



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 50, NÚMERO 150

RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2026

ISSN 2358-2898

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORAS-CHEFES | EDITORS-IN-CHIEF | EDITORES EN JEFE

Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com
Ana Maria Costa, Universidade do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>, e-mail: dotorana@gmail.com
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0424725782547579>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523>, e-mail: lenaurlobato@uol.com.br

EDITORA ADJUNTA | CO-EDITOR | COEDITOR

Ingrid D'avilla Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474477181659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: ingriddavilla@gmail.com

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS | EDITORES ASOCIADOS

Aldices Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4836670181191443>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676>, e-mail: aldices.miranda@ufrgs.br
Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br
Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: as.carlosmoraes@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Frederico Viana Machado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: phredvm@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br
Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260232140260557>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>, e-mail: manoelito.junior@uesb.edu.br
Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: monica.senna20@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.pegos@gmail.com
Ronald Teodoro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL | CONSEJO EDITORIAL
Ademar Arthur Chioro dos Reis, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9454572596499303> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br
Aldices Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4836670181191443> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676> – e-mail: aldices.miranda@ufrgs.br
Alicia Stolkiner, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – e-mail: astolkiner@gmail.com
Angel Martinez Hernaez, Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9303284609986584> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – e-mail: angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908250087435573> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – e-mail: brenofontes@gmail.com
Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br
Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: as.carlosmoraes@gmail.com
Carlos Botazzo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9399101827181317> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – e-mail: cbotazzo@hotmail.com
Claudia Travassos, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5585204991017721> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4789-8511> – e-mail: claudia.maria.travassos@gmail.com
Debora Diniz, Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3865117791041119> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – e-mail: d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – e-mail: emenendez1@yahoo.com.mx

Eduardo Maia Freese de Carvalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360319263720896> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8933361259561564> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – e-mail: elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis, Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6080881395968179> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com
Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Universidade do Distrito Federal (UnDF), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679654672181428> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – e-mail: helenocorrea@uol.com.br
Hugo Spinelli, Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/463213822346897> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – e-mail: hugospinelli09@gmail.com
Jairnilson Silva Paim, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – e-mail: jairnils@ufba.br
Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5997468854789199> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger, Institut de MédecineTropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – e-mail: contact@jeanpierreunger.com
José da Rocha Carvalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1818832385881541> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – e-mail: jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr., Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3585073727110885> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – e-mail: kenneth@uerj.br
Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br
Ligia Giovanella, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4385033727951834> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – e-mail: ligiagiovanella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795415938371676> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – e-mail: luizafacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138758876612437> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – e-mail: odorico@saude.gov.br
Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260232140260557>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>, e-mail: manoelito.junior@uesb.edu.br
Mario Esteban Hernández Álvarez, Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – e-mail: mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – e-mail: roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0245120067881150>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>, e-mail: monica.senna20@gmail.com
Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – e-mail: pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/571733693652268> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9266787581530443> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – e-mail: pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.pegos@gmail.com
Ronald Teodoro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8382058274832824> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – e-mail: ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7427179296567082> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – e-mail: radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9598943377170446> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – e-mail: profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5347631502837998> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – e-mail: sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (Santa Catarina/SC), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7164075918880484> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – e-mail: wfolive@terra.com.br



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO 150
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2026

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL | EDITORIAL

O Cebes na agenda pela desprivatização da saúde e do SUS

CEBES on the agenda for the deprivatization of health and SUS

El CEBES en la agenda por la desprivatización de la salud y del SUS

Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE |
ARTÍCULO ORIGINAL

Forças impulsoras e restritivas em um Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Driving and restraining forces in a Specialized Care Service for People Experiencing Sexual Violence
Fuerzas de conducción y contención en un Servicio de Atención Especializada para Personas en Situaciones de Violencia Sexual

Eduardo Araújo da Silva, Michelle Tavares Barbosa dos Santos, Juliana Bastoni da Silva, Dayana Sales Rodrigues, Wyttória Régia Neves da Conceição Duarte, Leonora Rezende Pacheco, Leidiane Ferreira Santos

Implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência: desafios e estratégias para o acesso e a adesão

Implementation of brief psychoanalytic groups for people exposed to violence: Challenges and strategies for access and adherence

Implementación de grupos psicoanalíticos breves para personas expuestas a la violencia: desafíos y estrategias para el acceso y la adhesión

Alice Andrade Silva, Evandro de Oliveira Gavi, Rosana Teresa Onocko Campos

Debate político acerca das vacinas/vacinação contra a covid-19 na CPI da pandemia em 2021

Political debate about vaccines/vaccination against COVID-19 in the 2021 pandemic Parliamentary Committee of Inquiry

Debate político sobre vacunas/vacunación contra COVID-19 en la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) sobre la pandemia en 2021

Rachel Luíza Santos Moura, Carmen Fontes Teixeira

Implicações da implementação de projeto Proadi para a gestão do SUS: fragilização da gestão pública?

Implications of implementing a PROADI project for the SUS management: Weakening of public management?
Implicaciones de la implementación del proyecto PROADI para la gestión del SUS: ¿debilitamiento de la gestión pública?

Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Sandra Maria Spedo, Marília C. P. Louvison, Aylene Emilia Moraes Bousquat, Ana Ligia Passos Meira, Marco Akerman, Oswaldo Yoshimi Tanaka

Suicídio, adolescência e juventude: o que queriam contar aquelas(es) que buscaram a 'Rede Pode Falar'?

Suicide, adolescence, and youth: What did those who sought the 'Rede Pode Falar' want to tell?

Suicidio, adolescencia y juventud: ¿Qué querían expresar quienes acudieron a la 'Rede Pode Falar'?

Marcelo Rasga Moreira, Marina Pereira Pires de Oliveira

Implementação da cadeia de abastecimento farmacêutico do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: construção da avaliação

Implementation of the Pharmaceutical Services Strategic Component supply chain: Building the evaluation

Implementación de la cadena de abastecimiento del Componente Estratégico de la Asistencia Farmacéutica: construcción de la evaluación

Mayara Batista Padilha Santos, Maria Auxiliadora Oliveira, Vera Lucia Luiza

Qualidade de vida numa comunidade quilombola urbana

Quality of life in an urban quilombola community

Calidad de vida en una comunidad quilombola urbana

Caroline de Menezes Cavalcanti, Liliane Lins-Kusterer, Fernando Martins Carvalho

Migração, vulnerabilidade e sífilis congênita na saúde materno-infantil: um estudo transversal no Brasil

Migration, vulnerability, and congenital syphilis in maternal and child health: A cross-sectional study in Brazil

Migración, vulnerabilidad y sífilis congénita en la salud materno infantil: un estudio transversal en Brasil

Priscila Campos de Matos Lacerda, Marco Aurélio Pereira Horta

O dispositivo ambulatorial e o cuidado em saúde mental: modelos em análise

The outpatient setting and mental health care: Models under analysis

El entorno ambulatorio y la atención de la salud mental: modelos en análisis

Fabiola Ferreira de Souza, Gustavo Zambenedetti

Regulamentação e controle do consumo de psicofármacos por crianças no Brasil: análise documental

Regulation and control of psychotropic drug prescriptions used by children in Brazil: A document analysis

Regulación y control del consumo de psicofármacos por parte de niños en Brasil: análisis documental

Marta Baltazar dos Santos Cerqueira, Marta Silva Menezes, Leila Marta Sampaio de Andrade, Mônica Ramos Daltro

Como lidar com a hesitação vacinal: estratégias a partir da percepção de profissionais de saúde

How to address vaccine hesitancy: Strategies based on healthcare professionals' perceptions

Cómo abordar la vacilación a la vacunación: estrategias basadas en la percepción de los profesionales de salud

Patrícia de Lima Lemos, Ester Paiva Souto, Celita Almeida Rosário, Priscila Cardia Petra, Flávia Maria Martins Vieira, Fabiana Turino

