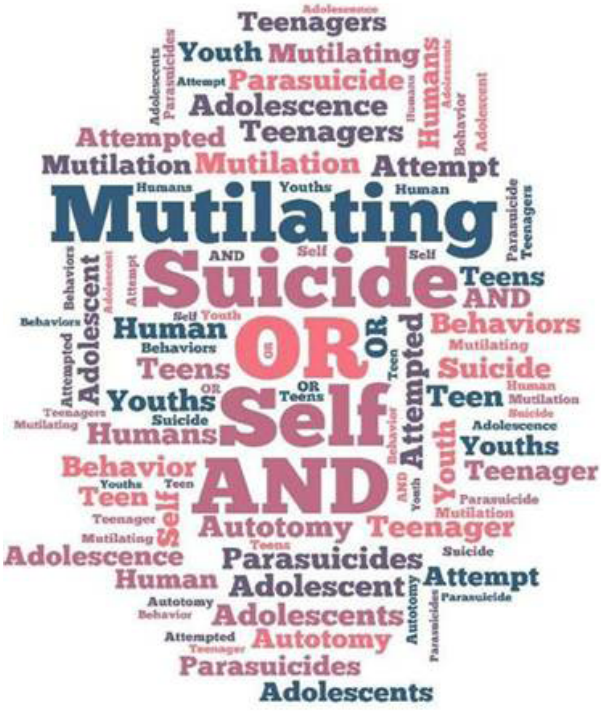
A espiritualidade e a religiosidade também foram estudadas como possíveis fatores de proteção. Entre adolescentes e adultos avaliados, maior envolvimento religioso ou espiritual esteve associado a menor ocorrência de autolesão e tentativa de suicídio, embora essas dimensões devam ser abordadas de acordo com os valores e as preferências de cada pessoa (Sansone; Wiederman, 2015).

O tratamento farmacológico pode integrar o plano terapêutico quando houver indicação clínica, sempre associado à avaliação médica e ao acompanhamento multiprofissional. Em razão do risco relacionado ao acesso e à ingestão de medicamentos, a prescrição deve ser acompanhada de avaliação de segurança, orientação aos responsáveis e monitoramento contínuo.

A complexidade do tema exige atualização permanente das equipes e articulação entre saúde, família, escola e rede de proteção. A assistência deve ser individualizada, acolhedora e livre de julgamentos, com avaliação sistemática do risco e encaminhamento oportuno aos serviços especializados.

A Figura 1 apresenta os termos que se destacaram nas buscas temáticas realizadas na base PubMed.

Figura 1 – Nuvem de palavras formada com descritores utilizados na base PubMed



Fonte: elaborada pelos autores.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A literatura analisada evidencia a relevância da autolesão e da tentativa de suicídio entre adolescentes e suas repercussões para a saúde pública. Apesar das iniciativas de prevenção e cuidado, ainda são necessários esforços para ampliar a identificação

precoce, reduzir a subnotificação e garantir acesso oportuno a intervenções efetivas.

Os fenômenos discutidos são complexos e resultam da interação entre fatores individuais, familiares, sociais e culturais. Transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas, bullying, conflitos familiares e questões relacionadas à identidade podem aumentar a vulnerabilidade, mas não devem ser interpretados de forma isolada ou determinista.

O atendimento individualizado e multiprofissional, articulado à família, à escola e à rede de proteção, constitui estratégia importante para reduzir riscos e favorecer a continuidade do cuidado em saúde mental. A abordagem deve respeitar a singularidade, a autonomia progressiva e os direitos do adolescente.

Conclui-se que políticas públicas de saúde mental voltadas aos adolescentes precisam fortalecer ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência. Também são necessários estudos longitudinais e investigações metodologicamente robustas que aprofundem a relação entre autolesão, comportamento suicida e fatores associados.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. J. O. *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 31, art. 100691, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100691.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. **Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/ investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CASTRO, P. S.; BRANDÃO, E. R. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 9, p. 2917-2926, 2018.

ETTO, R. M. **A influência de fatores sociais na linguagem de adolescentes privados de liberdade**. 2018. 156 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Linguagem) — Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

GOODMAN, M. *et al.* Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. **Personality and Mental Health**, v. 11, n. 3, p. 157-163, 2017.

GOULD, M. S.; FISHER, P.; PARIDES, M.; FLORY, M.; SHAFFER, D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. **Archives of General Psychiatry**, v. 53, n. 12, p. 1155-1162, 1996. DOI: 10.1001/archpsyc.1996.01830120095016.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E. A.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

HEDELAND, R. L. *et al.* Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. **Acta Paediatrica**, v. 105, n. 10, p. 1231-1238, 2016. DOI: 10.1111/apa.13458.

HORVÁTH, O.; MÉSZÁROS, G.; BALÁZS, J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. **Neuropsychopharmacologia Hungarica**, v. 17, n. 1, p. 14-22, 2015.

IYENGAR, U. *et al.* A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: an updated systematic review of randomized controlled trials. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, art. 583, 2018. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00583.

KOKKEVI, A. *et al*. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 21, n. 8, p. 443-450, 2012.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LLOYD-RICHARDSON, E. E.; PERRINE, N.; DIERKER, L.; KELLEY, M. L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. **Psychological Medicine**, v. 37, n. 8, p. 1183-1192, 2007.

LUUKKONEN, A.-H. *et al*. Bullying behavior is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. **Psychopathology**, v. 42, n. 2, p. 131-138, 2009.

MAGNANI, R. M.; STAUDT, A. C. P. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-86, jun. 2018.

MÄKIKYRÖ, T. H. *et al*. Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients. **Journal of Adolescent Health**, v. 34, n. 3, p. 250-253, 2004.

MARSCHALL, J. S.; KUSHNER, G.; ALPERT, B. Are psychiatric history and substance use predictors of mortality in self-inflicted gunshot wounds to the face? **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 78, n. 11, p. 2042.e1-2042.e5, 2020.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

NOCK, M. K. *et al.* Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 3, p. 300-310, 2013. DOI: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55.

OLIVEIRA, W. A. *et al*. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00150020, 2020.

PINHEIRO-CAROZZO, N. P. *et al.* Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 207-223, jul. 2020.

ROBINSON, J.; HETRICK, S. E.; MARTIN, C. Preventing suicide in young people: systematic review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 45, n. 1, p. 3-26, 2011.

SAIZ, M. J. *et al*. Perfil de consumo de drogas en adolescentes: factores protectores. **Medicina de Familia. SEMERGEN**, v. 46, n. 1, p. 33-40, 2020.

SANSONE, R. A.; WIEDERMAN, M. W. Religiosity/spirituality: relationships with non-suicidal self-harm behaviors and attempted suicide. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 762-767, 2015.

SILVA, M. A. I. *et al.* Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.

VIEIRA, M. G.; PIRES, M. H. R.; PIRES, O. C. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 257-260, 2016. DOI: 10.5935/1806-0013.20160084.

WASSERMAN, D. *et al.* Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 10, art. 192, 2010. DOI: 10.1186/1471-2458-10-192.

WHITLOCK, J. L.; POWERS, J. L.; ECKENRODE, J. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 3, p. 407-417, 2006. DOI: 10.1037/0012-1649.42.3.407.

YEN, S.; GAGNON, K.; SPIRITO, A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. **Personality and Mental Health**, v. 7, n. 2, p. 89-101, 2013.

YOUNG, R. *et al.* Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. **BMC Psychiatry**, v. 14, p. 137, 2014.

Eixo 3

ESTILO DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E TECNOLOGIA

9

Jânio Luiz Correia Júnior
Robervam de Moura Pedroza
Diego Itibere Cunha Vasconcellos
Mauro Virgilio Gomes de Barros
Ricardo de Freitas Dias

USO DE TELAS E QUALIDADE DO SONO NA ADOLESCÊNCIA:

CONCEITOS, EVIDÊNCIAS E MECANISMOS

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.9

INTRODUÇÃO

O uso crescente de dispositivos com telas tem gerado preocupações sobre seus efeitos na saúde dos adolescentes. Em paralelo, as pesquisas em saúde sobre a importância do sono e da qualidade do sono tornaram-se um ponto de interesse mundial, uma vez que os distúrbios do sono são reconhecidos como um problema de saúde pública mundial e um grande desafio para a promoção da saúde.

No Brasil, estimativas de 2022 indicaram que a maioria dos adolescentes, correspondendo a 92%, utiliza a internet, totalizando 24,4 milhões de indivíduos. Essa proporção varia entre 94% e 95% nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto atinge 75% nas regiões Norte e Nordeste (Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2025). Estudos indicam que 70,9% dos adolescentes brasileiros são expostos a altos níveis de uso de dispositivos com telas (Schaan *et al.*, 2019), enquanto evidências revelam que 53% enfrentam problemas de baixa qualidade de sono (Cavalcanti *et al.*, 2021).

Este capítulo apresenta a base teórico-científica sobre uso de telas e qualidade do sono na adolescência. A organização segue quatro seções: a primeira delimita os conceitos centrais de uso de telas e de tempo de tela; a segunda discute as teorias do uso de telas e sua relação com os desfechos de saúde em adolescentes; a terceira apresenta os impactos do tempo de tela sobre a saúde física, mental e emocional de crianças e adolescentes; e a quarta trata da qualidade do sono na adolescência, de sua definição e arquitetura aos mecanismos que ligam o uso de telas aos desfechos do sono.

DESENVOLVIMENTO

CONCEITOS DE USO DE TELAS E TEMPO DE TELA

O termo "*screen time*" (tempo de tela) é frequentemente utilizado como sinônimo de "*screen use*" (uso de telas) na literatura epidemiológica, mas a equivalência semântica é imprecisa e gera ambiguidades que comprometem a comparabilidade entre os estudos (Booker, 2024; Kaye *et al.*, 2020). A distinção conceitual proposta por Kaye *et al.* (2020) e operacionalizada por Tremblay *et al.* (2017) é adotada neste capítulo: uso de telas refere-se ao comportamento orientado a objetivos que os dispositivos com tela viabilizam, como assistir a um vídeo, jogar, comunicar-se e estudar; enquanto tempo de tela apresenta a medida numérica da duração desse comportamento em horas ou minutos por dia, ou semana. A primeira é, portanto, uma categoria comportamental; a segunda, uma categoria de exposição quantificável (Quadro 1).

A separação tem consequência analítica direta. Investigar associações entre tempo de tela e os desfechos de saúde sem qualificar o uso de telas, *a posteriori*, equivale a tratar como equivalentes comportamentos com perfis fisiológicos e psicossociais distintos; uma sessão de duas horas assistindo passivamente a televisão e duas horas em jogo *online* compartilham apenas o denominador temporal (Kaye *et al.*, 2020; Sanders *et al.*, 2019). A literatura contemporânea reconhece seis subtipos formais (Sweetser *et al.*, 2012; Tremblay *et al.*, 2017), descritos a seguir.

O tempo de tela recreativo (*recreational*) compreende o uso de telas em atividades que não envolvem trabalho ou escolarização, como assistir a séries, jogar videogame e navegar em redes sociais

(Tremblay *et al.*, 2017). Este é o subtipo alvo das recomendações pediátricas, incluindo as diretrizes da SBP e da OMS (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024). O tempo de tela sedentário (*sedentary*) refere-se ao uso de telas em postura sentada, reclinada ou deitada, com gasto energético inferior ou igual a 1,5 MET (Tremblay *et al.*, 2017). Esse subtipo conecta o comportamento de tela com o comportamento sedentário, relevante para desfechos cardiometabólicos. O tempo de tela estacionário (*stationary*) descreve o uso de telas sem deslocamento corporal, independentemente do gasto energético, como o uso de tablet em pé numa fila. Os conceitos de sedentário e estacionário sobrepõem-se parcialmente, mas o primeiro define-se pelo gasto energético baixo e o segundo pela ausência de movimento (Booker, 2024). O tempo de tela ativo (*active*) envolve uso de telas com movimento corporal, como *exergaming*, jogos de realidade aumentada que exigem deslocamento e tem perfil de gasto energético distinto dos demais.

Quando o critério classificatório se desloca do contexto físico para o conteúdo do dispositivo, dois subtipos adicionais surgem (Booker, 2024; Sweetser *et al.*, 2012). O tempo de tela passivo (*passive*) caracteriza-se pela recepção unilateral de informação, sem demanda de resposta cognitiva ativa, como televisão e *streaming* de vídeo. O tempo de tela interativo (*interactive*) requer engajamento cognitivo e resposta em tempo real do usuário, como videogames, comunicação síncrona e atividades educacionais com participação. Essa distinção é metodologicamente importante, pois o uso interativo na primeira hora antes de dormir associa-se a maior comprometimento do sono, quando comparado com o uso passivo equivalente em duração (Brosnan *et al.*, 2024).

Quadro 1 - Tipologia de uso e tempo de tela

Termo	Definição
Uso de telas	Comportamentos orientados a objetivos viabilizados por dispositivos com tela (Kaye *et al.*, 2020).
Tempo de tela recreativo	Uso de telas fora do contexto escolar ou de trabalho (Tremblay *et al.*, 2017).
Tempo de tela sedentário	Uso de telas com gasto energético ≤ 1,5 METs, em postura sentada, reclinada ou deitada (Tremblay *et al.*, 2017).
Tempo de tela estacionário	Uso de telas sem movimento, independentemente do gasto energético (Tremblay *et al.*, 2017).
Tempo de tela ativo	Uso de telas com movimento corporal (*exergaming*, jogos de realidade aumentada) (Tremblay *et al.*, 2017).
Tempo de tela passivo	Recepção unilateral de informação sem demanda de resposta cognitiva ativa (Sweetser *et al.*, 2012).
Tempo de tela interativo	Engajamento cognitivo ativo com resposta em tempo real do usuário (Sweetser *et al.*, 2012).

Fonte: adaptado de Booker (2024).

Teorias do uso de telas

Duas teorias têm sido amplamente discutidas na literatura científica para explicar como o uso excessivo de telas pode afetar os desfechos na saúde dos adolescentes: a teoria do deslocamento (*Theory of Displacement*) e a hipótese dos Cachinhos Dourados (*Goldilocks Hypothesis*).

De acordo com a teoria do deslocamento, os prejuízos decorrentes da tecnologia são proporcionais ao tempo de exposição. O deslocamento, nesta teoria, refere-se à substituição de uma atividade por outra (Neuman, 1988). A teoria sugere que o tempo gasto em frente às telas, como assistir à televisão, pode substituir outras atividades essenciais. No entanto, evidências empíricas demonstraram que o tempo de exposição às telas, frequentemente, ocorre junto com outras atividades, como ler livros (Roberts *et al.*, 1993). Especificamente, no contexto educacional, o uso excessivo de telas pode impactar negativamente o desempenho de leitura dos alunos, deslocando atividades essenciais para o desenvolvimento

das habilidades de leitura, como a leitura recreativa (Neuman, 1988; Roberts *et al.*, 1993). Conforme a teoria, a relação entre o tempo de tela e o bem-estar é negativa e constante, uma vez que cada período gasto na frente das telas substitui outras atividades que poderiam proporcionar maior satisfação. Os danos associados ao uso excessivo de telas são negativos, pois podem substituir outras experiências importantes, como a socialização com familiares, amigos e a prática de atividade física (Przybylski; Weinstein, 2017).

Sob outra perspectiva, o estudo realizado por Przybylski e Weinstein (2017) teve como objetivo examinar diversas maneiras de entender como o tempo de tela está relacionado ao bem-estar mental, além de quantificar e definir empiricamente o envolvimento moderado em atividades digitais. Nesse estudo, foi explorada uma teoria alternativa, sugerida na literatura, mas ainda não estudada de forma explícita, denominada de "Hipótese dos Cachinhos Dourados".

A teoria dos Cachinhos Dourados propõe que o uso moderado da tecnologia não é inerentemente prejudicial e pode ser benéfico em um mundo conectado (Przybylski, 2014). Em outras palavras, essa hipótese sugere que o uso da tecnologia em níveis moderados pode ser vantajoso, não sendo totalmente prejudicial ao adolescente. No entanto, o uso excessivo pode, de fato, substituir outras atividades, comprometendo o desempenho escolar ou interferindo em atividades extracurriculares e sociais. Analogamente aos contos de fadas, a história dos Cachinhos Dourados encontra a moderação, no mingau, nas cadeiras e nas camas de tamanhos médios, como sendo "perfeita"; a teoria sugere que o uso ideal da tecnologia também deve ser moderado. A partir disso, o não uso pode impactar em dificuldades de comunicação, criatividade e desenvolvimento, enquanto o uso excessivo pode interferir em atividades importantes, o que pode levar o adolescente a maior propensão a sofrer de ansiedade, depressão e outros transtornos, refletindo também em maior isolamento e na diminuição da identidade própria e da autoconfiança (Przybylski; Weinstein, 2017). Assim, a hipótese dos Cachinhos Dourados sugere

que pode haver um equilíbrio ideal nos níveis de uso da tecnologia (Przybylski; Weinstein, 2017).

Durante a adolescência, espera-se que os jovens desenvolvam a identidade e criem habilidades sociais; nesse sentido, a tecnologia pode fornecer um caminho para essa construção (Luyckx *et al.*, 2008). Neste cenário, os jogos *on-line* podem atuar como uma forma de construção de amizades, especialmente entre adolescentes do sexo masculino, contrariando a ideia comum de que levam apenas ao isolamento social.

IMPACTOS DO TEMPO DE TELA NA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O conjunto de evidências sobre os impactos do uso de telas na saúde de crianças e adolescentes está em pleno crescimento. A síntese mais recente, conforme buscas na literatura científica (Sanders *et al.*, 2024), confirma associações pequenas a moderadas com obesidade, depressão e problemas psicossociais, mas alerta para o caráter populacional dessas exposições, pois os efeitos individualmente pequenos podem ter relevância clínica e de saúde pública substancial quando a exposição é alta (Sanders *et al.*, 2024; Stiglic; Viner, 2019). As subseções a seguir apresentam separadamente os domínios de saúde física, mental e emocional, qualificando, para cada desfecho, a magnitude do efeito, o nível de consistência da evidência e a diferenciação por faixa etária.

Saúde física

Os prejuízos físicos associados ao uso excessivo de telas em crianças e adolescentes são distribuídos em três domínios principais: musculoesquelético, oftalmológico e antropométrico-metabólico.

O comprometimento musculoesquelético está associado à mecânica de uso de smartphones, situação em que o pescoço fica flexionado constantemente e os cotovelos ficam sem apoio, gerando uma carga estática excessiva nas regiões cervical e dos ombros. Além disso, os movimentos repetitivos do polegar, usados para segurar e controlar o dispositivo com apenas uma das mãos, podem causar microtraumas. Como consequência dessa postura, a literatura científica (Zirek *et al.*, 2020) indica uma alta prevalência de queixas físicas entre os usuários, atingindo taxas de 55,8% a 89,9% para dores na região cervical e parte superior das costas, de 37,8% a 71,6% para os ombros, e de 19% a 53% para os polegares. Com o uso excessivo, o quadro pode evoluir para patologias específicas, destacando-se as tendinites da extremidade superior (com prevalência relatada de 2,9% a 70,3%), a síndrome da dor miofascial (69% a 70,3%) e a tenossinovite de De Quervain (2,9% a 50%).

O domínio oftalmológico abrange a síndrome da visão de computador, agravo com prevalência global entre 8,2% e 100%. O quadro caracteriza-se por ressecamento ocular, fadiga visual, diplopia, cefaleia e visão turva (Mataftsi *et al.*, 2023). Seu mecanismo central decorre da redução da taxa de piscadas (de uma média de 16 para 6 por minuto), da demanda acomodativa sustentada e da proximidade focal prolongada. A gravidade dos sintomas intensifica-se com o uso de telas superior a 4 horas diárias.

No domínio antropométrico-metabólico, a obesidade é o desfecho mais investigado, mas a evidência é, ainda assim, inconsistente. Sanders *et al.* (2019) identificaram tamanhos de efeito padronizados muito pequenos ($\beta < 0,07$) para a associação linear entre o tempo total de tela e desfechos de adiposidade. A obesidade associada ao tempo de tela elevado baseia-se em três vias causais: a substituição da atividade física, o aumento da ingestão energética motivado pela publicidade e o prejuízo ao sono. O encurtamento do sono provoca alterações neuroendócrinas diretas, como a elevação da grelina e a redução da leptina, aumentando o apetite e o consumo

calórico (Cappuccio *et al.*, 2008). Por fim, não há evidências sólidas indicando que a magnitude dos efeitos varie significativamente entre crianças e adolescentes, tampouco dados que justifiquem o estabelecimento de limiares de tolerância distintos entre essas faixas etárias (Stiglic; Viner, 2019).

Saúde mental e emocional

As evidências sobre o uso de telas e seus efeitos na saúde mental de jovens são variadas. A depressão é o desfecho com maior consistência na literatura científica. Recentemente, uma revisão de revisões (*overview of reviews*) com inclusão de 13 revisões sistemáticas encontrou evidência moderadamente forte de associação entre tempo elevado de tela (> 2 horas por dia) e sintomas depressivos, ao mesmo tempo em que identificou evidência fraca para outros indicadores de saúde mental, incluindo problemas de hiperatividade/desatenção, bem-estar reduzido e saúde psicossocial prejudicada (Stiglic; Viner, 2019). Outros autores argumentam que os efeitos do uso de telas sobre a saúde mental de crianças e adolescentes podem ser pequenos demais para ter relevância clínica individual (Orben; Przybylski, 2019). Ainda assim, a magnitude populacional dessa exposição confere importância na saúde coletiva mesmo a efeitos individualmente pequenos: associações discretas, quando aplicadas a grandes populações, podem traduzir-se em carga significativa na saúde mental dessa população.

Há evidência de que o contexto do uso de telas modera os desfechos em saúde mental. O uso passivo, consumo unidirecional de conteúdo, como assistir a vídeos ou navegar em redes sociais sem interação, está associado a piores indicadores de saúde mental do que o uso interativo ou educacional (Sanders *et al.*, 2019). Em contraste, alguns tipos de uso de telas podem oferecer benefícios sociais: pesquisas longitudinais sugerem que, para adolescentes que percebem baixa qualidade em suas amizades presenciais, o uso da

internet para comunicação associa-se a menor depressão, enquanto o uso sem interação associa-se a maior depressão e ansiedade social (Booker, 2024; Selfhout *et al.*, 2009).

O medo de estar perdendo algo (*Fear of Missing Out*) tem sido apontado como um dos principais mecanismos psicológicos subjacentes ao uso excessivo de *smartphones* e redes sociais, com repercussões diretas sobre a qualidade do sono (Sanders *et al.*, 2019). O medo de estar perdendo algo se caracteriza pela apreensão persistente de que terceiros estejam vivenciando experiências gratificantes das quais o indivíduo está excluído. Esse estado de hipervigilância social sustenta um padrão comportamental de checagem repetitiva de notificações, com potencial de prolongar a latência do sono e manter ativação cognitiva, com diminuição do repouso.

QUALIDADE DO SONO NA ADOLESCÊNCIA

A partir do século XX, com os avanços científicos, foi realizado o primeiro registro das ondas cerebrais na superfície do crânio pelo neuropsiquiatra alemão Hans Berger, um marco no estudo do sono. O desenvolvimento de pesquisas clínicas e experimentais na área do sono possibilitou a distinção entre os estados de vigília e sono, contribuindo para o entendimento da fisiologia do sono e para a caracterização precisa de seus distúrbios (Gomes; Quinhones; Engelhardt, 2010). O sono foi categorizado como um estado fisiológico caracterizado pela redução das respostas a estímulos ambientais, pela atividade cerebral de forma regular e pelas alterações no estado de consciência (Gomes; Quinhones; Engelhardt, 2010).

Na adolescência, observam-se alterações significativas no padrão de sono. Um exemplo disso é o atraso de fase, que ocorre devido a modificações nos mecanismos de sincronização dos ritmos circadianos, à medida que os jovens avançam nessa fase. Esse atraso dificulta o adormecer no início da noite (Bear; Connors; Paradiso,

2015). O uso de dispositivos com telas, durante a noite, pode intensificar esse atraso, afetando a liberação de melatonina e prolongando o ciclo circadiano (Felden *et al.*, 2016; Malone *et al.*, 2016). A *American Academy of Pediatrics* ressalta que o uso da tecnologia é um dos fatores que pode influenciar a qualidade do sono na população pediátrica (Owens *et al.*, 2014). Evidências científicas indicam que a exposição às telas pode contribuir para uma quantidade inadequada de sono, para a má qualidade do sono e para a sonolência diurna excessiva (Carter *et al.*, 2016; Hale; Guan, 2015). Essa mudança ocorre, justamente, quando os adolescentes estão ingressando no Ensino Médio, o que exige que eles ajustem o tempo de sono para lidar com as atividades matutinas (Bear; Connors; Paradiso, 2015). O atraso de fase, combinado com os fatores sociais da rotina dos adolescentes, pode resultar em uma diminuição crônica do sono, prejudicando sua saúde em geral.

A qualidade do sono é essencial para o desenvolvimento de adolescentes fisicamente e psicologicamente saudáveis (Carter *et al.*, 2016), podendo influenciar positivamente o sentimento de descanso e revigoramento, a satisfação com o sono, os reflexos normais e as relações familiares e sociais positivas. Entretanto, fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, comportamentais e físicos podem influenciar negativamente na qualidade do sono (Nelson; Davis; Corbett, 2022). Os distúrbios do sono, nesta fase, podem resultar em desfechos negativos para a saúde dos adolescentes, tanto em curto quanto em longo prazo, incluindo dieta inadequada, comportamento sedentário, obesidade, imunidade reduzida, problemas de saúde mental e uso de drogas (Gradisar *et al.*, 2013). Especificamente, algumas consequências associadas à qualidade do sono são relatadas na literatura científica, atualmente, refletindo o impacto substancial sobre diversos aspectos dos desfechos de saúde e bem-estar. Sintomas como exaustão, ansiedade, depressão, disfunção diurna, alterações de humor, sonolência exacerbada e fadiga são frequentemente

relatados como efeitos adversos da má qualidade do sono (Nelson; Davis; Corbett, 2022).

A qualidade do sono se caracteriza, na literatura científica, como construto multidimensional cuja definição operacional varia entre autores (Nelson; Davis; Corbett, 2022; Ohayon *et al.*, 2017).

Definição: objetiva, subjetiva e integrada

Embora o termo "qualidade do sono" seja amplamente utilizado pelo público, por pesquisadores e por profissionais da saúde, os seus componentes são pouco discutidos (Buysse *et al.*, 1989; Ohayon *et al.*, 2017).

A definição objetiva da qualidade do sono está na arquitetura polissonográfica e nos parâmetros mensuráveis dela derivados: 1. Latência: tempo até o adormecimento; 2. Eficiência: proporção do tempo na cama efetivamente dormindo; 3. Número de despertares noturnos e proporção de cada estágio do sono.

A polissonografia laboratorial, combinando eletroencefalografia, eletromiografia e eletrooculografia, é o padrão-ouro nesse domínio (Rundo; Downey, 2019), embora seu custo e a invasividade limitem a viabilidade em estudos epidemiológicos de base escolar.

A definição subjetiva captura a percepção do indivíduo sobre seu próprio sono. Inclui a satisfação com o início do sono (latência percebida), com a manutenção (continuidade), com a duração (suficiência) e com o caráter restaurador ao despertar (revigoramento). O instrumento de referência para essa avaliação é o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Nelson, Davis e Corbett (2022), em análise conceitual da literatura, identificaram cinco componentes recorrentes do construto subjetivo: eficiência do sono, distúrbios do sono, latência do sono, duração total do sono e tempo acordado após o início do sono.

A definição integrada, proposta por Ohayon *et al.* (2017) em consenso da *National Sleep Foundation*, articula as dimensões objetiva e subjetiva: a qualidade do sono é a percepção pelo indivíduo de um sono adequado tanto ao adormecer quanto ao acordar, sustentada por arquitetura fisiológica preservada, manutenção da vigilância diurna e ausência de distúrbios mensuráveis. Essa definição integrada é a adotada neste capítulo, com a operacionalização subjetiva via PSQI, justificada pela viabilidade em larga escala e pela validação prévia do instrumento para a população-alvo (Passos *et al.*, 2017).

Arquitetura do sono: estágios NREM e REM

O sono organiza-se em ciclos de aproximadamente 90 a 110 minutos que se repetem ao longo da noite, alternando sono não-REM (*non-rapid eye movement*) e sono REM (*rapid eye movement*) (Bear; Connors; Paradiso, 2015). O sono NREM subdivide-se em três estágios. O estágio N1, sono leve, marca a transição da vigília e ocupa aproximadamente 5% do tempo total de sono em adolescentes. O estágio N2, sono intermediário, ocupa cerca de 45–55% e é caracterizado eletroencefalograficamente por fusos do sono e complexos K. O estágio N3, sono de ondas lentas (*slow-wave sleep*), ocupa 13–23% e constitui o sono profundo restaurador, caracterizado por ondas delta de alta amplitude. O estágio N3 tem papel essencial na consolidação da memória declarativa, na liberação pulsátil do hormônio do crescimento, predominantemente concentrada nessa fase, e na *clearance* glinfática de metabólitos cerebrais. O sono REM, ocupando 20–25% do total, caracteriza-se por atonia muscular esquelética, movimentos oculares rápidos e atividade cortical comparável à vigília, e está associado à consolidação da memória procedural, ao processamento emocional e à regulação do humor.

A privação seletiva de N3, característica das interrupções induzidas pelo uso de telas no início da noite, que tendem

a desproporcionalmente comprimir o sono de ondas lentas, tem implicações endócrinas (redução da secreção noturna de GH com impacto sobre o crescimento adolescente) e cognitivas (comprometimento da consolidação de aprendizagens do dia anterior). A privação seletiva de REM, característica do despertar precoce induzido por horários escolares matutinos, dado que o REM se concentra nas últimas horas do sono, afeta predominantemente a regulação emocional e a saúde mental.

Mecanismos da associação entre uso de telas e sono

A associação entre o uso de telas e os desfechos do sono em crianças e adolescentes é, conforme a literatura científica, mediada por cinco mecanismos interdependentes e mutuamente amplificadores.

O primeiro, denominado deslocamento de atividades, sustenta que o tempo dedicado às telas substitui diretamente as rotinas de higiene do sono e o tempo de sono, podendo igualmente ultrapassar comportamentos diurnos promotores do sono, como a exposição à luz natural e a prática de atividade física (Hale; Guan, 2015).

O segundo mecanismo refere-se à redução da consciência interoceptiva: o estado de absorção cognitiva induzido pelo engajamento com dispositivos digitais, especialmente jogos eletrônicos, suprime a percepção de sinais corporais de sonolência, fadiga muscular e passagem do tempo, removendo os principais estímulos que sinalizariam ao indivíduo o momento de interromper o uso do dispositivo (Khoshnoud; Alvarez Igarzábal; Wittmann, 2022).

O terceiro mecanismo envolve a estimulação psicológica e emocional pelo conteúdo midiático: a interação em plataformas de redes sociais e aplicativos de mensagens promove estados de alerta cognitivo, comparação social e ruminação, esta última especialmente

associada à vitimização cibernética, que são fisiologicamente incompatíveis com o adormecimento (Alonzo *et al.*, 2021; Jose; Vierling, 2018).

O quarto e mais relatado na literatura científica diz respeito aos efeitos da luz artificial de curto comprimento de onda sobre o sistema circadiano: a exposição vespertina a telas suprime a secreção de melatonina, atrasa a fase circadiana e aumenta a latência para o início do sono, efeitos demonstrados experimentalmente por Chang *et al.* (2015) e de relevância potencializada em crianças, que apresentam maior transmitância luminosa do cristalino e maior sensibilidade melatoninérgica à luz do que adultos (Hartstein *et al.*, 2022).

O quinto mecanismo compreende as interrupções noturnas por notificações e verificações ativas do dispositivo, que fragmentam a arquitetura do sono já iniciado e comprometem sua eficiência e duração total, mesmo quando a presença do dispositivo no quarto não resulta em uso ativo (Rod *et al.*, 2018).

Avaliação da qualidade do sono em adolescentes brasileiros

O uso de exames considerados "padrão-ouro" para avaliar o sono em pesquisas de larga escala é praticamente inviável devido ao alto custo, à necessidade de especialistas e ao tempo demandado para sua execução. Essas limitações tornam seu uso restrito em locais sem os recursos necessários. Por outro lado, a utilização de um instrumento como o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh pode ser uma alternativa prática e eficiente, pois permite identificar indivíduos com má qualidade do sono e direcionar condutas de forma simples.

O PSQI foi originalmente desenvolvido por Buysse *et al.* (1989), com base em um estudo realizado com adultos dos Estados Unidos, com idade média de 59,9 anos. Os itens foram criados a partir de três fontes principais: intuição clínica e experiência com pacientes

que tinham distúrbios do sono; revisão de questionários anteriores sobre qualidade do sono encontrados na literatura; e experiência clínica com o instrumento ao longo de 18 meses de testes de campo.

O instrumento é composto por 19 itens autorrelatados que avaliam a qualidade e os distúrbios do sono relacionados ao ocorrido no mês anterior. Esse período de avaliação permite discriminar entre as perturbações transitórias e as persistentes do sono. Os itens são agrupados em sete domínios: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna. O escore global varia de 0 a 21, e os escores mais altos indicam pior qualidade do sono. O instrumento completo requer de 5 a 10 minutos para ser concluído pelo participante.

No contexto brasileiro, o PSQI foi traduzido e validado por Bertolazi *et al.* (2011), sendo conhecido como PSQI-BR. As evidências de validade baseadas na estrutura interna e a confiabilidade do instrumento em adolescentes foram analisadas por Passos *et al.* (2017), que identificaram índices psicométricos adequados [Erro Padrão da Medida = 1,12 pontos; Mínima Mudança Detectável = 3,10 pontos; correlação intraclasse (ICC) = 0,65 (IC95%: 0,21–0,85)].

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A distinção entre uso de telas e tempo de tela tem consequência analítica direta, e a heterogeneidade conceitual da qualidade do sono tem consequência prática equivalente: estudos que operacionalizam o construto de modos distintos produzem prevalências e associações não diretamente comparáveis. O cenário geral é, portanto, de associações pequenas e frequentemente inconsistentes entre tempo de tela e indicadores de saúde mental, com a depressão

como exceção de evidência relativamente mais robusta e com o contexto e o tipo de uso como moderadores relevantes que a pesquisa futura precisa incorporar sistematicamente.

A compreensão integrada das vias que ligam o uso de telas aos desfechos do sono é condição necessária tanto para a interpretação crítica dos estudos epidemiológicos quanto para o delineamento de intervenções que contemplem não apenas a redução quantitativa do tempo de tela, mas também o tipo de conteúdo, o grau de interatividade, o horário de exposição e as características do ambiente do sono. Ao propor um nível "ideal" de uso, a teoria dos Cachinhos Dourados ajuda a orientar pais, educadores e formuladores de políticas na promoção de práticas saudáveis de uso da tecnologia, evitando tanto a privação social quanto a interferência em atividades importantes. Essa abordagem equilibrada é essencial em um mundo cada vez mais conectado, no qual a tecnologia desempenha um papel essencial na vida dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

ALONZO, Rea *et al.* Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 56, p. 101414-101414, 2021.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Brain Rhythms and Sleep. *In*: BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neuroscience**: exploring the brain. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.

BOOKER, Bridget. **Square eyes or all lies? Investigating the methodology used in screen use research on children**. 2024. Tese (Doutorado em Filosofia) – Institute for Positive Psychology and Education, Australian Catholic University, [*S. l.*], 2024. Disponível em: https://doi.org/10.26199/acu.91183. Acesso em: 22 out. 2026.

BROSNAN, Bradley *et al.* Screen use at bedtime and sleep duration and quality among youths. **JAMA Pediatrics**, [*s. l.*], v. 178, n. 11, p. 1147-1154, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2914. Acesso em: 22 out. 2026.

BUYSSE, Daniel J. *et al.* The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, [*s. l.*], v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

CAPPUCCIO, Francesco P. *et al.* Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. **Sleep**, [*s. l.*], v. 31, n. 5, p. 619-626, 2008.

CARTER, Ben *et al.* Association between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, [*s. l.*], v. 170, n. 12, p. 1202-1208, 2016.

CAVALCANTI, Lailah Maria Luiza Gonzaga *et al.* Constructs of poor sleep quality in adolescents: associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 37, p. e00207420, 2021.

CHANG, Anne-Marie *et al.* Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [*s. l.*], v. 112, n. 4, p. 1232-1237, 2015.

FELDEN, Érico Pereira Gomes *et al.* Adolescentes com sonolência diurna excessiva passam mais tempo em comportamento sedentário. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [*s. l.*], v. 22, n. 3, p. 186-190, 2016.

GOMES, Marleide da Mota; QUINHONES, Marcos Schmidt; ENGELHARDT, Eliasz. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista Brasileira de Neurologia**, [*s. l.*], v. 46, n. 1, p. 5-15, 2010.

GRADISAR, Michael *et al.* The Sleep and Technology Use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America Poll. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 9, n. 12, p. 1291-1299, 2013.

HALE, Lauren; GUAN, Stanford. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 21, p. 50-58, 2015.

HARTSTEIN, Lauren E. *et al.* High sensitivity of melatonin suppression response to evening light in preschool-aged children. **Journal of Pineal Research**, [*s. l.*], v. 72, n. 2, p. e12780, 2022.

JOSE, Paul E.; VIERLING, Alexandra. Cybervictimisation of adolescents predicts higher rumination, which in turn, predicts worse sleep over time. **Journal of Adolescence**, [*s. l.*], v. 68, n. 1, p. 127-135, 2018.

KAYE, Linda *et al.* The Conceptual and Methodological Mayhem of "Screen Time". **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [*s. l.*], v. 17, n. 10, p. 3661, 2020.

KHOSHNOUD, Shiva; ALVAREZ IGARZÁBAL, Federico; WITTMANN, Marc. Brain–Heart Interaction and the Experience of Flow While Playing a Video Game. **Frontiers in Human Neuroscience**, [*s. l.*], v. 16, p. 819834, 2022.

LUYCKX, Koen *et al.* Identity Exploration and Commitment in Late Adolescence: Correlates of Perfectionism and Mediating Mechanisms on the Pathway to Well-Being. **Journal of Social and Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 27, n. 4, p. 336-361, 2008.

MALONE, Susan Kohl *et al.* Characteristics Associated With Sleep Duration, Chronotype, and Social Jet Lag in Adolescents. **The Journal of School Nursing**, [*s. l.*], v. 32, n. 2, p. 120-131, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1059840515603454. Acesso em: 22 out. 2026.

MATAFTSI, Asimina *et al.* Digital eye strain in young screen users: A systematic review. **Preventive Medicine**, [*s. l.*], v. 170, p. 107493, 2023.

NELSON, Kathy L.; DAVIS, Jean E.; CORBETT, Cynthia F. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. **Nursing Forum**, [*s. l.*], v. 57, n. 1, p. 144-151, 2022.

NEUMAN, Susan B. The Displacement Effect: Assessing the Relation between Television Viewing and Reading Performance. **Reading Research Quarterly**, [*s. l.*], v. 23, n. 4, p. 414-414, 1988.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Survey on Internet use by children in Brazil: ICT Kids Online Brazil 2024**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2025.

OHAYON, Maurice *et al.* National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. **Sleep Health**, [*s. l.*], v. 3, n. 1, p. 6-19, 2017.

ORBEN, Amy; PRZYBYLSKI, Andrew K. The association between adolescent well-being and digital technology use. **Nature Human Behaviour**, [*s. l.*], v. 3, n. 2, p. 173-182, 2019.

OWENS, Judith *et al.* Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 134, n. 3, p. e921–e932, 2014.

PASSOS, Muana H. P. *et al.* Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. **Jornal de Pediatria**, [Rio de Janeiro], v. 93, n. 2, p. 200-206, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.006. Acesso em: 22 out. 2026.

PRZYBYLSKI, Andrew K. Electronic Gaming and Psychosocial Adjustment. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 134, n. 3, p. e716–e722, 2014.

PRZYBYLSKI, Andrew K.; WEINSTEIN, Netta. A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis. **Psychological Science**, [*s. l.*], v. 28, n. 2, p. 204-215, 2017.

ROBERTS, Donald F. *et al.* Television and Schooling: Displacement and Distraction Hypotheses. **Australian Journal of Education**, [*s. l.*], v. 37, n. 2, p. 198-211, 1993.

ROD, Naja Hulvej *et al.* Overnight smartphone use: A new public health challenge? A novel study design based on high-resolution smartphone data. **PLOS ONE**, [*s. l.*], v. 13, n. 10, p. e0204811, 2018.

RUNDO, Jessica Vensel; DOWNEY, Ralph. Polysomnography. *In*: LEVIN, Kerry H.; CHAUVEL, Patrick (ed.). **Clinical neurophysiology**: basis and technical aspects. Amsterdam: Elsevier, 2019. (Handbook of Clinical Neurology, v. 160). p. 381-392. Disponível em: https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64032-1.00025-4. Acesso em: 22 out. 2026.

SANDERS, Taren *et al.* Type of screen time moderates effects on outcomes in 4013 children: evidence from the Longitudinal Study of Australian Children. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [*s. l.*], v. 16, n. 1, p. Article 117, 2019.

SANDERS, Taren *et al.* An umbrella review of the benefits and risks associated with youths' interactions with electronic screens. **Nature Human Behaviour**, [London], v. 8, n. 1, p. 82-99, 2024.

SCHAAN, Camila W. *et al.* Prevalence of excessive screen time and TV viewing among Brazilian adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Jornal de Pediatria**, [Rio de Janeiro], v. 95, n. 2, p. 155-165, 2019.

SELFHOUT, Maarten H. W. *et al.* Different types of Internet use, depression, and social anxiety: The role of perceived friendship quality. **Journal of Adolescence**, [*s. l.*], v. 32, n. 4, p. 819-833, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação: menos telas, mais saúde: atualização 2024**. 2. ed. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, 2024.

STIGLIC, Neza; VINER, Russell M. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. **BMJ Open**, [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. e023191, 2019.

SWEETSER, Penelope *et al.* Active versus Passive Screen Time for Young Children. **Australasian Journal of Early Childhood**, [*s. l.*], v. 37, n. 4, p. 94-98, 2012.

TREMBLAY, Mark S. *et al.* Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [*s. l.*], v. 14, n. 1, p. 75, 2017.

ZIREK, Emrah *et al.* A systematic review of musculoskeletal complaints, symptoms, and pathologies related to mobile phone usage. **Musculoskeletal Science and Practice**, [*s. l.*], v. 49, p. 102196, 2020.

10

Samanta Barbosa Feitosa
Carla Menêses Hardman
Carlos Alberto Moreno Moya
Daniel da Rocha Queiroz

COOCORRÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.10

INTRODUÇÃO

Os comportamentos de risco à saúde contribuem significativamente para a carga global de doenças não transmissíveis e são frequentemente iniciados na adolescência (Campbell *et al*., 2020; Tinner *et al*., 2021). Entre eles destacam-se a inatividade física, o tempo excessivo de tela, o sono inadequado e o consumo de substâncias psicoativas, como álcool, cigarro e outras drogas. Estudos longitudinais demonstram que comportamentos adotados na juventude tendem a persistir na vida adulta (Haddad; Sarti, 2024; Parada; Horn; Cambron, 2025), embora a continuidade seja mais consistente para o uso de álcool e tabaco do que para dieta inadequada e baixo nível de atividade física (Parada; Horn; Cambron, 2025).

Esses comportamentos não ocorrem de forma isolada; tendem a se agrupar dentro dos indivíduos, e os danos resultantes podem ser somativos ou multiplicativos (Akasaki *et al*., 2019; Yi *et al*., 2020). A revisão sistemática de Meader *et al*. (2016) identificou agrupamento entre consumo excessivo de álcool e tabagismo, e entre dieta inadequada e tabagismo, em populações adultas (Meader *et al*., 2016). No Brasil, a coocorrência de múltiplos comportamentos de risco entre adolescentes aumentou de 2009 a 2019, com transição dos estratos mais ricos para os mais pobres (Haddad; Sarti, 2024). O acúmulo de riscos associa-se a desfechos adversos: indivíduos com quatro fatores simultâneos (inatividade física, dieta inadequada, tabaco e álcool) apresentaram longevidade reduzida em 14 anos (Korslund *et al*., 2023); e, para cada comportamento de risco adicional adotado aos 16 anos, as chances de consumo nocivo de álcool aumentaram 58% aos 18 anos (Campbell *et al*., 2020).

Essa questão é particularmente relevante na adolescência, período sensível de desenvolvimento biológico e psicossocial, no qual muitos comportamentos de saúde e de risco se consolidam e podem se acumular até a vida adulta (Banati *et al*., 2025; Mytton

et al., 2024). Trata-se, portanto, de uma fase em que a adoção de comportamentos saudáveis ou de risco assume importância decisiva para a trajetória de saúde dos indivíduos e das populações (Baird *et al*., 2025).

No que se refere aos comportamentos de movimento, as diretrizes canadenses de movimento de 24 horas representam uma mudança de paradigma ao integrar atividade física, comportamento sedentário e sono como componentes interdependentes de um único dia (Ross *et al*., 2020; Tremblay *et al*., 2016). Como o dia tem duração fixa de 24 horas, qualquer alteração em um comportamento reduz o tempo disponível para os demais, tornando as variáveis temporalmente dependentes e inerentemente colineares. A análise isolada de cada comportamento ignora essa interdependência intrínseca e pode produzir achados inconsistentes (Tremblay *et al*., 2016). De fato, os comportamentos de movimento tendem a se agrupar em perfis distintos, configurando padrões de coocorrência que frequentemente combinam múltiplos comportamentos de risco (Hossian *et al*., 2025; Mello *et al*., 2024). Em jovens, os agrupamentos mais frequentes incluem perfis como "alto comportamento sedentário e baixa duração de sono" e "baixa atividade física, alto comportamento sedentário e duração de sono satisfatória" (Mello *et al*., 2024).