Desafios e desigualdades no cuidado alimentar em ambientes domésticos: experiências de mulheres negras

Challenges and inequalities in food care within home environments: Experiences of black women

Retos y desigualdades en el cuidado de la alimentación en el hogar: vivencias de mujeres negras

Gabriela Brito de Lima Silva, Elisabetta Recine

Mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero do Centro-Oeste brasileiro: desafios na promoção do cuidado em saúde sexual

Lesbians and cisgender bisexual women in the Brazilian Midwest: Challenges in promoting sexual health care
Mujeres lesbianas y bissexuales cisgénero en el Medio Oeste brasileño: desafíos en la promoción de la salud sexual

Pablo Cardozo Roccon, Murilo Kauê Leão Arruda Soares, Mariana Rosa Soares, Dominique da Silva Reis, Bruna Andrade Irineu, Gislayne Cristina Figueiredo

Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025: desafios e oportunidades para o fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil

Public Consultation SECTICS/MS No. 69/2025: Challenges and opportunities for strengthening clinical research in Brazil

Consulta Pública SECTICS/MS nº 69/2025: desafios y oportunidades para el fortalecimiento de la investigación clínica en Brasil

Giovanny Vinícius Araújo de França, Evandro de Oliveira Lupatini, Raísa Breda Tôso Sfalini, Michelle Zanon Pereira, Andréa Leite Ribeiro, Karla Andreia Mette Waldrich, Jaqueline Chueke Pureza, Meiruze Sousa Freitas, Fernanda De Negri

Fragmentos do cuidado: trajetória da política de saúde nos processos de transição de gênero

Fragments of care: The trajectory of health policy in gender transition processes

Fragmentos del cuidado: trayectoria de la política de salud en los procesos de transición de género

Jéssica da Silva Rodrigues, Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Governança judicial e deliberação intersetorial no SUS: avaliação normativa do Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco

Judicial governance and intersectoral deliberation in the SUS: A normative evaluation of the Pernambuco State Health Committee

Gobernanza judicial y deliberación intersectorial en el SUS: una evaluación normativa del Comité de Salud del Estado de Pernambuco

Helena Capela, Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Vazios legais e responsabilidade sanitária na regionalização do Sistema Único de Saúde: do desenho territorial às redes temáticas

Legal gaps and health responsibility in the regionalization of the Unified Health System: From territorial design to thematic networks

Vacíos legales y responsabilidad sanitaria en la regionalización del Sistema Único de Salud: del diseño territorial a las redes temáticas

Lilian Welz, Adelyne Maria Mendes Pereira, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Fernanda de Freitas Mendonça

ENSAIO | ESSAY | ENSAYO

**Manicômio e neoliberalismo: produzir
Esquizofrenia é produzir riqueza**

*Asylum and neoliberalism: The production of
schizophrenia as wealth production*
*Asilo y neoliberalismo: producir esquizofrenia es
producir riqueza*

Robert Filipe dos Passos, Simone Mainieri Paulon

**Aspectos éticos da fluoretação da água em
tempos de pseudociência e redes sociais digitais**

*Ethical aspects of water fluoridation in pseudoscience
and digital social media times*
*Aspectos éticos de la fluoración del agua en la era de
pseudociencia y redes sociales digitales*

Paulo Capel Narvai, Flávia Reis de Andrade

**A oportunidade de pensar e promover a literacia
em saúde do trabalhador no Brasil**

*The opportunity to understand and promote
occupational health literacy in Brazil*
*La oportunidad de reflexionar y fomentar la
alfabetización em salud de los trabajadores en Brasil*

Frederico Peres

Colapso ambiental e saúde: políticas e paradoxos

*Environmental collapse and health: Policies and
paradoxes*
Colapso ambiental y salud: políticas y paradoxos
Celia Almeida

REVISÃO | REVIEW | REVISIÓN

**Saúde de idosos e exposição a telas na pandemia
da covid-19: análise integrativa**

*Health of older adults and screen exposure during the
COVID-19 pandemic: Integrative review*
*Salud de las personas mayores y exposición a pantallas
durante la pandemia de COVID-19: un análisis integral*

Israel Bispo dos Santos, Everton Adriano de Moraes,
Dejacy Lourenço, Valdete Pereira de Lima, Wander Wilson
Campanha, José Elton Duque Ribeiro, Gabriel Kienen Tulio

RESENHA | CRITICAL REVIEW | RESENHA

**Da mensuração ao uso: monitoramento e
avaliação como instrumentos de justiça e
governança**

*From measurement to use: Monitoring and evaluation
as instruments of justice and governance*
*De la medición al uso: el seguimiento y la evaluación
como instrumentos de justicia y gobernanza*

Raphael Mendonça Guimarães

O Cebes na agenda pela desprivatização da saúde e do SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026150ED-P

ESTE EDITORIAL COMPLEMENTA O PUBLICADO NO NÚMERO ANTERIOR da revista ‘Saúde em Debate’ e busca aprofundar o debate sobre a privatização da saúde no Brasil, contribuindo para a agenda de desprivatização do Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto de partida é o capítulo da saúde na Constituição de 1988¹, fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que consagrou uma concepção radicalmente democrática e universalista da saúde. A trajetória do mandato constitucional revela, porém, que o SUS, apesar de avanços expressivos, convive com subfinanciamento crônico e com a expansão de um setor privado que se alimenta, paradoxalmente, de recursos públicos, configurando a hibridização do setor, produto de correlação de forças políticas, e não de neutralidade técnica.

Os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) consolidaram a hegemonia do ajuste macroeconômico neoliberal sobre o financiamento da saúde: a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Lei nº 101/2000), vigente até os dias atuais, limitou os gastos com pessoal, favorecendo o setor privado. No mesmo período, o governo regulamentou os planos de saúde (Lei nº 9.656/1998) e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Lei nº 9.961/2000), em ruptura implícita com o projeto universalista². Já a Emenda Constitucional nº 29/2000, que vinculou recursos mínimos à saúde, foi uma conquista do campo progressista, e não uma iniciativa governamental, mesmo com a resistência do Ministério da Fazenda do então governo³. Sob influência do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, o governo substituiu o horizonte universalista pelo ‘mínimo social garantido’ e criou as Organizações Sociais (OS) (Lei nº 9.637/1998), cuja constitucionalidade o Supremo Tribunal Federal reconheceria, em 2015, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin nº 1.923). As OS são dispensadas de licitação para contratos de gestão com o poder público em áreas como saúde, educação e cultura.

Os governos Lula e Dilma (2003-2016) ampliaram o orçamento da saúde e, com o programa Mais Médicos, a força de trabalho da saúde⁴, mas não enfrentaram estruturalmente a relação público-privada: mantiveram e ampliaram a renúncia fiscal aos planos de saúde, seguiram utilizando OS na gestão hospitalar e não dotaram a ANS de instrumentos para reverter a relação predatória do setor privado, posição que refletia estratégia deliberada de governabilidade em coalizão com partidos ligados a esse setor. Fagnani⁵ descreve o resultado como “desenvolvimentismo social” que ampliou serviços públicos sem romper com a lógica mercantil, adiando as contradições estruturais do texto constitucional. Em 2015, durante a crise econômica, Dilma adotou o ajuste fiscal do ministro Joaquim Levy, que enfraqueceu o SUS e aprofundou a dependência do setor privado⁶. Seu *impeachment*, em 2016, por golpe parlamentar apoiado por setores do capital privado de saúde, abriu caminho para a ofensiva privatista mais agressiva da história recente do SUS.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dotorana@gmail.com

²Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

O governo Temer aprovou a Emenda Constitucional – EC nº 95/2016, que congelou por 20 anos os gastos primários federais e retirou do SUS centenas de bilhões de reais ante a regra anterior^{6,7}, enquanto a renúncia fiscal ao setor privado seguia crescendo. O governo Bolsonaro (2019-2022), cuja gestão da pandemia é considerada uma das mais desastrosas do mundo⁸, aprofundou a terceirização e criou outras modalidades de OS, como o Programa Saúde na Hora, sem garantias de controle público. A vitória de Lula em 2022 trouxe a revogação da EC nº 95/2016, substituída pela EC nº 126/2022 (transição e marco fiscal) e pela Lei Complementar (LC) nº 200/2023, que instituiu o Novo Regime Fiscal, que ainda limita a expansão do SUS, a renúncia fiscal permanece sem solução estrutural e a coalizão de governo reproduz as tensões que já limitaram os mandatos anteriores. Mantem-se assim o desafio de avançar no projeto constitucional que exigiria enfrentar interesses que compõem a própria base parlamentar do governo e que depende da capacidade dos movimentos sociais e da academia de mobilizar e ampliar esse espaço de manobra⁹. Diante desse modelo híbrido, construído por escolhas políticas concretas, cabe examinar duas frentes de privatização: o mercado de planos de saúde e as OS.

O mercado de planos de saúde: lucro crescente, regulação insuficiente

O dado agregado de gasto de 5,1% do Produto Interno Bruto privado contra 4,7% público esconde dinâmica relevante: segundo a ANS¹⁰, operadoras e administradoras de benefícios registraram lucro líquido superior a R\$ 11 bilhões em 2024, alta de mais de 270% sobre 2023, receita total de cerca de R\$ 350 bilhões, o melhor resultado do setor desde o primeiro ano da pandemia, puxado pelo segmento médico-hospitalar e pela remuneração de

R\$ 120 bilhões em aplicações financeiras acumuladas. Há contrapartida na renda das famílias: Montes de Moraes et al.¹¹, com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/2018, mostram que o comprometimento da renda com planos individuais subiu de 4,5% (menores de 19 anos) para 10,6% (79 anos ou mais), superando 40% da renda per capita para mais de 5% das pessoas idosas que pagam esse plano, o que evidencia um deslocamento do risco para o indivíduo à medida que envelhece e adocece, ao contrário da proteção equivalente do SUS.

A renúncia fiscal à saúde é hoje objeto de disputa interpretativa: Mendes e Weiller¹² tratam a dedução de despesas médicas e de planos de saúde no Imposto de Renda como gasto tributário regressivo, que subtrai recursos potenciais do SUS; o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar¹³, financiado pelo próprio setor, contesta essa leitura, o que não a invalida automaticamente, mas exige contraponto de fontes independentes, lacuna que a saúde coletiva ainda não preencheu. Riani Costa e Bahia¹⁴, ao compararem o Brasil e os Estados Unidos da América, mostram que a adesão a planos cresce mesmo em cenários recessivos, contrariando a teoria econômica convencional. Trata-se de indicativo de que a saúde suplementar exige regulação que a considere como parte estrutural, e crescente, do financiamento setorial.

As Organizações Sociais: expansão sem avaliação sistemática

O levantamento do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde¹⁵ mostra que, dos 1.874 estabelecimentos hoje geridos por OS, concentrados sobretudo no Sudeste, cerca de 80% estão sob gestão de apenas 27 organizações, indício de mercado concentrado, não de universo pulverizado de entidades filantrópicas locais. A literatura sobre *accountability*,

ainda modesta, converge na constatação de lacuna entre a exigência legal de transparência e a prática. Moraes et al.¹⁶ verificaram que o estado do Rio de Janeiro, um dos entes que mais recorrem ao modelo, ocupava a 35ª posição entre 53 avaliados quanto à transparência ativa. Braga¹⁷ sistematizou irregularidades no modelo entre 2015 e 2022 e argumenta que migrar para outras gestões privadas, como Parceria Público-Privada (PPP) ou fundações estatais, sem enfrentar a *accountability*, tende a repetir as mesmas fragilidades sob outra denominação.