Apesar dos avanços na investigação desses comportamentos, a baixa adesão simultânea às recomendações de movimento tem sido reportada em diferentes contextos, sendo particularmente acentuada entre adolescentes da América do Sul (Tapia-Serrano *et al*., 2022). O cumprimento simultâneo das diretrizes de atividade física, tempo de tela e sono está associado a melhor percepção de saúde entre adolescentes (Feitosa *et al*., 2025), o que reforça a importância de considerar esses comportamentos de forma integrada. Contudo, a maior parte dos estudos concentra-se na análise de comportamentos isolados ou de pares de comportamentos, permanecendo incipiente o conhecimento sobre o acúmulo simultâneo de múltiplos riscos, sobretudo em populações brasileiras e, de modo

particular, em adolescentes da Região Metropolitana do Recife. Ademais, as diferenças entre os sexos nesse padrão de coocorrência ainda são pouco exploradas, apesar de evidências sugerirem vulnerabilidades distintas entre rapazes e moças.

Conhecer o acúmulo de comportamentos de risco e as possíveis diferenças entre os sexos é necessário para o desenho de estratégias de prevenção integradas, capazes de responder a um padrão de vulnerabilidade que se manifesta de forma agregada e interdependente, em vez de abordagens fragmentadas e restritas a um único comportamento. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de múltiplos comportamentos de risco à saúde em adolescentes da Região Metropolitana do Recife, considerando possíveis diferenças entre os sexos, bem como a coocorrência desses comportamentos.

DESENVOLVIMENTO

Nesta seção, serão descritos os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo, seguidos da apresentação dos resultados obtidos e de sua discussão em diálogo com a literatura pertinente.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa epidemiológica observacional, transversal e descritiva. Os dados analisados foram extraídos do projeto de pesquisa "Associação entre atividade física, comportamento sedentário, competência motora, qualidade do sono e indicadores de adiposidade em adolescentes estudantes do Ensino Médio da Região Metropolitana do Recife".

A pesquisa foi conduzida com adolescentes de 14 a 19 anos matriculados no ensino médio em escolas públicas estaduais da Região Metropolitana do Recife. Contudo, para o presente estudo, adotou-se o recorte para faixa etária de 14 a 17 anos, em alinhamento com as diretrizes de movimento de 24 horas (Tremblay *et al.*, 2016).

O processo de coleta de dados ocorreu em 20 escolas da Região Metropolitana do Recife, no período de maio a dezembro de 2023. A seleção amostral foi realizada por conglomerado em dois estágios. No primeiro estágio, as escolas foram estratificadas segundo o porte em pequeno (menos de 200 alunos matriculados), médio (entre 200 e 499 alunos) e grande (mais de 500 alunos); e a região geográfica (Metropolitana Norte, Metropolitana Sul, Recife Norte e Recife Sul). No segundo estágio, foi realizado o sorteio das turmas, considerando a distribuição por turno e série.

Para realização do cálculo amostral, considerou-se como população-alvo 113.210 estudantes, intervalo de confiança de 95%, erro máximo tolerável de 2 pontos percentuais, poder estatístico de 80%, prevalência estimada de 50% para múltiplos comportamentos e efeito de delineamento amostral de 1,5.

Foram incluídos participantes de 14 a 17 anos matriculados em escolas da rede pública estadual de ensino médio da Região Metropolitana do Recife. Foram excluídos os participantes cujo somatório do tempo de atividade física e tempo de tela excedesse o tempo restante do dia após o desconto das horas de sono (Feitosa *et al.*, 2025).

Os dados foram coletados mediante a aplicação de um questionário, versão traduzida e adaptada do Global School-based Student Health Survey (GSHS), instrumento que avalia comportamentos de risco e de proteção em adolescentes. O instrumento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em parceria com outras instituições, divide-se em módulos que investigam o consumo de álcool,

o uso de tabaco e outras drogas, a saúde mental, os comportamentos alimentares e a atividade física, entre outros. A reprodutibilidade do instrumento foi verificada por meio de teste piloto, com valores entre 0,77 a 1,0 (Rocha *et al.*, 2026).

O atendimento à recomendação de atividade física foi avaliado considerando os dias de prática de atividade física moderada a vigorosa (AFMV) em uma semana típica e nos últimos sete dias. Os adolescentes informaram a frequência, com respostas que variaram de "nenhum dia" a "sete dias", e a duração diária da prática de AFMV. Em seguida, o tempo informado foi convertido para minutos e multiplicado pelo número de dias da semana, obtendo-se os minutos totais semanais. Por fim, calculou-se a média dos resultados dessas perguntas para obter o tempo final.

O tempo de tela foi avaliado considerando o tempo despendido em atividades como assistir televisão, jogar videogames, usar computador ou smartphone/tablet, com base no autorrelato do tempo dedicado a essas atividades durante a semana e no final de semana. O tempo de sono foi obtido a partir do relato da média de horas dedicadas ao sono semanalmente e nos finais de semana, com respostas que variaram de "6h ou menos" a "11h ou mais". Para o tempo de tela e o sono, calculou-se a média ponderada: o tempo total destinado a cada comportamento resultou do tempo despendido durante a semana, ponderado por cinco, e do tempo final de semana, ponderado por dois; o valor obtido foi, posteriormente, dividido por sete, conforme a expressão matemática [(comportamento semana × 5) + (comportamento fim de semana × 2)] / 7.

Em virtude das recomendações das diretrizes canadenses de movimento de 24 horas, considerou-se como atende à recomendação os adolescentes que apresentaram no mínimo 420 minutos por semana de AFMV, tempo igual ou inferior a 2 horas por dia de tempo de tela e entre 8 e 10 horas de sono por noite. Foram classificados como não atende à recomendação os participantes que

apresentaram tempo inferior a 420 minutos por semana de AFMV, ultrapassaram 2 horas de tempo de tela ou tiveram menos de 8 horas ou mais de 10 horas de sono por noite (Tremblay *et al*., 2016).

O consumo de substâncias psicoativas, como álcool, cigarro e outras drogas, foi incluído na investigação dos comportamentos de risco. Para essas variáveis, considerou-se o consumo nos últimos trinta dias: os adolescentes que relataram alguma frequência de uso foram classificados na categoria "sim", enquanto os que responderam "nenhum dia" foram classificados em "não". Além disso, foi criada uma variável para verificar a coocorrência de comportamentos de risco à saúde, incluindo participantes que não atendiam às recomendações de atividade física, tempo de tela e sono, bem como aqueles que consumiam álcool, cigarros e outras drogas. Assim, avaliou-se a prevalência de nenhum (0) comportamento de risco a todos (6) os comportamentos de risco investigados.

Para a realização das análises estatísticas, utilizou-se o programa STATA (versão 17). Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Além disso, aplicou-se o teste de Qui-quadrado para comparar a prevalência dos comportamentos de risco conforme o sexo.

A participação na pesquisa foi autorizada mediante a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinados pelos pais/responsáveis e pelos adolescentes menores de 18 anos. Para maiores de 18 anos ou emancipados, a participação foi autorizada mediante a entrega do respectivo TCLE devidamente assinado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, mediante o parecer nº 5.921.335, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os dados foram coletados em 1.036 adolescentes. Após aplicação dos critérios de inclusão, a amostra foi composta por 576 adolescentes. Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (54,7%), tinham 16 anos, autodeclaravam-se como pretos, pardos, amarelos ou indígenas, estudavam em tempo integral, residiam em zona urbana e possuíam mães com escolaridade superior a 8 anos. A caracterização sociodemográfica dos adolescentes segundo o sexo está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes segundo o sexo. Região Metropolitana do Recife, 2023

Variáveis	Total (n= 576)		Masculino (n= 261)		Feminino (n= 315)		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							**0,02**
14	11	1,9	2	0,8	9	2,9	
15	110	19,1	45	17,2	65	20,6	
16	238	41,3	100	38,3	138	43,8	
17	217	37,7	114	43,7	103	32,7	
Cor da pele							**0,11**
Preto, pardo, amarelo ou indígena	439	76,2	207	79,3	232	73,7	
Branco	137	23,8	54	20,7	83	26,3	
Escolaridade materna							**0,46**
≤ 8 anos	239	41,5	104	39,8	135	42,9	
> 8 anos	337	58,5	157	60,2	180	57,1	

Local de residência							0,53
Urbano	502	87,2	225	86,2	277	87,9	
Rural	74	12,8	36	13,8	38	12,1	
Turno							0,77
Manhã, tarde ou noite	203	35,2	88	33,7	115	36,5	
Semi-integral	81	14,1	37	14,2	44	14,0	
Integral	292	50,7	136	52,1	156	49,5	

Ao descrever os comportamentos de movimento de 24 horas, observou-se que a maioria dos adolescentes não atendia às recomendações de atividade física, tempo de tela e sono (Tabela 2). Quanto ao consumo de substâncias, o álcool foi o mais prevalente, seguido pelas outras drogas e pelo cigarro.

Em relação à coocorrência, quase todos acumulavam pelo menos um comportamento de risco, com a maior parte dos adolescentes concentrada entre dois e três comportamentos simultâneos. A análise estratificada indicou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p < 0,01$): os adolescentes do sexo masculino concentraram-se nos estratos de menor acúmulo, enquanto as adolescentes apresentaram maior prevalência nos estratos de maior acúmulo de comportamentos.

Tabela 2 - Prevalência de comportamentos de risco à saúde dos adolescentes segundo o sexo. Região Metropolitana do Recife, 2023

Variáveis	Total (n= 576)		Masculino (n= 261)		Feminino (n= 315)		p
	n	%	n	%	n	%	
Recomendação de atividade física							**<0,01**
Atende	171	29,7	115	44,1	56	17,8	

Não atende	405	70,3	146	55,9	259	82,2	
Recomendação de tempo de tela							**0,24**
Atende	137	23,8	68	26,0	69	21,9	
Não atende	439	76,2	193	74,0	246	78,1	
Recomendação de sono							**0,55**
Atende	157	27,3	68	26,0	89	28,2	
Não atende	419	72,7	193	74,0	226	71,8	
Uso de álcool							**<0,01**
Sim	135	23,4	47	18,0	88	27,9	
Não	441	76,6	214	82,0	227	72,1	
Uso de cigarro							**0,09**
Sim	27	4,7	8	3,1	19	6,0	
Não	549	95,3	253	96,9	296	94,0	
Uso de outras drogas							**0,01**
Sim	57	9,9	17	6,5	40	12,7	
Não	519	90,1	244	93,5	275	87,3	
Comportamentos de risco							**<0,01**
0	8	1,4	4	1,5	4	1,2	
1	80	13,9	48	18,4	32	10,2	
2	178	30,9	97	37,2	81	25,7	
3	226	39,2	91	34,9	135	42,9	
4	56	9,7	16	6,1	40	12,7	
5	24	4,2	5	1,9	19	6,0	
6	4	0,7	0	0	4	1,3	

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelam que a exposição a comportamentos de risco à saúde não constitui exceção, mas

sim a norma entre os adolescentes investigados: apenas 1,4% não apresentaram nenhum comportamento de risco, enquanto cerca de 54% acumularam três ou mais comportamentos simultâneos. A elevada coocorrência observada nesta amostra não deve ser interpretada como a soma de comportamentos independentes, mas como expressão de uma vulnerabilidade subjacente comum que se manifesta de forma agregada e interdependente ao longo da adolescência (Patton *et al.*, 2016).

Esse padrão é consistente com a literatura, que documenta a tendência de os comportamentos de risco se agruparem e coocorrerem em um mesmo indivíduo (Korslund *et al.*, 2023; Meader *et al.*, 2016), com efeitos sinérgicos sobre a saúde, de modo que a presença de um comportamento potencializa o impacto dos demais (Yi *et al.*, 2020). Esse achado é corroborado por análises que identificaram baixa proporção de adolescentes atendendo simultaneamente às três recomendações de movimento (Rocha *et al.*, 2026), o que é particularmente preocupante visto que o cumprimento dessas diretrizes está associado a melhor percepção de saúde entre adolescentes (Feitosa *et al.*, 2025), ou seja, a baixa adesão observada representa perda de um benefício relevante para a maioria dos adolescentes.

O padrão de não atendimento simultâneo às três recomendações de movimento identificado nesta amostra é compatível com o paradigma proposto pelas diretrizes canadenses de movimento de 24 horas, segundo o qual atividade física, comportamento sedentário e sono compõem uma unidade temporal única, na qual o tempo destinado a um comportamento compete com o tempo disponível para os demais (Tremblay *et al.*, 2016). Essa baixa adesão simultânea tem sido reportada globalmente, sendo particularmente acentuada entre adolescentes da América do Sul, região identificada como a de menor adesão entre 23 países avaliados (Tapia-Serrano *et al.*, 2022).

De fato, revisão sistemática global observou que a adesão às diretrizes de movimento de 24 horas é baixa em todo o mundo,

com a maioria dos estudos relatando taxas inferiores a 10% (Hossian *et al*., 2025). A relevância desse resultado está no fato de que a adolescência representa uma janela crítica de desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, na qual padrões de movimento inadequados tendem a se consolidar como hábito e a se estender à vida adulta, com repercussões cumulativas sobre a saúde ao longo do curso de vida (Baird *et al*., 2025).

O maior acúmulo de comportamentos de risco entre as adolescentes, em contraste com a concentração de adolescentes do sexo masculino nos estratos de menor risco, reflete uma disparidade de gênero que não se limita a um único comportamento, mas atravessa domínios distintos. No caso da atividade física, essa disparidade é consistente com o observado em outras populações adolescentes e tem sido atribuída a barreiras socioculturais e ambientais como a falta de apoio de pares, familiares e professores, normas de gênero restritivas e a escassez de referências femininas no esporte, fatores que dificultam de forma persistente a permanência de adolescentes do sexo feminino em atividades físicas ao longo da adolescência (Duffey *et al*., 2021).

Já a maior prevalência de consumo de álcool e de outras drogas entre as adolescentes insere-se em um cenário mais amplo de desigualdades de gênero em saúde documentadas na adolescência (Baird *et al*., 2025). Esse resultado reforça que a vulnerabilidade de gênero na adolescência não se expressa de maneira uniforme, mas assume contornos distintos conforme o comportamento de risco analisado. Cabe ressaltar, contudo, que o sentido dessa disparidade não é uniforme na literatura: em populações adultas, observou-se maior acúmulo de comportamentos de risco entre homens e entre indivíduos de menor escolaridade (Korslund *et al*., 2023), o que sugere que essa vulnerabilidade também varia conforme a etapa do curso de vida.

Em conjunto, os achados se organizam em torno de dois eixos que se sobrepõem: o não atendimento simultâneo às recomendações de movimento e a vulnerabilidade diferenciada por sexo. Essa sobreposição sugere que estratégias de prevenção restritas a um único comportamento, ou insensíveis a essas disparidades de gênero, tendem a ter alcance limitado. Nesse sentido, intervenções multicomponentes, que integrem promoção de atividade física, qualidade do sono, redução do tempo de tela e prevenção ao uso de substâncias em um mesmo programa, e que sejam desenhadas com sensibilidade às diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino, mostram-se mais adequadas do que abordagens fragmentadas para lidar com esse padrão de risco (Meader *et al*., 2016; Mello *et al*., 2024).

A ênfase em intervenções precoces é particularmente relevante, uma vez que o engajamento em múltiplos comportamentos de risco na adolescência constitui um importante motor de desigualdades em saúde na vida adulta (Akasaki *et al*., 2019), e que cada comportamento de risco adicional aumenta substancialmente as chances de desfechos adversos de saúde e sociais na idade adulta jovem (Campbell *et al*., 2020). Abordagens que visam simultaneamente a redução de comportamentos de risco podem ser mais efetivas e menos custosas do que estratégias isoladas (Yi *et al*., 2020).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente estudo estimou a prevalência de múltiplos comportamentos de risco à saúde em adolescentes da Região Metropolitana do Recife, considerando possíveis diferenças entre os sexos, bem como a coocorrência desses comportamentos. Foi observada alta prevalência de não atendimento às recomendações de atividade física, tempo de tela e sono, sobretudo entre as adolescentes.

Os resultados também indicaram maiores prevalências de consumo de substâncias, como álcool, cigarro e outras drogas, entre as adolescentes, assim como maior acúmulo de comportamentos de risco à saúde nesse grupo. Tais achados revelam um perfil desfavorável de comportamentos de risco entre os adolescentes investigados, particularmente entre as adolescentes do sexo feminino, evidenciando a necessidade de abordagens em saúde integradas e sensíveis às vulnerabilidades de sexo.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por se tratar de um estudo transversal descritivo, os dados refletem um único momento no tempo, o que não permite avaliar a temporalidade das relações observadas entre os comportamentos analisados. A coleta de dados por autorrelato está sujeita a vieses de memória e de desejabilidade social, o que pode influenciar a precisão das informações sobre comportamentos como consumo de substâncias e tempo de tela. Ademais, a amostra foi restrita a adolescentes matriculados em escolas públicas estaduais de uma única região metropolitana, o que limita a generalização dos achados para outras populações e contextos. Por fim, o estudo concentrou-se em seis comportamentos de risco, não contemplando outras dimensões relevantes, como hábitos alimentares inadequados e comportamentos sexuais de risco, que poderiam ampliar a compreensão do acúmulo de riscos nessa fase da vida.

Apesar das limitações, o estudo apresenta potencialidades que conferem consistência aos achados. A abordagem integrada dos comportamentos de movimento de 24 horas, alinhada ao paradigma contemporâneo das diretrizes canadenses, permitiu avaliar a ocorrência de múltiplos riscos de forma mais fidedigna do que a análise isolada de cada comportamento.

Os resultados apontam implicações práticas relevantes para a saúde pública. A elevada ocorrência de comportamentos de risco sugere que intervenções restritas a um único comportamento

tendem a ter alcance limitado, sendo mais adequadas estratégias multicomponentes que integrem a promoção de atividade física, a qualidade do sono, a redução do tempo de tela e a prevenção ao uso de substâncias em um mesmo programa. Tais intervenções devem ser desenhadas com sensibilidade às diferenças entre os sexos, considerando a maior vulnerabilidade observada entre as adolescentes, e implementadas de forma articulada entre os setores de saúde, educação e poder público, aproveitando o ambiente escolar como espaço privilegiado de atuação. Para estudos futuros, recomenda-se a adoção de delineamentos longitudinais que permitam investigar a trajetória dos comportamentos ao longo do tempo, bem como a ampliação da investigação para outros comportamentos de risco e para diferentes regiões, a fim de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes do acúmulo de riscos e subsidiar políticas públicas mais efetivas.

REFERÊNCIAS

AKASAKI, M. *et al*. The clustering of risk behaviours in adolescence and health consequences in middle age. **Journal of Adolescence**, v. 77, n. 1, p. 188-197, 2019.

BAIRD, S. *et al*. A call to action: the second Lancet Commission on adolescent health and wellbeing. **The Lancet**, v. 405, n. 10493, p. 1945-2022, 2025.

BANATI, P. *et al*. Adolescent experiences and exposures: a systematic review of life course outcomes. **eClinicalMedicine**, v. 88, n. 103453, p.1-12, 2025.

CAMPBELL, R. *et al*. Multiple risk behaviour in adolescence is associated with substantial adverse health and social outcomes in early adulthood: Findings from a prospective birth cohort study. **Preventive Medicine**, v. 138, n. 106157, p. 1-7, 2020.

DUFFEY, K. *et al*. Barriers and Facilitators of Physical Activity Participation in Adolescent Girls: A Systematic Review of Systematic Reviews. **Frontiers in Public Health**, v. 9, e743935, 2021.

FEITOSA, S. B. *et al*. Does meeting recommendations for physical activity, sedentary behavior, and sleep increase the chance of better health perception in adolescents? **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2025.

HADDAD, M. R.; SARTI, F. M. Determinants of Inequalities in the Exposure to and Adoption of Multiple Health Risk Behaviors among Brazilian Adolescents, 2009–2019. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 14, +n. 7, p. 2029-2046, 2024.

HOSSIAN, M. *et al*. Global research on 24-hour movement behaviours guidelines in children and adolescents: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 22, n. 1, p. 1-18, 2025.

KORSLUND, S. B.; HANSEN, B. H.; BJØRKKJÆR, T. Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2023.

MEADER, N. *et al*. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016.

MELLO, G. T. de *et al*. Clusters of 24-hour movement behavior and diet and their relationship with health indicators among youth: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2024.

MYTTON, O. T. *et al*. Changing patterns of health risk in adolescence: implications for health policy. **The Lancet Public Health**, v. 9, n. 8, p. e629-e634, 2024.

PARADA, M. L.; HORN, J.; CAMBRON, C. Examining the continuity of modifiable cancer-risk behaviors from youth into adulthood through prospective longitudinal studies: A scoping review. **Social Science & Medicine**, v. 384, n. 118534, p. 1-11, 2025.

PATTON, G. C. *et al*. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **The Lancet**, v. 387, n. 10036, p. 2423-2478, 2016.

ROCHA, K. B. S. *et al*. Factors associated with meeting the recommendations for physical activity, sedentary behavior, and sleep in adolescents: a cross-sectional study. **Revista Paulista de Pediatria,** v. 44, p. 1-9, 2026.

ROSS, R. *et al.* Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 45, n. 10 (Suppl. 2), p. S57-S102, 2020.

TAPIA-SERRANO, M. A. *et al.* Prevalence of meeting 24-Hour Movement Guidelines from pre-school to adolescence: A systematic review and meta-analysis including 387,437 participants and 23 countries. **Journal of Sport and Health Science**, v. 11, n. 4, p. 427-437, 2022.

TINNER, L. *et al.* Understanding adolescent health risk behaviour and socioeconomic position: A grounded theory study of UK young adults. **Sociology of Health Illness**, v. 43, n. 2, p. 528-544, 2021.

TREMBLAY, M. S. *et al.* Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 41, n. 6 (Suppl. 3), p. S311-S327, 2016.

YI, X. *et al.* Clustering effects of health risk behavior on mental health and physical activity in Chinese adolescents. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2020.

11

Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida
Caroline Ramos de Moura Silva
Emmanuelly Correia de Lemos
Mauro Virgilio Gomes de Barros

ATIVIDADE FÍSICA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DE PERNAMBUCO:

ACHADOS DO PROJETO ATITUDE

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.11

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de profundas transformações biológicas, psicológicas, relacionais e sociais. Entretanto, falar de adolescência no singular pode ocultar experiências muito distintas de crescimento e desenvolvimento. As condições de vida, o território, o gênero, a raça/cor, a escolaridade familiar, as redes de amizade, a inserção escolar e as possibilidades de circular com segurança interferem na saúde e nas escolhas cotidianas. Por isso, a compreensão das adolescências plurais exige observar simultaneamente sujeitos, comportamentos e contextos, evitando responsabilizar individualmente os jovens por oportunidades que são distribuídas de maneira desigual (Assis; Avanci; Duarte, 2015).

Entre os indicadores capazes de captar essa experiência ampliada, destaca-se a percepção de saúde. A pergunta sobre como a própria pessoa considera sua saúde produz uma síntese subjetiva que não se restringe à presença ou à ausência de doença. Nela podem estar incorporados bem-estar físico e emocional, relações sociais, satisfação corporal, disposição para as atividades diárias e comparação com pares. Embora seja obtida por uma pergunta simples, a percepção de saúde tem valor epidemiológico porque aproxima as medidas populacionais da maneira como adolescentes avaliam a própria vida e pode sinalizar vulnerabilidades que não aparecem em diagnósticos clínicos isolados (Reichert; Loch; Capilheira, 2012; Mendonça; Farias Júnior, 2012).

A atividade física constitui outro eixo fundamental da saúde nessa etapa. Seus benefícios abrangem aptidão cardiorrespiratória e muscular, saúde óssea, composição corporal, sono, cognição, sociabilidade e saúde mental. O Guia de Atividade Física para a População Brasileira recomenda que crianças e adolescentes acumulem, em média, 60 minutos por dia de atividades de intensidade moderada

a vigorosa, incorporando práticas que fortaleçam músculos e ossos em, pelo menos, três dias da semana (Brasil, 2021; World Health Organization, 2020). A recomendação, contudo, precisa ser lida à luz das oportunidades concretas de brincar, praticar esportes, participar das aulas de Educação Física, deslocar-se ativamente e usar os espaços públicos.

Evidências anteriores indicam que adolescentes fisicamente ativos tendem a avaliar sua saúde de forma mais positiva, mas essa relação é atravessada por características demográficas, fatores psicossociais, comportamentos de risco, excesso de peso e comportamento sedentário (Vancea *et al*., 2011; Zhang; Lu; Wu, 2020). Além disso, os domínios da atividade física não são equivalentes. A prática habitual, que pode incluir lazer, esporte e outras atividades de intensidade moderada a vigorosa, difere do deslocamento para a escola, condicionado por distância, disponibilidade de transporte, segurança viária e organização territorial.

Este capítulo apresenta, em linguagem própria de livro científico, os fundamentos, métodos e achados da dissertação "Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes de Pernambuco", defendida no Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB (Almeida, 2024). O objetivo é analisar a associação da atividade física habitual e de deslocamento com a percepção de saúde de adolescentes da rede pública estadual de ensino médio. Ao preservar os dados do estudo e situá-los no debate das adolescências plurais, busca-se oferecer subsídios para a atuação conjunta de profissionais da saúde, da educação e da gestão pública.

DESENVOLVIMENTO

ADOLESCÊNCIAS PLURAIS, ATIVIDADE FÍSICA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A saúde na adolescência resulta de uma trama de fatores. O desenvolvimento corporal convive com a construção da identidade, a ampliação da autonomia, a necessidade de pertencimento e a elaboração de projetos de vida. Ao mesmo tempo, persistem desigualdades que determinam o acesso a alimentação adequada, moradia, transporte, equipamentos esportivos, áreas verdes, assistência em saúde e ambientes escolares protetivos. Assim, atividade física e percepção de saúde não devem ser interpretadas como escolhas ou opiniões desconectadas do mundo social.

A percepção de saúde organiza informações objetivas e subjetivas. Um adolescente pode não possuir diagnóstico conhecido e, ainda assim, considerar sua saúde regular ou negativa devido a tristeza, solidão, baixa disposição, violência, insatisfação corporal ou dificuldades familiares. Em sentido inverso, vínculos, apoio social e participação em atividades significativas podem sustentar uma avaliação positiva mesmo diante de limitações. Estudos nacionais e internacionais relacionam a percepção negativa de saúde a comportamentos de risco, sofrimento emocional, violência e inatividade física, reforçando seu caráter multidimensional (Carvalho *et al*., 2011; Nuviala; Ruiz Juan; Nuviala, 2011; Silva *et al*., 2018; Marco *et al*., 2023).

O modelo conceitual que orientou o estudo, fundamentado na proposta de Dumith (2008), considera que fatores demográficos, comportamentos de risco, aspectos psicossociais, estado nutricional e comportamento sedentário podem influenciar tanto a atividade física quanto a percepção de saúde. Essa perspectiva é importante

porque evita atribuir diretamente um desfecho complexo a uma única exposição. Sexo, escolaridade materna, local de residência, tabagismo, consumo de álcool, tempo de TV, isolamento social, tristeza e índice de massa corporal foram, por isso, considerados no ajuste estatístico.

Também é necessário distinguir atividade física habitual de deslocamento ativo. Caminhar ou pedalar até a escola pode ampliar o gasto energético e a autonomia, mas a possibilidade de fazê-lo depende da distância e das condições do percurso. Em áreas rurais, por exemplo, longas distâncias e a oferta de transporte escolar podem tornar o deslocamento motorizado a única alternativa viável. Nas cidades, insegurança, trânsito, assédio e falta de calçadas ou ciclovias também reduzem a mobilidade ativa. Portanto, o domínio do deslocamento expressa não só comportamento, mas infraestrutura e organização social.

O ESTUDO NO TERRITÓRIO PERNAMBUCANO

A investigação foi epidemiológica, transversal, de base escolar e abrangência estadual. Constituiu um subprojeto do Projeto Atitude, iniciativa liderada pelo Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco. O projeto mais amplo acompanha tendências relacionadas à atividade física, ao comportamento sedentário e a outros fatores de risco entre estudantes do ensino médio pernambucano. A coleta analisada ocorreu entre abril e outubro de 2022.

A população-alvo foi formada por estudantes de 14 a 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas estaduais de ensino médio. A opção pela rede pública considerou sua expressiva participação nas matrículas, a necessidade de produzir evidências para políticas estaduais e a maior exposição a algumas condutas de risco apontada por levantamentos anteriores. Pernambuco possuía

185 municípios, cinco mesorregiões geográficas (Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão Pernambucano e Sertão do São Francisco) e 16 Gerências Regionais de Educação, estrutura utilizada na organização da amostra.

A seleção foi realizada por conglomerados em dois estágios. No primeiro, escolas foram sorteadas de forma estratificada segundo densidade de escolas e estudantes nas regiões e porte da unidade: pequeno, com menos de 200 estudantes; médio, de 200 a 499; e grande, com 500 ou mais. No segundo estágio, turmas foram selecionadas considerando turno e série do ensino médio. Escolas regulares, semi-integrais e integrais foram contempladas no planejamento.

O dimensionamento utilizou o programa SampleXS. Foram adotados os seguintes parâmetros: população-alvo de 254.248 estudantes, intervalo de confiança de 95%, erro máximo tolerável de 2 pontos percentuais, efeito de delineamento amostral igual a 2,0, prevalência estimada de 50% e acréscimo de 20% para perdas e recusas. O cálculo inicial indicou que aproximadamente 5.667 participantes deveriam ser recrutados; o planejamento operacional foi ampliado para cerca de 6.000 estudantes, distribuídos por 84 escolas conforme a representação das mesorregiões e Gerências Regionais de Educação.

INSTRUMENTO, COLETA E ANÁLISE

O instrumento derivou de versão traduzida e adaptada do Global School-based Student Health Survey, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar comportamentos de risco à saúde de adolescentes. O questionário autoaplicável continha 176 itens e foi respondido eletronicamente em tablets Samsung Galaxy, por meio do software Sphinx Mobile. O tempo de aplicação variou de 40 a 60 minutos. A testagem-piloto, realizada em abril de

2022, apresentou coeficientes Kappa de 0,52 a 1,00, indicando reprodutibilidade de moderada a elevada para a maioria dos itens.

Antes do trabalho de campo, coordenadores, pesquisadores e auxiliares participaram de reuniões e treinamentos para padronizar a aplicação do questionário e as medidas previstas no protocolo. Três equipes cobriram as diferentes regiões do estado. Participaram da coleta estudantes de mestrado e doutorado dos programas de pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB e Hebiatria da UPE, além de avaliadores da Universidade Federal do Vale do São Francisco e da Universidade Federal de Pernambuco. Após o questionário, foram realizadas medidas antropométricas e testes físicos segundo protocolo do estudo.

A percepção de saúde foi medida pela pergunta: "De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?". As respostas excelente, boa, regular e ruim foram agrupadas em percepção positiva (excelente ou boa) e negativa (regular ou ruim). A atividade física habitual foi investigada pelo número de dias de uma semana típica em que o adolescente realizava pelo menos 60 minutos de atividades moderadas a vigorosas. Foram classificados como ativos os que relataram cinco ou mais dias por semana e como insuficientemente ativos os que relataram menos de cinco dias.

O deslocamento foi classificado como ativo quando realizado a pé ou de bicicleta e inativo quando o estudante utilizava carro, motocicleta ou ônibus. Também foram analisados sexo, idade, cor da pele, escolaridade materna, situação conjugal, local de residência, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, número de amigos, sentimento de tristeza, tempo diário de televisão e índice de massa corporal.

Os dados foram tabulados no Sphinx e analisados no Stata, versão 14. Empregaram-se frequências absolutas e relativas, intervalos de confiança, testes de associação e regressão logística binária.

As relações da atividade física habitual e do deslocamento ativo com a percepção negativa de saúde foram examinadas separadamente, primeiro em modelos brutos e depois com ajuste por potenciais fatores de confusão. Os resultados foram expressos em *Odds Ratio*, intervalos de confiança de 95% e valores de p, adotando-se significância inferior a 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco, sob o Parecer nº 4.449.705. A participação foi voluntária, sem remuneração e ocorreu após anuência da Secretaria Estadual de Educação, das Gerências Regionais e das escolas. Adolescentes menores de 18 anos apresentaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por responsáveis e assinaram o Termo de Assentimento; participantes com 18 anos ou mais assinaram o próprio consentimento.

Os estudantes foram informados sobre objetivos, confidencialidade e uso exclusivamente científico dos dados. Também receberam orientação para não inserir nome ou outra identificação pessoal no questionário e puderam interromper sua participação a qualquer momento. Não foram empregadas técnicas invasivas de coleta biológica. Essas medidas foram essenciais para proteger privacidade, voluntariedade e integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual dos participantes.

QUEM SÃO OS ADOLESCENTES INVESTIGADOS

Entre os 4.514 participantes, 54,6% eram do sexo feminino e 50,8% tinham entre 14 e 16 anos. A maioria declarou cor da pele não branca, 69,3%; era solteira, 88,7%; e residia em área urbana, 76,0%.

Entre os estudantes com informação sobre escolaridade materna, 52,6% relataram que a mãe havia concluído o ensino médio ou alcançado escolaridade superior. O índice de massa corporal médio foi de 22,1 kg/m², com desvio-padrão de 4,6 e variação de 12,6 a 56,6 kg/m².

Quanto aos comportamentos e aspectos psicossociais, 7,2% relataram tabagismo, 29,3% consumo de álcool e 3,8% uso de drogas. A maior parte informou ter dois ou mais amigos, 79,8%, enquanto 51,8% referiram sentimento de tristeza. O tempo de televisão foi elevado: 76,6% assistiam a mais de duas horas por dia, 13,4% até duas horas e 10,0% não assistiam. Esses indicadores mostram que a atividade física se insere em um conjunto de experiências de saúde, e não em um compartimento isolado (Piola *et al.*, 2020).

A percepção de saúde foi positiva para 70,1% dos adolescentes. A atividade física habitual insuficiente alcançou 73,6%. No deslocamento para a escola, 53,6% utilizavam formas inativas e 46,4% caminhavam ou usavam bicicleta. O quadro revela a coexistência de elevada inatividade habitual, tempo prolongado de televisão e presença relevante de sofrimento subjetivo.

Tabela 1 — Síntese dos principais indicadores do estudo

Indicador	Resultado
Amostra final	4.514 adolescentes
Percepção de saúde negativa	29,8%
Atividade física habitual insuficiente	73,6%
Deslocamento inativo para a escola	53,6%
Televisão por mais de 2 horas/dia	76,6%
Atividade habitual insuficiente × percepção negativa	OR ajustada 1,84 (IC95% 1,51–2,25); p < 0,001
Deslocamento inativo × percepção negativa	OR ajustada 1,07 (IC95% 0,93–1,24); sem associação estatística

Fonte: elaboração da autora com base em Almeida (2024).

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E DESLOCAMENTO

A insuficiência de atividade física habitual foi mais frequente entre meninas: 80,7%, diante de 65,0% entre meninos. Também se observaram proporções elevadas entre residentes na zona rural, 77,8%; adolescentes com nenhum ou um amigo, 76,2%; e aqueles que relataram tristeza, 77,1%. Entre os que não referiram tristeza, a prevalência foi de 69,7%. A escolaridade materna apresentou gradiente: 81,7% dos filhos de mães que não estudaram eram insuficientemente ativos, em comparação com 70,0% entre aqueles cujas mães possuíam ensino médio completo ou mais.

Essas diferenças devem ser interpretadas como expressão de oportunidades desiguais. Desde a infância, meninos costumam receber maior estímulo para esportes e brincadeiras vigorosas, enquanto meninas podem ser direcionadas a atividades domésticas ou sedentárias e enfrentar maior vigilância sobre seus deslocamentos. A literatura também relaciona menor prática a falta de espaços adequados, insegurança e menor acesso a bens e serviços, especialmente em territórios vulnerabilizados (Lippo *et al*., 2010; Ferreira *et al*., 2018).

No domínio do deslocamento, 56,8% das meninas e 49,6% dos meninos utilizavam meios inativos. A desigualdade territorial foi ainda mais marcada: 76,6% dos adolescentes rurais eram inativos no trajeto escolar, contra 46,2% dos residentes urbanos. Em áreas rurais, distâncias extensas e dependência do transporte escolar podem explicar parte desse resultado (Menezes; Duarte, 2015; Nogueira *et al*., 2019). Consequentemente, classificar o transporte motorizado como "inatividade" descreve o domínio analisado, mas não deve ser convertido em julgamento sobre motivação individual.

Os achados dialogam com análises da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, que identificaram desigualdades sociodemográficas na atividade física de lazer e no deslocamento ativo (Hallal *et al*.,

2010; IBGE, 2021). [jr1] Também convergem com pesquisas pernambucanas que mostram maior inatividade entre meninas e relação entre prática, participação nas aulas de Educação Física e aspectos de sociabilidade (Santos *et al*., 2015; Cavalcanti *et al*., 2020).

PERCEPÇÃO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

A percepção negativa de saúde foi mais prevalente entre meninas, alcançando 39,0%, enquanto entre meninos foi de 18,8%. A diferença sugere que o gênero influencia tanto exposições e experiências de sofrimento quanto a maneira de reconhecer e comunicar o próprio estado de saúde. Pesquisas anteriores apontam que adolescentes do sexo feminino tendem a considerar dimensões físicas, emocionais e sociais de modo mais abrangente, ao mesmo tempo que enfrentam maior pressão estética, desigualdade e sofrimento emocional (Matias *et al.,* 2017; Silva *et al*., 2018).

A percepção negativa também foi mais frequente entre adolescentes expostos ao tabagismo, 38,6%, do que entre os não expostos, 29,2%; e entre os que consumiam álcool, 34,9%, em comparação com 27,8% entre os que não consumiam. Esses comportamentos podem estar ligados à busca de pertencimento, ao manejo de pressões emocionais e a contextos sociais de risco. A associação não permite concluir causalidade, mas indica a necessidade de abordagens integradas, sem moralização.

Os indicadores psicossociais apresentaram diferenças expressivas. Entre adolescentes com nenhum ou um amigo, 37,6% avaliaram a saúde negativamente, contra 27,9% entre aqueles com dois ou mais amigos. Entre os que relataram tristeza, 42,8% apresentaram percepção negativa; entre os que não relataram, a proporção foi de 15,9%. A magnitude dessas diferenças reforça que vínculos e saúde emocional participam da avaliação que o jovem faz de sua saúde e devem compor a escuta clínica e escolar.

A prevalência de percepção negativa foi de 33,3% entre insuficientemente ativos e 20,1% entre ativos. No deslocamento, as proporções foram próximas: 30,6% entre os que utilizavam formas inativas e 29,0% entre os que caminhavam ou pedalavam. Esse contraste antecipou o resultado dos modelos de regressão: a relação foi consistente para atividade habitual, mas não para o modo de chegar à escola.

O QUE MOSTRAM OS MODELOS AJUSTADOS

Na análise bruta, adolescentes insuficientemente ativos apresentaram quase o dobro da chance de percepção negativa em comparação com os ativos: OR = 1,98; IC95% 1,65–2,38; p < 0,001. Depois do ajuste por sexo, escolaridade materna, local de residência, tabagismo, consumo de álcool, comportamento sedentário, isolamento social, tristeza e índice de massa corporal, a associação permaneceu estatisticamente significativa: OR = 1,84; IC95% 1,51–2,25; p < 0,001.

Em termos epidemiológicos, o modelo ajustado indica uma chance 84% maior de percepção negativa entre os insuficientemente ativos. A permanência da associação após o controle de múltiplos fatores sustenta a hipótese de que a prática habitual está vinculada à maneira como adolescentes percebem a própria saúde. O resultado é coerente com estudos que identificam relação entre maior atividade física e autopercepção positiva, bem como com revisões que associam inatividade e comportamento sedentário a avaliações menos favoráveis de saúde (Pacífico *et al*., 2020; Wang *et al*., 2022; Zhang; Lu; Wu, 2020).

A estratificação por sexo mostrou associação nos dois grupos, porém com magnitudes distintas. Entre meninas insuficientemente ativas, a chance ajustada de percepção negativa foi 43% maior: OR = 1,43; IC95% 1,08–1,91; p = 0,012. Entre meninos insuficientemente ativos, foi 147% maior: OR = 2,47; IC95% 1,88–3,24; p < 0,001. Os

modelos específicos consideraram conjuntos de covariáveis adequados a cada estrato.

A maior razão de chances observada entre meninos não significa que as meninas estejam em melhor situação. Elas apresentaram prevalências mais elevadas tanto de atividade insuficiente quanto de percepção negativa. A estratificação mostra que sexo modifica a magnitude da associação, enquanto as frequências descritivas revelam uma carga maior entre adolescentes do sexo feminino. As duas informações devem ser interpretadas conjuntamente para evitar conclusões equivocadas.

Para o deslocamento, não foi identificada associação estatística com percepção negativa, inclusive após análises por sexo e nível de atividade física habitual. O modelo apresentado na dissertação indicou OR ajustada = 1,07; IC95% 0,93–1,24. O resultado não reduz a importância da mobilidade ativa para a saúde, o ambiente e a autonomia; mostra apenas que, nesta amostra e com esta medida, o modo de deslocamento não explicou as diferenças na autopercepção de saúde.

LEITURAS MULTIDISCIPLINARES DOS ACHADOS

Os resultados apontam para um olhar holístico, para a necessidade de uma agenda de cuidado que ultrapasse a prescrição individual de exercícios físicos. Profissionais de Educação Física podem ampliar experiências corporais prazerosas e inclusivas, respeitando preferências, gênero, deficiência e repertórios culturais. Equipes médicas e de enfermagem podem incorporar perguntas breves sobre movimento, sono, humor, vínculos e barreiras territoriais às consultas. Psicologia e serviço social contribuem para compreender tristeza, isolamento, relações familiares, discriminação e acesso a direitos. Nutrição e saúde bucal podem integrar orientações sem reforçar estigmas relacionados ao corpo.

Na escola, as aulas de Educação Física constituem espaço estratégico, desde que promovam participação e não reproduzam exclusões baseadas em habilidade, corpo ou gênero. A oferta de diferentes modalidades (esportes, danças, lutas, jogos, práticas de aventura e atividades comunitárias) amplia a possibilidade de cada adolescente encontrar uma prática significativa. Grêmios, lideranças juvenis e famílias podem participar da identificação de barreiras e da construção de atividades que façam sentido para o território.

A elevada prevalência de inatividade no deslocamento rural chama atenção para políticas de mobilidade e planejamento territorial. Não é razoável recomendar caminhada ou bicicleta quando há grandes distâncias, ausência de acostamento, violência ou clima desfavorável. A resposta intersetorial pode envolver transporte escolar seguro, qualificação dos entornos, iluminação, calçadas, ciclovias, acesso a equipamentos comunitários e oferta de atividades no próprio território. Promoção da saúde precisa ser viável e segura.

A associação entre tristeza, isolamento e percepção negativa recomenda integrar promoção da atividade física e cuidado em saúde mental. Práticas corporais podem favorecer pertencimento, prazer e apoio entre pares, mas não substituem avaliação e acompanhamento quando há sofrimento persistente ou risco. Da mesma forma, a abordagem do tabaco, do álcool e de outras drogas deve investigar contexto e função do uso, oferecer intervenções breves e articular proteção, em vez de limitar-se a advertências.

Uma estratégia factível é construir planos compartilhados com metas graduais. Em vez de apenas orientar "faça mais atividade física", a equipe pode perguntar quais práticas o adolescente gosta de realizar, e com quem ele poderia realizá-las, que espaços estão disponíveis e qual obstáculo precisa ser enfrentado primeiro. A monitorização deve valorizar bem-estar, participação e continuidade, não somente desempenho ou peso corporal. Esse modo de cuidar reconhece o adolescente como participante ativo das decisões.

Os achados também apoiam vigilância periódica. Indicadores devem ser analisados por sexo, idade, raça/cor, escolaridade familiar e território, pois médias estaduais podem esconder desigualdades. A escola e a Atenção Primária à Saúde podem compartilhar análises agregadas e planejar ações, preservando a confidencialidade. O vínculo do Projeto Atitude com programas de pós-graduação e universidades demonstra o potencial da cooperação científica para produzir conhecimento aplicável às políticas públicas.

LIMITES E POTENCIALIDADES

A interpretação requer reconhecer limitações. O delineamento transversal mede exposição e desfecho no mesmo período e, portanto, não estabelece temporalidade nem causalidade. Não é possível afirmar se a atividade insuficiente contribuiu para pior percepção, se adolescentes que percebiam a saúde negativamente reduziram sua atividade ou se ambos os fenômenos foram influenciados por fatores não medidos. Estudos longitudinais podem esclarecer a direção das relações.

As informações foram autorreferidas, o que introduz possibilidade de erro de memória, compreensão e registro. A pergunta sobre atividade física habitual sintetiza frequência, duração e intensidade, mas não descreve detalhadamente tipo, contexto ou prazer associado à prática. A classificação do deslocamento também não mede distância, duração, segurança ou combinação entre diferentes meios de transporte. Esses aspectos podem ajudar a explicar a ausência de associação nesse domínio.

Como potencialidades, destacam-se o tamanho amostral, a abrangência estadual e o planejamento por conglomerados, que incluiu adolescentes de ambos os sexos, diferentes regiões e áreas urbanas e rurais. A padronização da coleta, o uso de instrumento testado e o ajuste por múltiplos fatores aumentam a robustez analítica.

Diante da escassez de dados específicos de Pernambuco, o estudo oferece linha de base relevante para comparações futuras e planejamento de intervenções.

O principal valor científico está na articulação de duas medidas simples e úteis para serviços e inquéritos: prática habitual e percepção de saúde. A identificação de uma associação consistente, acompanhada de diferenças por sexo e território, permite formular hipóteses e prioridades sem apagar a complexidade. Ao mesmo tempo, o resultado nulo para deslocamento recorda que políticas devem apoiar-se em evidências específicas de cada domínio.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estudo demonstrou associação entre níveis insuficientes de atividade física habitual e percepção negativa de saúde entre adolescentes matriculados em escolas públicas de ensino médio de Pernambuco. Após o ajuste por fatores demográficos, comportamentais, psicossociais e antropométricos, os insuficientemente ativos apresentaram chance 84% maior de referir uma percepção negativa de saúde. A associação esteve presente em meninas e meninos, com diferentes magnitudes.

Não foi observada associação estatística entre deslocamento ativo e percepção de saúde. Esse achado reforça a necessidade de diferenciar os domínios da atividade física e compreender as condições que organizam a mobilidade, especialmente no meio rural. A ausência de associação com um desfecho específico não autoriza desconsiderar outros benefícios da caminhada e da bicicleta, mas impede extrapolações não sustentadas pelos dados.

A elevada frequência de atividade física insuficiente, tempo de televisão, tristeza e percepção negativa sinalizam a necessidade

de estratégias articuladas. Escola, Atenção Primária à Saúde, programas de esporte e lazer, assistência social, planejamento urbano e universidades podem construir respostas que ampliem oportunidades seguras, prazerosas e inclusivas de movimento. Essas ações devem considerar gênero, território, vínculos e condições materiais, reconhecendo que as adolescências são plurais.

Promover atividade física, nesse contexto, é também promover autonomia, convivência, acesso ao espaço público e saúde mental. O cuidado científico e ético evita culpabilizar o adolescente e transforma resultados epidemiológicos em perguntas práticas: que atividades são desejadas, quais barreiras persistem, quem está sendo excluído e como a rede pode responder? Ao colocar essas questões no centro, as evidências do Projeto Atitude contribuem para políticas e práticas mais equitativas de saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Deisyelle Sibaldina da Silva. **Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes de Pernambuco**. 2024. 62 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) — Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade de Pernambuco; Universidade Federal da Paraíba, Recife, 2024.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; DUARTE, Cristiane S. Adolescência e saúde coletiva: entre o risco e o protagonismo juvenil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3296, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

CARVALHO, Priscila Diniz de *et al*. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 227-232, 2011.

CAVALCANTI, Lailah Maria Luiza Gonzaga *et al*. Prevalência de inatividade física e fatores associados em estudantes do estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 24, p. 153-160, 2020.

DUMITH, Samuel Carvalho. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde,** Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 110-120, 2008.

FERREIRA, Rodrigo Wiltgen *et al*. Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00037917, 2018.

HALLAL, Pedro Curi *et al*. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3035-3042, 2010.

LIPPO, Bruno Rodrigo da Silva *et al*. Fatores determinantes de inatividade física em adolescentes de área urbana. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 520-524, 2010.

MARCO, Jean Carlos Parmigiani de *et al*. Isolated and combined association of excessive screen time and physical inactivity with negative self-rated health in adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 41, e2022077, 2023.

MATIAS, Thiago Sousa *et al*. O estágio de manutenção para o exercício está associado a uma melhor percepção de diferentes indicadores de saúde na adolescência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 5, p. 479-485, 2017.

MENDONÇA, Gerfeson; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 174-180, 2012.

MENEZES, Aldemir Smith; DUARTE, Maria de Fátima da Silva. Condições de vida, inatividade física e conduta sedentária de jovens nas áreas urbana e rural. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte,** São Paulo, v. 21, n. 5, p. 338-344, 2015.

NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé *et al*. Atividade física em populações rurais do Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 228-240, 2019.

NUVIALA, Alberto; RUIZ JUAN, Francisco; NUVIALA, Román. Actividad física y autopercepción de la salud en adolescentes. **Pensar en Movimiento**, San José, v. 8, n. 1, p. 34-41, 2011.

PACÍFICO, Aline Bernardes *et al*. Comparação da percepção de qualidade de vida entre adolescentes praticantes e não praticantes de esporte no contraturno escolar. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 548-555, 2020.

PIOLA, Tânia Silveira *et al*. Nível insuficiente de atividade física e elevado tempo de tela em adolescentes: impacto de fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2803-2812, 2020.

REICHERT, Felipe Fossati; LOCH, Mathias Roberto; CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

SANTOS, Simone José dos *et al*. Associação entre prática de atividades físicas, participação nas aulas de Educação Física e isolamento social em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 543-550, 2015.

SILVA, Bruno Rafael Vieira Souza *et al.* Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2909-2916, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar:** 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 156 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

VANCEA, Luiza Araújo *et al.* Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 246-254, 2011.

WANG, Yiming *et al.* Vigorous physical activity and self-rated health during adolescence: a cross-sectional survey. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 10, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128. Acesso em: 11 jan. 2023.

ZHANG, Tong; LU, Guang; WU, Xiang-Yu. Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, London, v. 20, n. 1, p. 1-16, 2020.

12

Gabriela da Silva Paes
Luíza Andrade de Oliveira
Fabiana Godoy

PERFIL DA ATLETA ADOLESCENTE DE FUTEBOL NA ERA DIGITAL:

UM ESTUDO PILOTO

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.12

INTRODUÇÃO

O futebol feminino brasileiro carrega uma trajetória histórica de exclusão, preconceito e barreiras institucionais acentuadas. Por quase quatro décadas, a prática de esportes considerados incompatíveis com as condições da natureza feminina foi legalmente proibida por força de um Decreto-Lei federal, restrição legal que perdurou até o ano de 1979 (Goellner, 2005). Embora as últimas décadas tenham testemunhado avanços indiscutíveis em termos de visibilidade e profissionalização do futebol de campo para mulheres, a base de formação esportiva feminina ainda ressente-se de disparidades estruturais severas. Isso inclui limitações na infraestrutura física, escassez de suporte médico especializado e uma precarização logística que frequentemente empurra os horários de treinamento para o final da noite (Del Priore, 2004; Goellner, 2005; Scott, 1995).

Adicionalmente, o esporte de formação ocorre durante a adolescência, etapa caracterizada por profundas transformações biopsicossociais, maturação biológica e reconstrução de identidades (Papalia; Feldman, 2013). Para atletas do sexo feminino, esse cenário se sobrepõe a crescentes demandas físicas de carga de treinamento e às exigências acadêmicas, gerando estressores singulares (Emmonds *et al.*, 2020). Dessa forma, compreender a intensidade e os padrões de utilização das telas constitui uma dimensão relevante para a investigação da rotina e dos hábitos de adolescentes.

Além disso, a rotina de lazer e recuperação do adolescente contemporâneo sofre a influência direta da chamada "Era Digital". A onipresença de smartphones e o acesso contínuo à internet criam um cenário de hiperconectividade que prolonga o estado de alerta cognitivo e a estimulação visual ao longo do dia, estendendo-se frequentemente até o período noturno (Owens *et al*., 2014). Esse uso excessivo de telas pode resultar em uma sobrecarga cognitiva conhecida como fadiga mental (Smith *et al*., 2018). Em jovens atletas,

a exposição prolongada a mídias digitais e redes sociais compete diretamente com o tempo necessário para o estudo e para a recuperação física passiva e descanso fisiológico (Greca; Silva; Loch, 2016). Além disso, o comportamento sedentário associado ao uso recreativo de telas (> 2 horas diárias) está associado a piores desfechos de saúde física geral, contrapondo-se às necessidades de atletas em formação que demandam períodos efetivos de descompressão mental e relaxamento muscular para otimização do rendimento (Greca; Silva; Loch, 2016; Santos *et al*., 2021).

Apesar dos claros impactos da exposição extrema às telas na saúde física e mental, as ciências do esporte historicamente pautaram-se por um viés androcêntrico, no qual a quase totalidade das diretrizes de controle de carga cognitiva, recuperação e uso de tecnologia baseia-se em coortes compostas exclusivamente por atletas adultos do sexo masculino, desconsiderando as especificidades socioculturais do futebol feminino juvenil (Costello; Bieuzen; Bleakley, 2014; Emmonds; Heyward; Jones, 2019). A utilização de dispositivos eletrônicos de forma desregulada, especialmente em momentos próximos a sessões intensas de treino, pode agravar a fadiga mental pós-exercício, uma vez que a manutenção de atividades cognitivamente estimulantes esgota os recursos atencionais e o foco necessários para o rendimento tático e motor (Fortes *et al*., 2019; Smith *et al*., 2018).

Frente a esse cenário, e dada a escassez de estudos nacionais que alinhem os fatores tecnológicos modernos e as vulnerabilidades de gênero em atletas de futebol, o presente trabalho propõe um estudo piloto. O objetivo principal deste estudo é descrever o perfil de acesso, conectividade e intensidade de uso de tecnologias digitais em atletas adolescentes brasileiras de futebol feminino, considerando a posse de dispositivos, o acesso à internet e o tempo diário de exposição às telas, mapeando, paralelamente, suas características sociodemográficas e de inserção na cultura digital, a fim de subsidiar futuras estratégias de saúde e performance baseadas em dados empíricos reais.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

Trata-se de um estudo piloto transversal, descritivo e exploratório, conduzido com uma amostra de 42 atletas adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas na faixa etária biológica de 13 a 19 anos, ativas em clubes de futebol de base. Foram excluídas da análise crianças de 12 anos ou menos para garantir a homogeneidade do perfil de maturação puberal e escolar das participantes.

LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. Recife conta com uma população de aproximadamente 1.488.920 habitantes e densidade demográfica de 6.803,60 habitantes por km² (IBGE, 2023). Aproximadamente 15,97% dessa população é composta por adolescentes entre 10 e 19 anos.

POPULAÇÃO-ALVO

Para superar as lacunas históricas androcêntricas na literatura de ciências do esporte, na qual as diretrizes de sono e recuperação baseiam-se quase exclusivamente em coortes compostas por atletas adultos do sexo masculino, a população-alvo deste estudo foi formada exclusivamente por atletas adolescentes do sexo feminino, com idade entre 10 e 19 anos, que compõem as equipes de futebol feminino de base dos principais clubes da cidade do Recife. A escolha do público feminino juvenil visou compreender as características de acesso e utilização das tecnologias digitais entre

adolescentes inseridas em contextos de formação esportiva, considerando as demandas próprias da adolescência, da escolarização e da rotina de treinamento.

Critérios de Inclusão:

- Adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos;
- Atletas ativas que praticam futebol de campo nas categorias de formação ou equipe profissional dos clubes participantes.

Critérios de Exclusão:

- Adolescentes que apresentaram alguma desordem cognitiva e/ou neurológica ou síndrome que inviabilizasse a compreensão e o preenchimento autônomo dos questionários;
- Adolescentes sob tratamento psiquiátrico ativo.

COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi conduzida de forma presencial no segundo semestre de 2024 por pesquisadoras devidamente treinadas e calibradas. O processo de calibração envolveu avaliações duplas em 10% da amostra, obtendo um coeficiente Kappa superior a 0,85, garantindo consistência técnica e confiabilidade interexaminador. Toda a coleta ocorreu nas instalações físicas dos clubes, em ambientes reservados e sob estrito sigilo, sem a presença de técnicos, diretores ou membros da comissão esportiva, com o intuito de evitar constrangimentos ou respostas enviesadas.

Questionário sociodemográfico

Adaptado do modelo de Fattore *et al*. (2016), o questionário foi especificamente customizado para incorporar as variáveis críticas do contexto contemporâneo das atletas adolescentes de futebol feminino identificadas no estudo piloto.

Os dados foram coletados por meio de questionários autoaplicados contendo dois blocos de investigação:

1. **Perfil Sociodemográfico:** origem da rede escolar (pública ou privada) e recebimento de incentivo financeiro por meio do programa de bolsas..
2. **Perfil de Acesso e Intensidade Digital:** posse de aparelho celular individual com acesso à internet e tempo diário estimado de uso de telas.

TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para garantir a integridade dos dados coletados, estes foram digitados em regime de dupla entrada no Epidata 3.1 e validados antes de serem exportados para o *software IBM SPSS Statistics* versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Inicialmente, foi realizada uma análise estatística descritiva, utilizando médias e desvios padrão (ou medianas e intervalos interquartílicos) para as variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas (com os respectivos intervalos de confiança de 95%) para as variáveis categóricas. A normalidade das distribuições contínuas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Adotou-se em todas as análises inferenciais um nível de significância bicaudal de 5% ($p < 0,05$).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo está rigorosamente estruturado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas nas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto original foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE) via Plataforma Brasil, recebendo o parecer consubstanciado número 5.510.806 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 59022122.2.0000.5207.

RESULTADOS

A análise do perfil socioeconômico e esportivo revelou que a amostra é majoritariamente oriunda da rede pública de ensino. No que se refere à conectividade e inserção digital, observou-se uma inclusão digital quase universal das atletas adolescentes, as quais possuem smartphone individual com conexão à internet. Desse contingente conectado, aproximadamente um terço relata uma exposição superando as 8 horas diárias de uso ativo. Esse expressivo tempo diário de exposição digital indica um padrão específico de uso no ambiente virtual, o qual consome uma parte do período diário disponível para lazer, estudo e recuperação das atletas.

Tabela 1 - Características escolares, recebimento de bolsa e uso de celular entre atletas de futebol do sexo feminino de 13 a 19 anos (N = 42)

Variável / Indicador Analisado	Frequência (%)	Respostas válidas	Classificação / Escopo
Origem Escolar: Escola Pública	69,0%	42	Contexto Escolar (n=29)
Suporte Social: Recebe Bolsa	22,0%	41	Apoio Financeiro (n=9)
Acesso Digital: Celular com Internet	97,6%	41	Inclusão Digital (n=40)
Intensidade de Tela: > 8 horas/dia	34,5%	29	Exposição (n=10)

Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Percebe-se que a conectividade digital atua de forma maciça: 97,6% das atletas portando smartphones pessoais com acesso irrestrito à internet e um terço (34,5%) superando a barreira de 8 horas diárias de uso ativo das telas; constatando-se grande exposição virtual. Esse comportamento atua diretamente na cronobiologia juvenil, potencializando o atraso de fase na secreção da melatonina (Carskadon, 2011). A estimulação neurocognitiva das mídias sociais no período noturno atrasa intencionalmente o início do repouso, enquanto os alarmes para as aulas matutinas nas escolas públicas interrompem bruscamente a fase de sono REM. Esse descompasso entre ritmo biológico e obrigações sociais resulta no quadro de restrição crônica documentado.

A inserção das tecnologias digitais na adolescência deve ser analisada considerando as características próprias dessa etapa do desenvolvimento. A puberdade é acompanhada por modificações no sistema circadiano, incluindo tendência a horários mais tardios de sono (Carskadon, 2011). Nesse contexto, o uso de dispositivos eletrônicos, especialmente durante o período noturno, constitui um aspecto relevante da rotina adolescente, uma vez que a exposição à luz e a realização de atividades estimulantes por meio desses dispositivos podem interferir no período destinado ao repouso (Owens *et al*., 2014).

O tempo gasto de forma recreativa em dispositivos móveis cria o que a literatura denomina de "fenômeno do deslocamento de tempo" (*time displacement hypothesis*). O aumento progressivo no uso de telas na adolescência, especialmente em meninas, está diretamente associado a um comportamento mais sedentário e a uma redução nos níveis de atividade física espontânea fora dos treinamentos estruturados (Greca; Silva; Loch, 2016). No contexto de atletas de futebol feminino de base, que já cumprem uma rotina

intensa de treinamentos físicos, o uso de mais de 8 horas de telas consome praticamente todo o tempo disponível para recuperação ativa, alimentação balanceada, socialização presencial e atividades acadêmicas. O comportamento sedentário de tela pode prejudicar a prontidão física geral e a regeneração muscular após o esforço, uma vez que as atletas permanecem por longos períodos em posturas estáticas que comprometem o fluxo sanguíneo e a flexibilidade muscular, contrapondo-se às diretrizes de recuperação atlética ideal (Greca; Silva; Loch, 2016; Santos *et al*., 2021).

Adicionalmente, a vulnerabilidade do perfil delineado manifesta-se no campo socioeconômico e social de gênero. No esporte feminino de base, as jogadoras frequentemente enfrentam infraestruturas de treino precarizadas, longos trajetos de transporte público e treinos marcados para horários tardios (fim da noite), pois os horários nobres de quadras e campos costumam ser prioritariamente cedidos ou locados para o segmento masculino (Goellner, 2005, 2008). O retorno tardio dos treinos noturnos atrasa ainda mais a refeição pós-esforço e o relaxamento necessário para iniciar o sono, forçando o despertar precoce na manhã seguinte para a jornada escolar. Assim, conforme analisado por Del Priore (2004) e conceitualizado por Scott (1995), a situação vivida por essas jovens não decorre de uma simples indisciplina individual, mas sim de uma violência estrutural de gênero que perpetua a desigualdade institucional de suporte e acesso aos recursos esportivos.

Para além das implicações físicas de cunho sedentário, o uso excessivo de mídias digitais e redes sociais antes ou após as sessões de treino impõe uma demanda cognitiva constante, gerando fadiga mental. No futebol, um esporte caracterizado pela alta complexidade tática, tomada de decisão rápida e necessidade de atenção sustentada, a fadiga mental tem sido apontada como um fator limitante do desempenho técnico e tático (Smith *et al*., 2018). O estado de alerta cognitivo e a estimulação visual promovidos pela navegação persistente em smartphones podem esgotar os recursos

de atenção e foco das atletas antes mesmo do início dos treinos (Owens *et al*., 2014).

Pesquisas recentes demonstram que atletas expostos a telas e aplicativos de redes sociais antes de sessões práticas apresentam menor precisão no passe, lentidão na tomada de decisão tática e um aumento significativo na percepção subjetiva de esforço durante o exercício, mesmo sem alterações nos parâmetros fisiológicos de carga física (Fortes *et al*., 2019; Smith *et al*., 2018). Portanto, o tempo de tela documentado neste estudo piloto atua como um potencial estressor cognitivo invisível que poderia chegar a limitar a performance e a assimilação de conceitos táticos importantes no futebol de base feminina.

É importante salientar que o impacto da restrição de sono e da fadiga cognitiva sobre o desempenho atlético já foi documentado em jovens atletas de outras modalidades esportivas de alta exigência neuromuscular, tais como a ginástica artística feminina e o handebol (Dumortier *et al*., 2018; Guembri *et al*., 2023). Em atletas adolescentes, a privação crônica e os hábitos inadequados de sono correlacionam-se diretamente com o aumento do risco de lesões musculoesqueléticas e com uma severa interferência de sintomas físicos e emocionais pré-menstruais na performance geral (Estivill-Domènech *et al*., 2018; Takeda *et al*., 2020). No contexto específico deste estudo piloto com atletas de futebol, a hiperconectividade digital atua como mais um vetor desse ciclo, demandando que intervenções institucionais de recuperação passem a contemplar estratégias ativas de higiene do sono e controle dietético-nutricional voltadas ao repouso (Halson, 2014).

Como estudo piloto, este trabalho cumpre a função de mapear esse cenário de sobrecarga cognitiva e tecnológica, justificando a implementação futura de ferramentas metodológicas multidimensionais e consolidadas na rotina das categorias de base femininas. O monitoramento regular através de instrumentos

validados e a introdução de programas educativos de bem-estar digital, incluindo estratégias práticas de restrição do uso de telas duas horas antes e após os treinamentos importantes, surgem como medidas de proteção à integridade e promoção de equidade na base esportiva feminina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu delinear o perfil de vulnerabilidade socioeconômica, de elevada conectividade digital e de exposição extrema ao tempo de tela em atletas adolescentes de futebol feminino. Os resultados indicam que, apesar da exigência de uma dupla jornada que divide o estudo público matutino e os treinamentos noturnos tardios, cerca de um terço das atletas mantém uma exposição a telas superior a 8 horas diárias. Essa hiperconectividade expõe as atletas em formação a um risco de fadiga mental e comportamento sedentário durante os períodos de lazer e deslocamento.

Os achados sinalizam a necessidade dos clubes de futebol de base feminina irem além do planejamento meramente físico e tático. Seria interessante, assim, implementar programas educativos de bem-estar digital e diretrizes de gerenciamento do tempo de tela, promovendo o uso consciente de dispositivos móveis antes e após os treinamentos para preservar os recursos atencionais e otimizar o rendimento tático. Assim, a mitigação da sobrecarga digital e o controle do tempo de tela deveriam deixar de ser tratados como responsabilidades individuais da atleta e passariam a ser integrados como indicadores institucionais fundamentais para a promoção da equidade de gênero, saúde cognitiva e excelência na formação de atletas contemporâneas.

REFERÊNCIAS

CARSKADON, Mary A. Sleep in adolescents: the perfect storm. **Pediatric Clinics of North America**, Filadélfia, v. 58, n. 3, p. 637–647, jun. 2011.

COSTELLO, Joseph T.; BIEUZEN, François; BLEAKLEY, Chris M. Where are all the female participants in Sports and Exercise Medicine research? **European Journal of Sport Science**, Abingdon, v. 14, n. 8, p. 847–851, nov. 2014.

DEL PRIORE, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004. ISBN: 978-85-7244-256-5.

DUMORTIER, Jasmien *et al.* Sleep, training load and performance in elite female gymnasts. **European Journal of Sport Science**, v. 18, n. 2, p. 151–161, 2018.

EMMONDS, Stacey; HEYWARD, Omar; JONES, Ben. The challenge of applying and undertaking research in female sport. **Sports Medicine - Open**, v. 5, n. 1, art. 51, 2019.

EMMONDS, Stacey *et al.* Physical characteristics of elite youth female soccer players characterized by maturity status. **Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 34, n. 8, p. 2321–2328, 2020.

ESTIVILL-DOMÈNECH, Carla *et al.* Do elite athletes sleep well? **Apunts. Medicina de l'Esport**, v. 53, n. 198, p. 47–54, 2018.

FATTORE, Tobia; MASON, Jan; WATSON, Elizabeth. **Children's understandings of well-being: towards a child standpoint**. Dordrecht: Springer, 2016.

FORTES, Leonardo de Sousa *et al.* Effect of exposure time to smartphone apps on passing decision-making in male soccer athletes. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 44, p. 35–41, set. 2019.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Mulheres e futebol no Brasil: entre sombras e visibilidades. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 143–151, abr./jun. 2005.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Feminismos, mulheres e esportes: questões epistemológicas sobre o fazer historiográfico. **Movimento**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 173–196, 2008.

GRECA, João Paulo de Aguiar; SILVA, Diego Augusto Santos; LOCH, Mathias Roberto. Physical activity and screen time in children and adolescents in a medium size town in the South of Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 316–322, set. 2016.

GUEMBRI, Mohamed Alaeddine *et al.* Evaluation of age based-sleep quality and fitness in adolescent female handball players. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 1, art. 330, 20

HALSON, Shona L. Sleep in elite athletes and nutritional interventions to enhance sleep. **Sports Medicine**, v. 44, supl. 1, p. S13–S23, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=35938. Acesso em: 19 ago. 2026.

OWENS, Judith; ADOLESCENT SLEEP WORKING GROUP; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 134, n. 3, p. e921–e932, set. 2014.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013. ISBN: 978-85-8055-217-1.

SANTOS, Arilene Maria da Silva *et al.* Are there differences between male and female badminton athletes in sleep, physical activity and sedentary time? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 174–178, abr./jun. 2021.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71–99, jul./dez. 1995.

SMITH, Mitchell R. *et al.* Mental fatigue and soccer: current knowledge and future directions. **Sports Medicine**, v. 48, n. 7, p. 1525–1532, jul. 2018.

TAKEDA, Takashi; YOSHIMI, Kana; IMOTO, Yoko; SHIINA, Masami. Associations between sleep habits and interference of premenstrual symptoms in athletic performance in Japanese adolescent athletes: a cohort study over a 2-year period. **Gynecological Endocrinology**, v. 36, n. 10, p. 885–889, 2020.

Eixo 4

DOENÇAS, AMBIENTE E SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

13

Dhebora Santos de Souza
Mirian Domingos Cardoso

TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES E JOVENS:

UM PROBLEMA PERSISTENTE DE SAÚDE PÚBLICA E OS DESAFIOS PARA O CUMPRIMENTO DO ODS 3.3

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.13

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como uma das mais importantes doenças infecciosas do mundo, apesar de ser prevenível, diagnosticável e tratável. Em 2024, estimou-se que 10,7 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose e que 1,23 milhão morreram em decorrência da doença, incluindo aproximadamente 150 mil pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). No mesmo ano, cerca de 1,2 milhão de crianças e adolescentes com menos de 15 anos adoeceram por tuberculose, demonstrando que a doença permanece relevante também entre as populações mais jovens (World Health Organization, 2025).

A persistência da tuberculose em um cenário no qual existem meios efetivos de prevenção e tratamento expressa um importante paradoxo sanitário. A permanência da doença não decorre exclusivamente das características biológicas do patógeno Mycobacterium tuberculosis, mas da interação entre condições materiais e sociais de vida, características clínicas, oportunidades diagnósticas, organização dos sistemas de saúde e capacidade de garantir a continuidade do tratamento (World Health Organization, 2025).

A magnitude da doença também evidencia sua relevância para a agenda internacional de desenvolvimento. Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta 3.3 estabelece o compromisso de acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas até 2030, além de combater a hepatite, as doenças de veiculação hídrica e outras doenças transmissíveis (United Nations, 2015).

Durante a pandemia de COVID-19, os sistemas de saúde passaram por importantes modificações em sua organização, com alterações na oferta de serviços, na circulação da população

e na utilização dos recursos disponíveis. No caso da tuberculose, essas mudanças ocorreram em diferentes etapas da assistência, incluindo diagnóstico, acompanhamento, tratamento e vigilância. Entretanto, os efeitos da pandemia sobre os desfechos terapêuticos não foram uniformes entre os diferentes contextos (Gunsaru; Henrion; McQuaid, 2024).

Em uma análise envolvendo 49 países de alta carga de tuberculose, Gunsaru, Henrion e McQuaid (2024) observaram alterações em alguns indicadores durante 2020 e 2021, mas não encontraram evidências suficientes para demonstrar um efeito sistemático global das disrupções associadas à pandemia sobre os resultados do tratamento. Dessa forma, a interpretação das mudanças observadas nesse período exige cautela e consideração das especificidades de cada contexto.

É nesse cenário que a população adolescente e jovem merece atenção específica. A transição entre infância e vida adulta envolve mudanças relacionadas à autonomia, escolarização, inserção profissional, mobilidade, relações familiares e utilização dos serviços de saúde. Quando associadas a condições sociais, econômicas e clínicas desfavoráveis, essas características podem dificultar o diagnóstico oportuno e a continuidade do tratamento (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

No Brasil, um estudo nacional realizado com pessoas de 10 a 24 anos notificadas entre 2015 e 2018 identificou 41.870 jovens elegíveis, dos quais 7.024 (17%) apresentaram desfechos terapêuticos desfavoráveis. Situação de rua, HIV e uso de drogas ilícitas estiveram entre os principais fatores associados aos desfechos desfavoráveis, evidenciando que a tuberculose na juventude se articula a diferentes contextos de vulnerabilidade (Chenciner *et al*., 2021).

Mais recentemente, outro estudo nacional envolvendo crianças e adolescentes brasileiros com tuberculose também identificou associação entre desfechos desfavoráveis e fatores como uso de álcool, drogas ilícitas, tabagismo, infecção pelo HIV e ausência de Tratamento Diretamente Observado (TDO) entre adolescentes. Esses achados reforçam que o resultado terapêutico não depende exclusivamente da prescrição do esquema farmacológico, mas também das condições sociais, clínicas e assistenciais nas quais o tratamento acontece (Santos *et al*., 2024).

No município do Recife, esse cenário assume particular importância. A análise de dados de jovens de 15 a 24 anos notificados para tuberculose entre 2015 e 2023 identificou 3.151 casos incluídos nas análises de perfil e tendência. Ao longo do período, observou-se crescimento estatisticamente significativo da taxa de abandono do tratamento, enquanto a taxa de cura apresentou redução significativa a partir de 2021 (Souza, 2026).

Diante desse cenário, discutir a tuberculose entre adolescentes e jovens significa ir além da descrição da ocorrência de uma doença infecciosa e examinar a capacidade do sistema de saúde de diagnosticar, acompanhar e conduzir cada pessoa até a conclusão do cuidado. Este capítulo apresenta um panorama da tuberculose entre adolescentes e jovens, discute condições relacionadas aos desfechos terapêuticos, aborda as possíveis repercussões da pandemia de COVID-19 e analisa os achados epidemiológicos observados entre jovens de 15 a 24 anos residentes no Recife, buscando refletir sobre caminhos necessários para aproximar o controle da tuberculose da meta estabelecida pelo ODS 3.3.

DESENVOLVIMENTO

TUBERCULOSE:
UMA DOENÇA QUE PERSISTE E CONTINUA A MATAR

A tuberculose é causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis* e pode se manifestar por diferentes formas clínicas, acometendo principalmente os pulmões. A infecção por *M. tuberculosis* pode permanecer sem evidências de doença ativa e, posteriormente, evoluir para tuberculose, especialmente quando ocorre comprometimento do sistema imunológico. A forma pulmonar é a apresentação mais frequente e apresenta particular relevância epidemiológica por estar associada à transmissão da doença (World Health Organization, 2025).

Embora a disponibilidade de métodos diagnósticos moleculares, esquemas terapêuticos eficazes e estratégias de prevenção tenha ampliado as possibilidades de controle, a tuberculose continua produzindo uma carga expressiva de doença. Durante os anos mais críticos da pandemia de COVID-19, a tuberculose foi temporariamente superada pela COVID-19 como principal causa de morte por um único agente infeccioso. Com a redução da mortalidade por COVID-19, a tuberculose voltou a ocupar essa posição e permaneceu como a principal causa de morte por um único agente infeccioso em 2024 (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2025).

A pandemia também evidenciou a importância da capacidade dos sistemas de saúde de manter ações essenciais para o controle da tuberculose em situações de emergência sanitária. Diagnóstico, rastreamento de contatos, acompanhamento terapêutico, TDO e vigilância epidemiológica podem sofrer alterações

quando os serviços são reorganizados para responder a outras demandas de saúde. Entretanto, as consequências dessas mudanças variam de acordo com as características dos sistemas e dos territórios (Gunsaru; Henrion; McQuaid, 2024).

É fundamental poder distinguir associação temporal de causalidade. Alterações observadas durante ou após a pandemia não são automaticamente atribuídas à COVID-19, uma vez que a evolução dos indicadores de tuberculose resulta da interação de múltiplas condições sociais, sanitárias e assistenciais. A própria evidência disponível sobre a relação entre infecção por SARS-CoV-2 e desfechos do tratamento da tuberculose permanece limitada. Uma revisão sistemática identificou evidências de baixa qualidade e não demonstrou associação consistente entre a coinfecção por SARS-CoV-2 e desfechos desfavoráveis do tratamento da tuberculose (Vadlamudi *et al*., 2023).

No contexto local, portanto, alterações nos indicadores devem ser interpretadas à luz de possíveis mudanças no acesso, na organização dos serviços e na continuidade do cuidado, sem estabelecer automaticamente uma relação causal direta entre COVID-19 e cada desfecho observado (Gunsaru; Henrion; McQuaid, 2024).

Outro componente que mantém a tuberculose como problema de saúde pública é a resistência aos medicamentos. A tuberculose drogarresistente representa uma ameaça adicional porque restringe as opções terapêuticas e torna o cuidado mais complexo. Em 2024, apenas cerca de duas em cada cinco pessoas estimadas com tuberculose resistente à rifampicina tiveram acesso ao tratamento apropriado (World Health Organization, 2025).

A interrupção do tratamento constitui, nesse cenário, uma preocupação que ultrapassa o indivíduo. O abandono pode resultar em tratamento incompleto, persistência da doença, necessidade de retratamento e novos episódios, além de contribuir para o agravamento

da situação terapêutica quando associado ao uso inadequado dos medicamentos. No Brasil, um estudo nacional envolvendo mais de meio milhão de casos de tuberculose entre 2015 e 2022 demonstrou que o retratamento após perda de seguimento esteve associado a novos desfechos desfavoráveis, particularmente à ocorrência de nova perda de seguimento (Barreto-Duarte *et al*., 2024).

A tuberculose, portanto, permanece como problema de saúde pública porque reúne características que dificultam sua eliminação: transmissão respiratória, possibilidade de infecção assintomática, diagnóstico potencialmente tardio, distribuição desigual entre diferentes grupos e contextos de vida, existência de populações com maior risco de adoecimento, necessidade de tratamento prolongado e possibilidade de resistência aos medicamentos. O fato de ser curável não reduz a complexidade do problema; ao contrário, torna ainda mais relevante compreender por que pessoas diagnosticadas não conseguem, em determinadas circunstâncias, alcançar a cura (World Health Organization, 2025).

ADOLESCENTES E JOVENS: UMA POPULAÇÃO QUE NÃO PODE SER INVISIBILIZADA NA AGENDA DA TUBERCULOSE

A adolescência e a juventude constituem períodos particulares do desenvolvimento humano. No Brasil, o Estatuto da Juventude considera jovens as pessoas de 15 a 29 anos (Brasil, 2013), enquanto a adolescência é globalmente delimitada entre 10 e 19 anos (World Health Organization, 2024). O intervalo de 15 a 24 anos, utilizado no estudo realizado em Recife, contempla simultaneamente adolescentes e jovens e permite analisar uma população situada em importante transição do curso de vida.

Apesar de sua relevância epidemiológica, adolescentes e jovens historicamente receberam menor atenção em algumas estratégias de controle da tuberculose quando comparados a outros grupos considerados prioritários. Chenciner *et al*. (2021) demonstraram que estratégias de eliminação da tuberculose podem negligenciar adolescentes e jovens adultos, justamente em um grupo no qual condições sociais e de saúde estão associadas a desfechos terapêuticos desfavoráveis.

A tuberculose nessa faixa etária não deve ser compreendida apenas como uma extensão da tuberculose infantil ou adulta. A apresentação clínica pode se aproximar daquela observada em adultos, particularmente entre adolescentes mais velhos e adultos jovens, mas o contexto no qual o diagnóstico e o tratamento acontecem apresenta características próprias (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

Além disso, a utilização dos serviços de saúde pode sofrer alterações nessa etapa. O jovem pode apresentar maior autonomia para decidir quando procurar assistência, ao mesmo tempo em que ainda depende de familiares ou responsáveis para diferentes dimensões do cuidado. Essa condição pode produzir lacunas no acompanhamento, especialmente quando os serviços não estão organizados para responder às necessidades específicas dessa população (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

Um estudo qualitativo realizado no Peru com adolescentes em tratamento para tuberculose identificou como barreiras importantes a duração prolongada da terapia, a quantidade de comprimidos, os efeitos adversos e a inconveniência de comparecer frequentemente aos serviços para o TDO. O suporte familiar, por sua vez, foi apontado como elemento importante para superar essas dificuldades (Chiang *et al*., 2023).

Pesquisa qualitativa mais recente, realizada na África do Sul, demonstrou que adolescentes enfrentaram obstáculos ao longo de toda a trajetória do cuidado, incluindo demora para o diagnóstico, dificuldades logísticas para retirar medicamentos, custos de transporte, incompatibilidade entre o horário de funcionamento dos serviços e a rotina escolar, além de dificuldades relacionadas à carga de comprimidos e aos efeitos adversos. Alguns adolescentes também relataram que, à medida que os sintomas melhoravam, outras prioridades passavam a competir com o tratamento (Wademan *et al*., 2025).

Esses achados ajudam a compreender por que a adesão não deve ser reduzida a uma questão de vontade individual. A manutenção do tratamento envolve características do adolescente, aspectos do regime terapêutico, suporte familiar e social e experiências com os serviços de saúde. Em estudo prospectivo com adolescentes, menor suporte de cuidadores, familiares e amigos esteve associado a maior probabilidade de adesão subótima, reforçando a importância de estratégias de apoio individualizadas (Chiang *et al*., 2024).

Estudo qualitativo realizado na África do Sul também identificou que o regime terapêutico, os processos de apoio à adesão e as interações com os serviços de saúde podem dificultar a manutenção do tratamento (Wademan *et al*., 2025). A atenção à tuberculose entre adolescentes e jovens, portanto, precisa incorporar uma perspectiva de curso de vida. Diagnosticar e tratar a doença nessa etapa significa também reduzir a possibilidade de repercussões sobre escolarização, trabalho, saúde respiratória futura, relações sociais e trajetória de vida (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025; Igbokwe *et al*., 2023).

Além disso, sobreviver à tuberculose não significa necessariamente retornar ao estado de saúde anterior. Uma revisão sistemática publicada no *The Lancet Infectious Diseases* identificou evidências de sequelas pós-tuberculose em crianças e adolescentes, demonstrando que os efeitos da doença podem ultrapassar o período do tratamento (Igbokwe *et al*., 2023).

ABANDONO DO TRATAMENTO: UM DESFECHO QUE ULTRAPASSA A DIMENSÃO INDIVIDUAL

O tratamento da tuberculose exige continuidade. No contexto brasileiro, o abandono do tratamento é definido operacionalmente a partir da interrupção da medicação por 30 dias consecutivos ou mais após o início da terapia. O abandono primário corresponde à não realização do tratamento ou à interrupção precoce da terapia iniciada há menos de 30 dias (Brasil, 2019).

Essa definição operacional é necessária para a vigilância epidemiológica, mas não deve obscurecer a complexidade do fenômeno. Entre o início do tratamento e sua interrupção existem diferentes acontecimentos: dificuldades de transporte, condições de moradia e alimentação, necessidade de trabalhar, mudanças de residência, responsabilidades familiares, uso de substâncias, sofrimento psíquico, estigma, dificuldades de acesso e problemas na relação com os serviços de saúde (Lucena *et al*., 2023; Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

Uma revisão sistemática brasileira publicada em 2023 identificou como fatores relacionados ao abandono da tuberculose no país sexo masculino, raça/cor preta, determinadas faixas etárias, HIV, baixa escolaridade, uso de álcool e drogas, situação de rua e ausência de TDO (Lucena *et al*., 2023). Embora essa revisão tenha incluído exclusivamente estudos com pacientes adultos (18 a 59 anos), seus resultados convergem com evidências produzidas especificamente em adolescentes e jovens. Na coorte nacional de pessoas de 10 a 24 anos, situação de rua, HIV e uso de drogas ilícitas estiveram entre os fatores mais fortemente associados aos desfechos desfavoráveis (Chenciner *et al*., 2021).

O abandono também pode estabelecer um ciclo de vulnerabilidade. A interrupção pode levar ao reingresso no sistema de

saúde, e o tratamento posterior pode ocorrer em um contexto de maior complexidade. No estudo nacional de Barreto-Duarte *et al*. (2024), o retratamento após perda de seguimento apresentou associação importante com novos desfechos desfavoráveis.

Por essa razão, o abandono não deve ser interpretado simplesmente como um desfecho final. Ele pode ser compreendido como um marcador de fragilidade do cuidado e, simultaneamente, como um evento que aumenta a complexidade dos episódios subsequentes de tuberculose.

Entre adolescentes e jovens, a prevenção do abandono exige reconhecer que a adesão se constrói ao longo do tratamento. A melhora clínica pode reduzir a percepção imediata de necessidade dos medicamentos; os efeitos adversos podem se tornar mais difíceis de tolerar com o passar do tempo; a rotina escolar e profissional pode competir com as consultas; e o estigma pode levar o jovem a evitar comparecimentos frequentes ao serviço (Chiang *et al*., 2024; Wademan *et al*., 2025).

Por isso, estratégias de acompanhamento não devem esperar que o abandono aconteça para então iniciar a busca pelo paciente. A identificação precoce de barreiras, o contato ativo diante das primeiras faltas, a participação da família quando adequada, a flexibilização de horários, estratégias comunitárias e o uso responsável de tecnologias de comunicação podem contribuir para reduzir as oportunidades de ruptura do cuidado, especialmente entre adolescentes com menor suporte social (Chiang *et al*., 2024; Wademan *et al*., 2025).

VULNERABILIDADES QUE SE ACUMULAM

A tuberculose não se distribui de maneira uniforme na população. Seu risco e seus desfechos relacionam-se às condições materiais de vida, às características dos territórios, às condições clínicas e

à forma como o cuidado está organizado e acessível aos diferentes grupos. Entre adolescentes e jovens, a sobreposição de condições sociais, econômicas, clínicas e assistenciais pode produzir trajetórias de cuidado particularmente complexas (Lucena *et al*., 2023; Santos *et al*., 2024).

Entre os grupos que demandam atenção estão pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, indivíduos vivendo com HIV, pessoas com baixa escolaridade, em condições de insegurança alimentar ou habitacional e aquelas que apresentam uso de álcool e outras drogas. Essas condições não devem, contudo, ser interpretadas de maneira uniforme: enquanto algumas estão associadas a maior frequência de desfechos desfavoráveis, a privação de liberdade pode apresentar efeitos distintos conforme a organização do cuidado no contexto institucional. Em conjunto, esses contextos indicam a existência de barreiras adicionais que podem interferir no acesso, na permanência e na conclusão do cuidado (Lucena *et al*., 2023; Santos *et al*., 2024).

No Brasil, a evidência produzida por Chenciner *et al*. (2021) demonstrou a relevância da situação de rua, HIV e uso de drogas para os desfechos terapêuticos entre jovens. Em estudo nacional posterior, Santos *et al*. (2024) identificaram, entre adolescentes, associações entre desfechos desfavoráveis e uso de álcool, drogas ilícitas, tabaco, HIV e ausência de TDO.

A escolaridade também merece atenção. Mais do que representar apenas um marcador educacional, a baixa escolaridade pode estar relacionada a trajetórias educacionais interrompidas, inserção social e profissional mais precária e diferentes possibilidades de acesso às informações e aos serviços de saúde. No estudo realizado no Recife, a baixa escolaridade para a idade esteve associada a desfechos insatisfatórios em diferentes períodos, indicando a relevância dessa condição na análise da continuidade do cuidado (Souza, 2026).

A presença do HIV também se destacou. Antes da pandemia, jovens vivendo com HIV apresentaram maior chance de desfecho insatisfatório, e essa associação permaneceu durante a pandemia (Souza, 2026). A interação entre tuberculose e HIV é clinicamente relevante porque a imunossupressão aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento e pode tornar o cuidado mais complexo (Santos *et al*., 2024).

A situação de privação de liberdade também apareceu na análise do Recife. No período pré-pandemia, essa variável esteve associada ao desfecho insatisfatório, com estimativa de OR inferior a 1 para os indivíduos privados de liberdade (Souza, 2026). Esse resultado não significa que a privação de liberdade seja protetora. Uma hipótese discutida na literatura é que a organização institucional e as possibilidades de supervisão e acompanhamento do tratamento no sistema prisional possam ter contribuído para o resultado observado (Mabene *et al*., 2025).

Esse achado ilustra uma questão importante: condições sociais adversas e condições de acompanhamento não são conceitos equivalentes. Uma pessoa pode estar inserida em um contexto social de extrema vulnerabilidade e, simultaneamente, ter acesso mais regular ao medicamento por estar submetida a uma estrutura institucional de acompanhamento. Da mesma forma, uma pessoa fora de instituições pode apresentar maior liberdade, mas menor acesso efetivo ao cuidado (Souza, 2026).

A análise da tuberculose em jovens, portanto, precisa considerar a maneira pela qual diferentes condições sociais, clínicas e assistenciais interagem com a organização dos serviços (Santos *et al*., 2024).

TUBERCULOSE E COVID-19: UMA CRISE DENTRO DE OUTRA?

A pandemia de COVID-19 modificou a organização dos sistemas de saúde em diferentes contextos. Serviços foram reorganizados, profissionais foram deslocados para o enfrentamento da emergência, consultas foram reduzidas ou adiadas e a circulação da população foi restringida. Para uma doença que depende de diagnóstico oportuno, tratamento contínuo, rastreamento de contatos e acompanhamento longitudinal, alterações dessa natureza podem representar desafios importantes à continuidade do cuidado (Gunsaru; Henrion; McQuaid, 2024).

No contexto brasileiro e local, é mais adequado discutir as possíveis repercussões indiretas da pandemia sobre a organização da assistência do que atribuir causalidade direta e exclusiva à infecção pelo SARS-CoV-2. A reorganização dos serviços, as alterações no acesso e a redução de determinadas atividades de acompanhamento podem ter modificado trajetórias de cuidado, mas essas possibilidades devem ser analisadas considerando as particularidades de cada população e território (Gunsaru; Henrion; McQuaid, 2024; Vadlamudi *et al.,* 2023).

Em Recife, os dados de jovens de 15 a 24 anos oferecem uma perspectiva particularmente relevante. A análise temporal de 3.151 casos entre 2015 e 2023 identificou aumento estatisticamente significativo da taxa de abandono do tratamento e redução da taxa de cura a partir de 2021 (Souza, 2026).

A taxa de abandono aumentou de 17,5% em 2015 para 27,3% em 2023, apresentando tendência de crescimento de 4,45% ao ano (IC95%: 1,12–8,19; $p = 0,010$). A taxa de cura, por sua vez, permaneceu estável entre 2015 e 2021, com APC de −0,29% ao ano ($p = 0,975$), mas apresentou ponto de inflexão em 2021. A partir desse

ano, houve redução estatisticamente significativa de 6,59% ao ano (IC95%: −11,60−−1,32; $p = 0,004$) (Souza, 2026).

A redução da taxa de cura observada a partir de 2021 ocorreu posteriormente ao início da pandemia da COVID-19. Considerando que o tratamento da tuberculose é prolongado e requer acompanhamento contínuo pelos serviços de saúde, alterações na organização da assistência e dificuldades de acesso e adesão ao tratamento durante a pandemia podem ter repercutido nos indicadores de encerramento dos casos.

No Brasil, estudos identificaram redução dos indicadores de cura e piora dos desfechos do tratamento no período pandêmico, apontando repercussões da descontinuidade do cuidado sobre o acompanhamento dos casos (Berra *et al*., 2022; Tavares *et al*., 2024). Dessa forma, a redução observada no Recife a partir de 2021 pode refletir, ao menos em parte, repercussões tardias das alterações ocorridas na assistência à tuberculose durante a pandemia.

Outro elemento observado no município foi a mudança relativa na participação dos hospitais como unidades notificadoras. A Atenção Primária à Saúde permaneceu como principal fonte de notificações, seguida pelas Unidades Básicas de Saúde Prisionais, mas os hospitais apresentaram participação proporcionalmente maior durante o período pandêmico (Souza, 2026).

Esse padrão pode indicar uma modificação na porta de entrada do cuidado. A maior participação proporcional dos hospitais pode estar relacionada a diferentes fatores, incluindo características clínicas dos casos, mudanças no acesso aos serviços ou modificações no percurso até o diagnóstico. Embora o desenho do estudo não permita afirmar que essa alteração represente atraso diagnóstico ou maior gravidade clínica, o achado reforça a necessidade de investigar como as mudanças ocorridas durante o período analisado afetaram o percurso dos jovens até o diagnóstico e o tratamento (Souza, 2026).

DO TRATAMENTO DISPONÍVEL À CURA ALCANÇADA: O DESAFIO DO ODS 3.3

O ODS 3.3 propõe acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas até 2030, além de combater a hepatite, as doenças de veiculação hídrica e outras doenças transmissíveis. A meta estabelece uma direção clara, mas sua concretização exige mais do que a existência de medicamentos eficazes (United Nations, 2015).

Para a tuberculose, o controle da doença depende de uma cadeia de ações que começa antes do diagnóstico e termina depois da conclusão do tratamento. É necessário identificar pessoas sintomáticas, confirmar o diagnóstico, iniciar terapia adequada, acompanhar a resposta, prevenir interrupções, investigar contatos e atuar sobre as condições que dificultam o cuidado (World Health Organization, 2025).

Nesse sentido, os resultados observados entre jovens do Recife permitem propor uma mudança de perspectiva: o sucesso das ações de controle da tuberculose não deve ser avaliado apenas pela capacidade de diagnosticar a doença, mas também pela capacidade de conduzir cada pessoa diagnosticada até um desfecho favorável (Souza, 2026).

Com base nas evidências científicas e nos achados apresentados, podem ser destacadas sete frentes prioritárias de ação:

1. **Diagnóstico oportuno:** fortalecer a capacidade das equipes da Atenção Primária para reconhecer precocemente a tuberculose em adolescentes e jovens, considerando as particularidades de apresentação e procura por serviços nessa faixa etária (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

2. **Cuidado centrado no jovem:** flexibilizar horários e estratégias de acompanhamento, adaptando a rotina do tratamento às exigências de estudo, trabalho e vida social, sempre que possível (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

3. **Prevenção ativa do abandono:** identificar precocemente barreiras à continuidade do tratamento, realizar busca ativa diante das primeiras faltas e estabelecer formas de comunicação que favoreçam o vínculo sem produzir estigmatização (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

4. **Qualificação do tratamento diretamente observado (TDO):** utilizar o TDO como estratégia de apoio, acompanhamento e fortalecimento do vínculo com o serviço, adaptando sua modalidade às necessidades e condições de cada paciente (Santos *et al*., 2024).

5. **Integração intersetorial:** articular as ações de saúde com assistência social e outros setores envolvidos na proteção e no cuidado de adolescentes e jovens em situação de maior vulnerabilidade, considerando também estratégias de proteção social quando pertinentes (Santos *et al*., 2024).

6. **Atenção às coinfecções e comorbidades:** fortalecer a abordagem integrada da TB/HIV e considerar condições clínicas e sociais que possam aumentar a complexidade do tratamento (Santos *et al*., 2024; Souza, 2026).

7. **Atenção aos diferentes contextos de cuidado:** considerar, na análise e no planejamento das intervenções, as particularidades de contextos institucionais, como o sistema prisional, sem presumir que a privação de liberdade produza necessariamente pior ou melhor desfecho. A organização da supervisão e do acesso aos medicamentos deve ser investigada como possível componente da trajetória terapêutica (Souza, 2026).

Dessa forma, alcançar o ODS 3.3 exige enfrentar o que acontece entre o diagnóstico e a cura. A existência de tratamento eficaz é condição necessária, mas não suficiente. Para que uma pessoa seja curada, é preciso que o sistema de saúde consiga tornar possível sua permanência no cuidado.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A tuberculose permanece como uma doença de grande relevância para a saúde pública mundial. Seu caráter prevenível e tratável não impediu que milhões de pessoas continuassem adoecendo e que mais de um milhão morressem anualmente. A permanência desse agravo evidencia que sua eliminação depende não apenas da disponibilidade de recursos terapêuticos, mas também da capacidade dos sistemas de saúde de reduzir barreiras de acesso, responder às diferentes condições de vulnerabilidade e garantir a continuidade do tratamento (World Health Organization, 2025).

Entre adolescentes e jovens, esse desafio assume características próprias. Trata-se de uma população em etapa decisiva do curso de vida, marcada por transformações sociais, educacionais, familiares e profissionais. A tuberculose pode interferir nessa trajetória e produzir repercussões que ultrapassam o período da doença, especialmente quando o tratamento não é concluído (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025; Igbokwe *et al*., 2023).

Os dados do município do Recife ilustram a relevância desse desafio. Entre 2015 e 2023, observou-se estabilidade da incidência, acompanhada de aumento progressivo da taxa de abandono e redução da taxa de cura a partir de 2021 (Souza, 2026). Esses resultados indicam que as principais fragilidades observadas estão relacionadas

não apenas à ocorrência da doença, mas também à retenção e à conclusão do cuidado.

Os fatores associados identificados no estudo supracitado também demonstram que os desfechos terapêuticos estão relacionados a diferentes dimensões. Baixa escolaridade, HIV/AIDS, reingresso após abandono, hospitalização, ausência de TDO e determinadas formas clínicas estiveram associados a resultados insatisfatórios em diferentes períodos (Souza, 2026).

Portanto, a tuberculose entre adolescentes e jovens não deve ser tratada como um problema exclusivamente biomédico. A doença está inserida em trajetórias sociais e depende de uma rede de cuidado capaz de reconhecer as especificidades dessa população. Estratégias voltadas à identificação precoce das barreiras, à adaptação do acompanhamento, ao fortalecimento do vínculo com os serviços e à articulação entre diferentes setores podem contribuir para reduzir as perdas ao longo da trajetória terapêutica (Chiang *et al*., 2023; Wademan *et al*., 2025).

O cumprimento do ODS 3.3 exige que a resposta à tuberculose avance do diagnóstico para a continuidade e do tratamento prescrito para o tratamento efetivamente concluído. Para adolescentes e jovens, isso implica construir estratégias capazes de conciliar o cuidado com a escola, o trabalho, a família, a mobilidade e as condições sociais; identificar precocemente barreiras à adesão; fortalecer a atenção primária e a vigilância; integrar ações para HIV e outras condições de vulnerabilidade; e utilizar os dados epidemiológicos para orientar intervenções (United Nations, 2015).

A tuberculose continua sendo uma doença que mata. Entretanto, o conhecimento disponível mostra que parte significativa desse impacto pode ser modificada pela capacidade de diagnosticar oportunamente, tratar adequadamente e garantir a conclusão do cuidado. Entre adolescentes e jovens, esse compromisso assume uma

dimensão adicional: evitar que uma doença curável comprometa uma etapa inteira do curso de vida (World Health Organization, 2025).

Nesse sentido, alcançar a meta 3.3 não significa somente reduzir o número de pessoas que adoecem, mas sim assegurar que aqueles que adoecem tenham condições reais de chegar à cura. Para a população adolescente e jovem, essa diferença pode representar um indicador epidemiológico melhor, e, principalmente, a preservação de trajetórias de vida que ainda estão em construção.

REFERÊNCIAS

BARRETO-DUARTE, Beatriz *et al*. Retreatment and anti-tuberculosis therapy outcomes in Brazil between 2015 and 2022: a nationwide study. **Open Forum Infectious Diseases**, v. 11, n. 8, ofae416, 2024.

BERRA, Thaís Zamboni *et al*. Impact of COVID-19 on tuberculosis indicators in Brazil: a time series and spatial analysis study. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, Basel, v. 7, n. 9, art. 247, 2022.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CHENCINER, Louisa *et al*. Social and health factors associated with unfavourable treatment outcome in adolescents and young adults with tuberculosis in Brazil: a national retrospective cohort study. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 10, p. e1380-e1390, 2021.

CHIANG, Silvia S. *et al*. Adolescent, caregiver and provider perspectives on tuberculosis treatment adherence: a qualitative study from Lima, Peru. **BMJ Open**, v. 13, n. 5, e069938, 2023.

CHIANG, Silvia S. *et al*. Identifying adolescents at risk for suboptimal adherence to tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 2, e0002918, 2024.

GUNSARU, Vester; HENRION, Marc Y.; MCQUAID, C. Finn. The impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis treatment outcomes in 49 high burden countries. **BMC Medicine**, v. 22, 312, 2024.

IGBOKWE, Vanessa *et al*. Post-tuberculosis sequelae in children and adolescents: a systematic review. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 23, n. 4, p. e138-e150, 2023.

LUCENA, Larissa Araújo de *et al*. Factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in Brazil: a systematic review. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 56, e0155-2022, 2023.

MABENE, Yasmine *et al*. Tuberculosis treatment outcomes after transfer or release from incarceration: a retrospective cohort study from Brazil. **BMC Global and Public Health**, v. 3, n. 1, art. 93, 2025.

SANTOS, Victor Santana *et al*. Social and health factors associated with unfavourable treatment outcomes in children and adolescents with drug-sensitive tuberculosis in Brazil: a national retrospective cohort study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 40, 100938, 2024.

SOUZA, Dhebora Santos de. **Abandono de tratamento e óbito por tuberculose em jovens do Recife: estudo de séries temporais e fatores associados, antes e durante a COVID-19**. 2026. 70 f. Dissertação (Mestrado em Hebiatria: Determinantes da Saúde na Adolescência) – Programa de Pós-Graduação em Hebiatria: Determinantes da Saúde na Adolescência, Universidade de Pernambuco, Recife, 2026.

TAVARES, Reginaldo Bazon Vaz *et al*. Unsuccessful tuberculosis treatment outcomes across Brazil's geographical landscape before and during the COVID-19 pandemic: are we truly advancing toward the sustainable development/end TB goal? **Infectious Diseases of Poverty**, v. 13, art. 17, 2024.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York: United Nations, 2015.

VADLAMUDI, Nirma Khatri *et al*. The association of SARS-CoV-2 infection and tuberculosis disease with unfavorable treatment outcomes: a systematic review. **PLOS Global Public Health**, v. 3, n. 7, e0002163, 2023.

WADEMAN, Dillon Timothy *et al*. Understanding the relationship between adolescents with tuberculosis and health services: an in-depth qualitative study from Cape Town. **BMJ Open,** v. 15, n. 5, e094295, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2024.** Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2025.** Geneva: WHO, 2025.

14

Giovanna Samara Lima de Araújo
Marcela Claudia de Paula Oliveira
Marco Aurélio Valois de Correia Júnior

INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E PRECIPITAÇÃO HÍDRICA EM UM ESTADO BRASILEIRO:

ANÁLISE TEMPORAL, 2022–2023

DOI: 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-834-4.14

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Respiratórias (DCR) fazem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), grupo responsável por 70% das causas de mortes no mundo (Brasil, 2021). Dentre as DCR, destacam-se a asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), bronquiectasia e pneumoconiose, cujos impactos sociais e econômicos são amplos, comprometendo a qualidade de vida e sobrecarregando os serviços de saúde (Brasil, 2010; Santos *et al*., 2019).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as DCR estão associadas a múltiplos fatores determinantes, incluindo aspectos genéticos, fisiológicos, climáticos, ambientais e comportamentais (OPAS, 2018). No que concerne a esses fatores, D'Amato *et al.* (2020a) e D'Amato (2023) indicam que o aumento das doenças respiratórias é um dos múltiplos impactos das alterações climáticas, ocasionando um dos problemas de saúde pública emergentes, corroborando Rouquayrol (2013), que destaca a influência da precipitação pluviométrica sobre a ocorrência de doenças.

Em 2017, aproximadamente 7% das mortes globais deveram-se às DCR, com destaque para DPOC e a asma, o que posiciona esse grupo como a terceira causa de morte no mundo, atrás apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias (Soriano *et al*, 2020). No Brasil, as DCNT representam 72% das causas de óbito (Malta *et al*., 2019) e especificamente quanto às DCR, a DPOC ocupou a quarta posição entre as causas de morte em 2019 (Soriano *et al*., 2020; Leal *et al*., 2020; Sena *et al*., 2018; Vos *et al*., 2020).

No estado de Pernambuco, conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a taxa de mortalidade por DCR em 2023 foi de 4,14 por 100 mil habitantes, valor abaixo da média nacional (5,11), com a DPOC figurando como

destaque entre os óbitos (Brasil, 2025). Apesar desses números, observa-se que as políticas públicas voltadas para as DCR permanecem com menor visibilidade em relação àquelas direcionadas a outras DCNT, o que compromete a efetividade das ações de controle e prevenção (Labaki, 2020).

Nesse contexto, destaca-se a particularidade de Pernambuco, estado situado na região Nordeste do Brasil, que apresenta marcante diversidade climática e geográfica. São observadas três grandes zonas: o litoral de clima tropical úmido, a zona da mata com características subúmidas e o sertão semiárido, marcado por escassez hídrica e temperaturas elevadas. Essa heterogeneidade interfere diretamente na distribuição dos agravos respiratórios, uma vez que fatores como umidade relativa, variações térmicas, poluição atmosférica e circulação de alérgenos afetam a fisiopatologia e a frequência das exacerbações das DCR (D'Amato *et al*., 2020b; Albuquerque, 2022). Associam-se a esse panorama as desigualdades sociais estruturais, com disparidades nos índices de desenvolvimento humano (IDH), baixa cobertura vacinal para influenza e COVID-19 em determinadas regiões e acesso limitado aos serviços de saúde (Brasil, 2018). Tais características reforçam a necessidade de análises epidemiológicas contextualizadas, que incorporem os determinantes ambientais e sociais da saúde na compreensão das internações por DCR.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde destaca a necessidade de estudos epidemiológicos voltados às DCR para subsidiar ações mais efetivas de cuidado, especialmente em territórios vulneráveis (Albuquerque, 2022). Assim, conhecer a distribuição temporal das internações por essas doenças e sua relação com o clima é essencial para fortalecer estratégias de prevenção e cuidado.

Este estudo apresenta limitações relacionadas à ausência de dados sobre cobertura vacinal, variações de temperatura média e qualidade do ar ao longo do período analisado, os quais poderiam

contribuir para uma compreensão mais ampla dos determinantes das internações por DCR. Além disso, indicadores socioeconômicos como o IDH municipal e acesso aos serviços de saúde não foram incorporados à análise. Tais variáveis representam importantes perspectivas para estudos futuros que pretendam aprofundar a compreensão dos fatores multicausais relacionados às DCR em contextos com grande variabilidade climática e social, como o estado de Pernambuco.

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar a evolução das internações por doenças crônicas respiratórias e a precipitação hídrica em um estado brasileiro, identificando o número de internações ao longo dos meses, entre os anos de 2022 e 2023, e comparando os meses de maior internação com os dados de chuva.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal. O local do estudo foi o estado de Pernambuco. Pernambuco tem uma extensão territorial de 98.312 km² e tem uma população de 9.058.931 habitantes. Pode ser dividido em 5 mesorregiões: Mata Pernambucana, Metropolitana do Recife, Agreste Pernambucano, Sertão Pernambucano e São Francisco Pernambucano. No que se refere ao clima, são encontradas três classificações principais, segundo Köppen (Arnfield, 2025), que são: a classificação AS (clima tropical úmido com estação seca no verão) predomina em 108 municípios. A BSH (clima semiárido quente) com precipitação de verão e inverno seco ocorre em 55 municípios. A classificação AM (clima tropical de monção) é encontrada em 20 municípios, principalmente na faixa litorânea.

Para a análise das internações por doenças crônicas respiratórias (DCR), os dados de 2022 e 2023 foram agrupados por mês do ano, de forma combinada, totalizando 12 agrupamentos mensais. Esse procedimento permitiu observar possíveis padrões de sazonalidade, ao considerar os meses do calendário como unidades de análise, independentemente do ano, favorecendo a identificação de tendências recorrentes associadas à precipitação (Brasil, 2018; Arnfield, 2025).

O agrupamento por mês do ano é amplamente utilizado em estudos com variáveis ambientais e epidemiológicas, por permitir a visualização de ciclos mensais repetitivos. Essa técnica contribui para evidenciar padrões sazonais estáveis, especialmente úteis na investigação de agravos sensíveis ao clima. Ao adotar esse método, buscou-se reduzir o impacto de variações pontuais de um único ano e destacar relações consistentes entre os volumes de chuva e as internações ao longo do ciclo anual.

A população do estudo compreendeu todos os registros de internações hospitalares por DCR no estado de Pernambuco durante o período analisado. As doenças consideradas como DCR foram: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquiectasia e pneumoconiose. Os dados de internação foram obtidos do banco de dados do TabNet, disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (Brasil, 2025), sendo consideradas as variáveis: local de residência, local de ocorrência e mesorregião.

A busca ocorreu diretamente na plataforma utilizando *link* referente a Epidemiologia e Morbidade no grupo "Morbidade Hospitalar" e, em seguida, o subitem "Geral, por localização hospitalar". Nas opções de filtro, os itens "anos" (2022 e 2023), "conteúdo das hospitalizações" (hospitalização por local de residência e hospitalização por local de ocorrência) foram selecionados e correlacionados

com “asma”, “doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)”, “bronquiectasia” e “pneumoconiose” (códigos J45, J44, J47, J60, na CID-10). O cálculo da taxa de internação hospitalar por DCR considerou o número total de internações por local de residência/ocorrência e de indivíduos nos anos avaliados por 100.000 habitantes de acordo com o Censo populacional brasileiro do IBGE (IBGE, 2025), para avaliar a distribuição geográfica e possíveis disparidades.

Para a variável climática, foram utilizados dados de precipitação mensal (em milímetros) obtidos junto à Agência Pernambucana de Águas e Clima (APAC), com base nas estações pluviométricas distribuídas pelas mesorregiões do estado (APAC, 2025).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O processamento dos dados foi realizado nos softwares Microsoft Excel® e GraphPad Prism, onde se construiu um banco de dados com as variáveis supracitadas. Para a análise das internações, foi calculada a taxa de internação por 100.000 habitantes, considerando os dados do último censo realizado pelo IBGE (2025). No caso dos dados pluviométricos, foi calculada a média ponderada mensal de precipitação para cada mesorregião, levando-se em conta o volume de chuva registrado por cada estação pluviométrica e o número total de estações da APAC ativas na região. Também foi calculado o acumulado mensal de precipitação em milímetros, por mesorregião.

Por se tratar de um estudo baseado exclusivamente em dados secundários de acesso público e irrestrito, sem identificação de sujeitos da pesquisa ou qualquer risco à integridade dos indivíduos, o projeto foi isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, todos os procedimentos adotados respeitam os preceitos éticos aplicáveis à pesquisa científica.

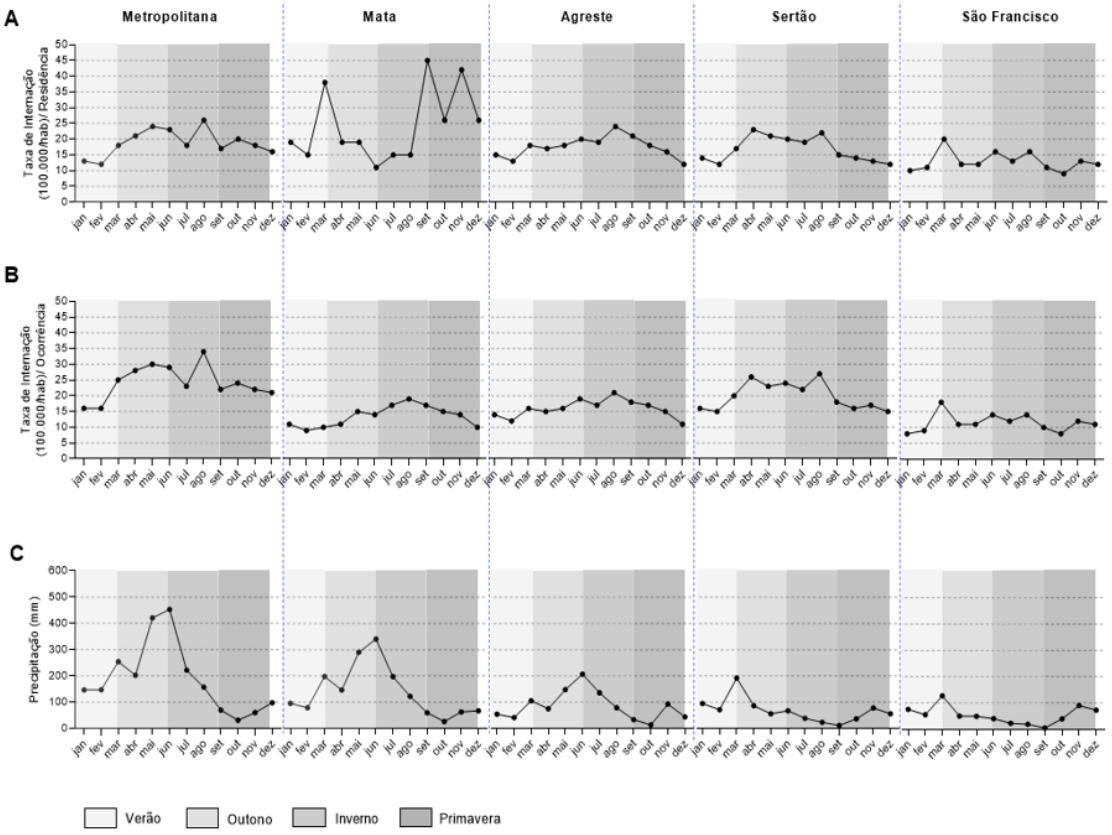
RESULTADOS

A análise dos dados de internações por Doenças Crônicas Respiratórias (DCR) em Pernambuco foi realizada com base na série temporal unificada dos anos de 2022 e 2023. Ao reunir os dados mensais desse biênio, buscou-se identificar padrões sazonais consistentes entre as mesorregiões, considerando as variações climáticas regionais, características comportamentais e sua possível associação com as internações hospitalares.

A Figura 1 mostra a distribuição mensal das taxas de internação segundo local de residência (Figura 1A) e local de ocorrência (Figura 1B), além da precipitação acumulada por mesorregião, em milímetros (Figura 1C).

Figura 1 – Distribuição mensal das taxas de internação, segundo local de residência e local de ocorrência, e a precipitação acumulada em milímetros, por mesorregião

A = Taxa de internação por DCR (por 100.000 habitantes), segundo local de residência.
B = Taxa de internação por DCR (por 100.000 habitantes), segundo local de ocorrência.
C = Precipitação mensal acumulada (mm), ponderada por mesorregião.



Fonte: autores.

Observou-se um padrão entre os meses com maior volume de chuvas e as maiores taxas de internação por DCR, especialmente nas mesorregiões Metropolitana, Agreste e Sertão.

Na mesorregião Metropolitana, a precipitação chega a seu pico nos meses de maio e junho, coincidindo diretamente com o aumento das internações nesse mesmo período.

Na Zona da Mata, embora o maior volume de chuvas também se concentre entre maio e junho, foram registrados dois picos de internações: o primeiro entre março e abril, e o segundo entre setembro e outubro, período de transição para a estação seca.

No Agreste, o aumento das internações foi observado principalmente nos meses de junho e julho, enquanto os maiores volumes de chuva ocorreram em maio e junho.

Nas mesorregiões do Sertão e São Francisco, que possuem os menores volumes pluviométricos, a precipitação se concentra em março e abril, acompanhando os picos de internação, que se deram no mesmo período.

Além disso, o mês de agosto apresentou aumento nas internações em quase todas as mesorregiões, com exceção da Zona da Mata, apesar de ser um período com redução significativa das chuvas em grande parte do estado.

Os meses de outubro a dezembro correspondentes à primavera registraram os menores volumes pluviométricos do ano em todas as regiões, acompanhados das menores taxas de internação por DCR.

O padrão de sazonalidade observado nas mesorregiões foi semelhante tanto para o local de residência quanto para o local de ocorrência das internações.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa indicaram um padrão sazonal nas internações por Doenças Crônicas Respiratórias (DCR) em Pernambuco durante os anos de 2022 e 2023, com concentrações mais elevadas nos meses de maior precipitação e um comportamento relativamente consistente entre as diferentes mesorregiões.

Nas regiões com maior volume de chuvas, como a Metropolitana e o Agreste, observou-se uma correspondência temporal entre o pico pluviométrico e o aumento das internações hospitalares. Esse padrão corrobora achados da literatura, que apontam a variabilidade climática, principalmente a temperatura e a umidade relativa do ar, como fatores agravantes de sintomas respiratórios (Rosa *et al*., 2008; Xavier *et al*., 2022; IBGE, 2025).

No Agreste, destacou-se um intervalo de um a dois meses entre o pico de precipitação e o aumento das internações, o que pode estar relacionado ao tempo necessário para a exposição contínua e progressão dos sintomas em pessoas já acometidas por DCR. Esse descompasso temporal também é discutido por Moraes *et al*. (2019), ao sugerir que o impacto das condições climáticas sobre a saúde respiratória pode variar de acordo com a intensidade e a duração da exposição.

Nas mesorregiões do Sertão e do São Francisco, mesmo com menores volumes de precipitação, os meses com maior incidência de chuvas (março e abril) coincidiram com os picos de internação. Esse achado reforça que, ainda em regiões semiáridas, a variabilidade climática exerce impacto significativo sobre os desfechos de saúde respiratória, evidenciando a vulnerabilidade dessas populações às mudanças ambientais (Bezerra Alves *et al*., 2015).

A ocorrência de um pico de internações no mês de agosto, observado em quase todas as mesorregiões, independentemente do volume de chuvas, é outro ponto relevante. Esse comportamento pode estar associado ao retorno das aulas após o recesso escolar de julho, contexto que favorece o aumento da circulação de vírus respiratórios em ambientes fechados, como salas de aula e transportes públicos. A literatura já destaca esse padrão de sazonalidade viral e sua influência na saúde de pessoas com doenças crônicas respiratórias, especialmente crianças e adolescentes (Sena *et al.,* 2018; Moraes *et al.,* 2019; Nichols *et al.,* 2021).

Adicionalmente, o período entre outubro e dezembro, que corresponde à primavera e apresenta os menores volumes de precipitação, também concentrou as menores taxas de internação por DCR. Esse dado reforça a associação entre fatores climáticos, como umidade e temperatura, e a morbidade respiratória.

Por fim, a semelhança entre os padrões encontrados nas análises por local de residência e por local de ocorrência das internações indica consistência espacial nos dados. A leve discrepância observada na Zona da Mata, onde as internações por local de ocorrência foram menores que as por local de residência, pode sugerir a busca por atendimento em municípios vizinhos, especialmente na Região Metropolitana, que concentra maior oferta de serviços de saúde especializados.

Esses achados demonstram a importância de considerar os determinantes ambientais e sociais no planejamento de ações em saúde coletiva. Estratégias como o monitoramento climático integrado à vigilância em saúde, campanhas educativas sobre cuidados em períodos úmidos e ações escolares de prevenção podem contribuir para a redução de internações evitáveis por DCR.

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se a utilização de dados secundários de bases públicas, sujeitos a possíveis

sub-registros ou inconsistências na codificação. Além disso, a análise foi restrita às variáveis de internação e precipitação, não abrangendo outras variáveis climáticas, como temperatura ou umidade relativa do ar, que poderiam complementar a interpretação dos achados.

Futuros estudos podem incorporar análises multivariadas com controle para outras variáveis ambientais, sociais e individuais, além de utilizar séries históricas mais longas para compreender padrões cíclicos e tendências temporais. Também se recomenda o aprofundamento de estudos regionais sobre a relação entre o calendário escolar, surtos virais sazonais e as internações por DCR, especialmente em populações pediátricas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram um padrão sazonal, com aumento das internações nos meses de maior volume de chuvas em diversas mesorregiões, e evidenciaram que mesmo em territórios semiáridos, variações climáticas podem impactar negativamente a saúde respiratória da população. O aumento observado em agosto, mesmo com baixa precipitação, aponta para a influência de fatores sociais na dinâmica das internações. Tais achados reforçam a importância de integrar a vigilância ambiental ao planejamento em saúde, especialmente para populações vulneráveis, e destacam a relevância de estratégias preventivas regionalizadas diante das condições climáticas e comportamentais que agravam os quadros de DCR. Assim, este trabalho contribui para a compreensão das relações entre clima, território e saúde respiratória, oferecendo subsídios para ações mais eficazes de prevenção e cuidado no âmbito da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE ÁGUAS E CLIMA. **Climatologia [Internet].** Recife: APAC, 2025. Disponível em: https://www.apac.pe.gov.br/climatologia/519-climatologia. Acesso em: 27 jun. 2025.

ALBUQUERQUE, A. J. C.; SILVA, M. R.; XAVIER, A. S. F.; SOUZA, B. A. R. C. Perfil climático de Pernambuco e suas implicações para a saúde: uma análise das zonas geográficas do estado. **Revista Brasileira de Climatologia**, v. 30, p. 227-241, 2022. DOI.: 10.5380/abclima.v30i0.81036.

ARNFIELD, A. J**. Köppen climate classification.** Encyclopaedia Britannica [Internet]. 20 jun. 2025. Disponível em: https://www.britannica.com/science/Koppen-climate-classification. Acesso em: 27 jun. 2025.

BEZERRA ALVES, T. L.; VITORIO VIEIRA DE AZEVEDO, J.; COSTA DOS SANTOS, C. A.; VIEIRA DE AZEVEDO, P. Influência das variações climáticas na ocorrência de doenças das vias aéreas superiores no município de Monteiro-PB. **Ciência e Natura,** v. 37, n. 3, p. 433-450, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cenário das doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel 2021 [Internet].** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/fact-sheet-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel/view. Acesso em: 1 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas [Internet].** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338371731_Cadernos_de_Atencao_Basica_n25_-_Doencas_Respiratorias_Cronicas. Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET) [Internet**]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [Internet].** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 26 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/ministerio-da-saude-publica-agenda-com-prioridades-de-pesquisa/. Acesso em: 1 out. 2024.

D'AMATO, G.; ANNESI-MAESANO, I.; D'AMATO, M.; CECCHI, L. Climate change, air pollution, and allergic respiratory diseases: an update. **Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology**, v. 20, n. 2, p. 156-162, 2020a.

D'AMATO, G.; CHONG-NETO, H. J.; MONGE ORTEGA, O. P. *et al*. The effects of climate change on respiratory allergy and asthma induced by pollen and mold allergens. **Allergy**, v. 75, n. 9, p. 2219-2228, 2020b. DOI: 10.1111/all.14242.

D'AMATO, G.; D'AMATO, M**.** Climate change, air pollution and respiratory health. *In*: **Global perspectives on health geography.** [S. l.]: [s. n.], 2023. p. 213-227.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do Censo 2022 [Internet].** Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 27 jun. 2025.

LABAKI, W. W.; HAN, M. K. Chronic respiratory diseases: a global view. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 6, p. 531-533, 2020. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30157-0.

LEAL, L. F.; COUSIN, E.; BIDINOTTO, A. B. *et al*. Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200031, 2020.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. A.; OLIVEIRA, T. P. *et al*. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, e190030, 2019.

MORAES, S. L.; ALMENDRA, R.; SANTANA, P.; GALVANI, E. Variáveis meteorológicas e poluição do ar e sua associação com internações respiratórias em crianças: estudo de caso em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, e00101418, 2019.

NICHOLS, G. L.; GILLINGHAM, E. L.; MACINTYRE, H. L. *et al*. Sazonalidade do coronavírus, infecções respiratórias e clima. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, n. 1, 1101, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Investir no controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS [Internet].** 16 maio 2018. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/16-5-2018-investir-no-controle-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-retornos. Acesso em: 27 jun. 2025.

ROSA, A. M.; IGNOTTI, E.; BOTELHO, C.; CASTRO, H. A.; HACON, S. S. Doenças respiratórias e sazonalidade climática em crianças menores de 15 anos em município da Amazônia brasileira. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 6, p. 543-549, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS, L. J. M.; MARTINEZ, B. P.; CORREIA, H. F. Perfil de internações hospitalares e mortalidade por doenças respiratórias obstrutivas crônicas nas regiões brasileiras, entre os anos de 2016 e 2018. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 3, p. 344, 2019.

SENA, A.; FREITAS, C.; SOUZA, P. F.; CARNEIRO, F.; ALPINO, T.; PEDROSO, M. *et al.* Drought in the Semiarid Region of Brazil: Exposure, Vulnerabilities and Health Impacts from the Perspectives of Local Actors. **PLoS Currents**, v. 10, e-currents. dis.c226851ebd64290e619a4d1ed79c8639, 2018. DOI: 10.1371/currents.dis.c226851ebd64290e619a4d1ed79c8639

SILVA, M. A. da; XAVIER, D. R.; ROCHA, V**.** Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e emergências em saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 2, p. 48-68, 2020.

SORIANO, J. B.; KENDRICK, P. J.; PAULSON, K. R. *et al*. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 6, p. 585-596, 2020.

VOS, T.; LIM, S. S.; ABBAFATI, C. *et al***.** Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

XAVIER, J. M. V.; SILVA, F. D. S.; OLINDA, R. A.; QUERINO, L. A. L.; ARAUJO, P. S. B.; LIMA, L. F. C. *et al***.** Sazonalidade climática e doenças das vias respiratórias inferiores: utilização de modelo preditor de hospitalizações pediátricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, e20210680, 2022.

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Carla Menêses Hardman

Doutora em Educação Física. Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8372116355843930

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4355-0112

E-mail: carla.hardman@ufpe.br

Carlos Alberto Moreno Moya

Doutorando em Hebiatria. Programa de Pós-Graduação em Hebiatria, Universidade de Pernambuco (UPE)

Lattes: Sem informações/Pesquisador estrangeiro

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7127-0855

E-mail: carlosmoreno.moya@upe.br

Carolina da Franca Bandeira

Odontóloga; Docente do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8587751088772760

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7365-2806

E-mail:carolina.franca@upe.br

Caroline Ramos de Moura Silva

Doutora em Educação Física pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB. Vinculada ao Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco (GPES/ESEF-UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2114620496251227

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8727-0024

E-mail: carolinerms@gmail.com

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Doutora em Hebiatria pelo Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE), com período Sanduíche na Universidade do Porto, Portugal.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1530461337501494

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6324-2002

E-mail: claudia@pesqueira.ifpe.edu.br

Daniel da Rocha Queiroz

Doutor em Educação Física. Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5673831264022461

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9901-4677

E-mail: daniel.rochaqueiroz@ufpe.br

Débora Maria dos Santos Pinheiro de Lima

Psicóloga, Mestra em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5694082455629164

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4178-3964

E-mail: psicdebora2014@gmail.com

Dhebora Santos de Souza

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Hebiatria: Determinantes da Saúde na Adolescência, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2084131906840646

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0299-5219

E-mail: dhebora.santos@upe.br

Diego Itibere Cunha Vasconcellos

Doutorado em Physical Education pela Australian Catholic University. Senior Research Data Analyst pela Australian Catholic University.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8961949113449291

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7948-3740

E-mail: diegoitibere@gmail.com

Emmanuelly Correia de Lemos

Doutora em Educação Física pelo Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8946781211338791

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1450-6160

E-mail: emmanuelly.lemos@upe.br

Fabiana Godoy

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6194257274936263

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1946-9605

E-mail: fabiana.godoy@upe.br

Gabriela da Silva Paes

Odontóloga; Mestranda em Hebiatria pela FOP/UPE.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/7276697283100338

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2097-2862

E-mail:gabrieladspaes@gmail.com

Giovanna Samara Lima de Araújo

Graduanda em Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, PE, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/7605987632394661

ORCID: https://orcid.org/0009-0003-7651-6644

E-mail: giovanna.samara@upe.br

Iraneide Nascimento dos Santos

Enfermeira; Doutora em Hebiatria pelo Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0485064174202421

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8449-7840

E-mail: iraneidenascimento@ipojuca.ifpe.edu.br

Jakelline Cipriano dos Santos Raposo

Fisioterapeuta; Doutora em Hebiatria pela FOP/UPE, com período sanduíche na *Hochschule Osnabrück*, Alemanha.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0886932711028719

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8672-906X

E-mail: jakelline.cipriano@upe.br

Jânio Luiz Correia Júnior

Doutor em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco, com período Sanduíche no *Institute for Positive Psychology and Education*, *Australian Catholic University*.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/4116204945193904

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7122-4923

E-mail: janio.luiz@upe.br

José Eudes de Lorena Sobrinho

Especialista em Educação na Saúde; Mestre em Saúde Coletiva; Doutor e Livre-Docente em Saúde Pública; Professor Associado da FCM/UPE e Professor Assistente da Asces/Unita.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9728643714839461

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7820-735X

E-mail: eudes.lorena@upe.br

Kalina Vanderlei Silva

Historiadora, Livre-docente pela UPE, Pós-Doutora em História Moderna, Contemporânea e da América pela Universidad de Salamanca, Doutora em História pela UFPE, Professora Associada da UPE, Bolsista de Produtividade do CNPq.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0551212219219114

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8370-1894

E-mail: kalina.silva@upe.br

Karine Gonçalo Nunes

Enfermeira. Doutoranda em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1887147597913042

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1480-7804

E-mail: karine.goncalo@upe.br

Kátia Cristina Lima de Petribú

Médica psiquiatra. Doutora em Medicina. Professora associada da Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1995559301140749

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8861-0238

E-mail: katia.petribu@upe.br

Laércio Guedes de Lima Júnior

Psicólogo. Doutorando em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6854827537484326

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0447-3679

E-mail: laercio.junior@upe.br

Laís Navarro Xavier

Sanitarista pela FCM/UPE; especialista em Atenção Básica e Saúde da Família – ASCES/UNITA; Mestra em Hebiatria - FOP/UPE.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9032352251453787

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7582-9521

mail: laisnavarroxsc@gmail.com

Luíza Andrade de Oliveira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8872055057300790

ORCID: https://orcid.org/0009-0009-6274-0817

E-mail: luizaandradeoliveira@upe.br

Luiza Seib Malheiros

Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco e graduada em psicologia.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9121582794223117

ORCID: https://orcid.org/0009-0001-3918-3946

E-mail: luiza.seib@upe.br

Lygia Maria Pereira da Silva

Docente da Universidade de Pernambuco.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2332836869939652

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4512-4990

E-mail: lygia.silva@upe.br

Marcela Claudia de Paula Oliveira

Doutora em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Hebiatria, Recife, PE, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8206538860672429

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7762-0684

E-mail: marcela.claudia@upe.br

Marco Aurélio Valois de Correia Júnior

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade de Pernambuco, Programa de Pós Graduação em Hebiatria, Recife, PE, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3478546431516522

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0386-5256

E-mail: marco.valois@upe.br

Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida

Mestra em Educação Física pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade de Pernambuco e da Universidade Federal da Paraíba (UPE/UFPB). Vinculada ao Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco (GPES/ESEF-UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6511337011379973

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8997-0334

E-mail: deisyelle.almeida@upe.br

Mariana de Fátima Alves Arruda

Sanitarista – FCM/UPE; especialista em Atenção Básica e Saúde da Família – FCM/UPE; Mestra em Hebiatria – FOP/UPE; Doutoranda em Hebiatria pela FOP/UPE.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/4124560202214836

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9509-5502

E-mail: mariana.arruda@upe.br

Matheus dos Santos Carvalho

Enfermeiro neonatologista. Doutorando em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco – UPE.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1572851996184712

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5835-191X

E-mail: matheus.dcarvalho@souunit.com.br

Mauro Virgilio Gomes de Barros

Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade de Pernambuco (UPE), Escola Superior de Educação Física (ESEF), Recife, Pernambuco, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/4011800687498916

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3165-0965

E-mail: mauro.barros@upe.br

Mirian Domingos Cardoso

Docente do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria: Determinantes da Saúde na Adolescência da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil. Doutora em Saúde Pública (Epidemiologia), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/7014026892554041

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2256-8874

E-mail: mirian.domingos@upe.br

Robervam de Moura Pedroza

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Instituto Federal de Pernambuco – *Campus* Pesqueira. Doutorando em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9100858477299357

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4771-3916

E-mail: robervam.pedroza@upe.br

Ricardo de Freitas Dias

Doutor em Biologia Funcional e Molecular pela Universidade Estadual de Campinas. Professor adjunto da Universidade de Pernambuco e do Programa de Pós-graduação em Hebiatria.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/7718651811062865

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4846-9951

E-mail: ricardo.freitas@upe.br

Samanta Barbosa Feitosa

Doutoranda em Hebiatria. Programa de Pós-Graduação em Hebiatria, Universidade de Pernambuco (UPE)

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5993965940292297

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1659-7097

E-mail: samanta.barbosa@ufpe.br

Viviane Colares Soares de Andrade Amorim

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontopediatria. Professora do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0000912269667477

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2912-2100

E-mail: viviane.colares@upe.br

Wemerson Gonçalo

Sanitarista - FCM/UPE; especialista em Epidemiologia; Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/4778992436484900

ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8481-8599

E-mail: wemweson.goncalo@upe.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

acolhimento institucional 89, 95, 98, 99, 100, 107, 108, 109

adolescências plurais 10, 208, 209, 210

Atenção Primária à Saúde 20, 221, 223, 254

atividade física 12, 112, 168, 174, 176, 182, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 200, 201, 202, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 213

- atividade física habitual 209, 211, 213, 214, 215, 216, 219, 221, 222
- atividade física insuficiente 222
- deslocamento ativo 211, 214, 217, 222, 224

autolesão 11, 124, 142, 146, 148, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167

- autolesão não suicida 152, 156, 158, 159

B

bullying 11, 12, 47, 63, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

- desequilíbrio de poder 112, 113, 119, 121, 125
- intencionalidade 113, 119, 121, 125
- repetição 102, 113, 119, 121, 125, 147, 158

C

comportamentos de risco à saúde 12, 191, 193, 196, 198, 199, 202, 203, 212

- consumo de álcool 136, 140, 145, 147, 149, 194, 201, 211, 213, 215, 218
- consumo de substâncias psicoativas 141, 146, 191, 196
- tempo excessivo de tela 191

comportamento sedentário 172, 179, 186, 192, 193, 200, 209, 210, 211, 218, 228, 234, 236

comportamento suicida 152, 153, 160, 161, 164

COVID-19 55, 135, 153, 155, 166, 241, 243, 244, 245, 253, 254, 259, 260, 264

cyberbullying 11, 110, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 146

D

discriminação racial 35, 36, 41, 42, 53, 55, 56, 59, 61

Doenças Crônicas Respiratórias (DCR) 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273

- asma 263, 266, 267
- bronquiectasia 263, 266, 267
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) 263, 266, 267
- internações por DCR 264, 265, 273
- pneumoconiose 263, 266, 267

E

Estatuto da Criança e do Adolescente 9, 20, 88, 108, 145, 148, 154

F

futebol 10, 11, 12, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59

- futebol de base 229, 235, 236
- futebol feminino 51, 57, 58, 61, 227, 228, 229, 231, 234, 236
- futebol masculino 51, 52

H

hiperconectividade 227, 235, 236

homofobia 11, 62, 63, 64, 65, 69, 71, 74, 77, 80, 81, 82, 83, 84

- ambiente escolar 39, 63, 64, 72, 73, 74, 83, 116, 117, 119, 125, 143, 145, 204
- diário de campo 64, 66, 67, 70, 71, 72, 76, 77, 82, 83, 92, 94
- entrevistas 21, 24, 26, 64, 66, 67, 69, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 92, 93, 94
- observação participante 64, 66, 67, 69, 70, 76, 77, 81, 83
- pesquisa qualitativa 21, 64, 65, 77, 78, 80, 82, 85, 91, 248

I

identidade étnico-racial 10, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44

- afirmação identitária 40, 41, 43
- estereotipação 39, 41, 42, 43
- pertencimento 10, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 105, 154, 155, 159, 210, 217, 220
- relações racializadas 35, 36, 37, 43

integralidade 10, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 100

acesso à saúde 22
barreiras para a integralidade 22
linha de cuidado 28, 29, 30
intersetorialidade 26, 27, 30, 32, 108

O

ODS 3.3 13, 241, 244, 255, 257, 258

P

percepção de saúde 12, 192, 200, 207, 208, 209, 210, 213, 215, 217, 222, 223, 224, 225
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 11, 120, 128, 135, 149, 216, 224, 225
precipitação hídrica 13, 262, 265
Programa Saúde na Escola 25, 31, 32, 33, 145, 148
Projeto Atitude 12, 208, 211, 221, 223

Q

qualidade do sono 12, 170, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 193, 202, 204
arquitetura do sono 181, 183
distúrbios do sono 170, 179, 180, 184
duração do sono 184
eficiência habitual do sono 184
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh 183
latência do sono 178, 180, 184
qualidade subjetiva do sono 184

R

racismo 10, 11, 34, 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 51, 52, 53, 54
lesbofobia 57
racismo no futebol 51, 54, 55, 60
sexismo 51, 57, 58
Rede de Atenção à Saúde 20, 26
rede de proteção 88, 96, 103, 162, 164
reintegração familiar 11, 87, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 104, 106, 107
convivência familiar e comunitária 106
família de origem 92, 99, 105
família extensa 99, 106
reinstitucionalização 107, 109
vínculos familiares 89, 102, 103, 106

S

saúde mental 11, 12, 23, 25, 29, 42, 86, 112, 120, 124, 126, 142, 144, 147, 150, 152, 153, 155, 157, 161, 164, 177, 179, 182, 184, 195, 208, 220, 223
Sistema Único de Saúde 20, 32, 263, 266
sofrimento psíquico 141, 142, 145, 146, 147, 159, 161, 249

T

tecnologias digitais 120, 121, 126, 228, 230, 233
tempo de tela 12, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 184, 185, 192, 194, 195, 196, 198, 199, 202, 203
bem-estar digital 236
fadiga mental 228, 234, 236
restrição do uso de telas 236
tentativa de suicídio 11, 151, 152, 153, 157, 159, 160, 161, 162, 163
tuberculose 13, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 256, 260
abandono do tratamento 243, 249, 253
continuidade do tratamento 241, 242, 256, 257
diagnóstico oportuno 242, 253, 255
HIV/AIDS 258
taxa de abandono 243, 253, 257
taxa de cura 243, 253, 254, 257

U

uso de substâncias 12, 89, 112, 124, 141, 147, 160, 161, 164, 202, 204, 249
uso de telas 12, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 181, 182, 184, 185, 231, 233, 236

V

violência entre pares 124, 125
violência escolar 123, 138, 147, 225
violência física 11, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 159
ataques físicos 134, 137
monitoramento parental 142, 147
paradoxo de gênero 11, 133, 135, 138, 146
violência interpessoal 134, 165



www.PIMENTACULTURAL.com

Saúde e adolescências plurais

DIÁLOGOS MULTIDISCIPLINARES

CAPES

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UPE
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

PPGH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HEBIATRIA UPE

FACEPE
Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

pimenta cultural