Esse acúmulo qualifica a posição historicamente contrária do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) às OS: a oposição de princípio não dispensa a entidade de produzir evidência sistemática sobre um modelo hoje consolidado. Dois eixos se impõem: atualizar o mapeamento da concentração do mercado de gestão hospitalar por OS, extensível às fundações estatais, e replicar, estado a estado, a metodologia de Moraes et al.¹⁶ para o monitoramento da transparência ativa, tarefa ao alcance dos núcleos estaduais e municipais do Cebes.

Os argumentos fiscais em favor da privatização: elementos para uma leitura crítica

Entender a tensão entre o direito constitucional e o mercado lucrativo como disputa política exige revisitar os argumentos fiscais que os defensores da ampliação do espaço privado utilizam na sustentação técnica do discurso da “colaboração”¹⁸ e que a crítica não pode ignorar sob pena de perder força persuasiva. O argumento mais recorrente é que as PPP, as OS e as concessões ampliam a capacidade de investimento público sem gerar dívida direta nem pressionar o resultado primário no curto prazo, já que o desembolso é diluído no tempo¹⁹, apelo real sob a vigência da LRF, arcabouço que historicamente limitou a

ampliação da força de trabalho pública. Estudo do Banco Mundial sobre a eficiência do gasto em saúde no Brasil chega a recomendar as PPP como caminho para melhorar a relação custo-resultado do SUS²⁰, argumento ao qual se somam os de transferência de risco e de estímulo a ganhos de escala, defendidos por entidades como o Instituto Coalizão Saúde²¹.

A crítica a esses argumentos, além de política, deve ser também empírica: Almeida¹⁹ observa que as PPP raramente são precedidas de avaliação de custo-efetividade diante da provisão pública direta, em que a decisão parte da premissa de que a parceria é inevitável e vantajosa, não de análise comparativa, o que faz do argumento da eficiência mais justificativa retórica do que resultado demonstrado. Além disso, a ausência de dívida contábil no momento da contratação não significa ausência de compromisso fiscal, pois a PPP cria uma obrigação de longo prazo que compete com outras prioridades orçamentárias futuras, inclusive com a própria expansão da rede pública. Há, portanto, tensão real entre dois caminhos: a expansão da rede pública própria, que exige enfrentar os limites de gasto com pessoal e investimento; e a parceria com o setor privado, que contorna esses limites no curto prazo, ao custo de comprometer recursos futuros e transferir a governança a atores cujo objetivo declarado – a rentabilidade e o lucro – não coincide com os princípios constitucionais de universalidade e integralidade. Reconhecer a coerência interna do argumento fiscal privatista, e não apenas denunciá-lo como interesse disfarçado, é condição para que o Cebes possa disputar esse terreno com propostas concretas de financiamento público.

Por uma agenda de enfrentamento

Com relação às OS, a prioridade é produzir, e não apenas reivindicar, avaliação sistemática de desempenho, atualizando os indicadores de concentração¹⁵ e de transparência ativa¹⁶,

com possibilidade de encaminhamento aos Tribunais de Contas estaduais e ao Tribunal de Contas da União nos casos em que a lacuna de publicização configure descumprimento da Lei de Acesso à Informação.

Quanto à força de trabalho, o debate sobre carreira única para o SUS exige separar a forma de contratação de serviços que pode envolver diferentes modelos de gestão da forma de vínculo dos trabalhadores, hoje fragmentada entre Regime Jurídico Único, Consolidação das Leis do Trabalho, contratos temporários, terceirização por OS e fundações, para que a defesa de um vínculo público estável não fique refém da posição sobre um modelo de gestão específico.

Outro aspecto a ser colocado no debate sobre privatização refere-se às emendas parlamentares: entre 2014 e 2023, o volume de emendas destinado à saúde cresceu 371%, de R\$ 4,9 bilhões para R\$ 23 bilhões²²; em 2024, do total de R\$ 44,67 bilhões em emendas, 66% foram direcionados à saúde e às transferências para municípios²³. Fleury et al.²⁴ mostram que, enquanto a despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde cresceu 163% entre 2013 e 2024, a parcela originária de emendas cresceu 2.657%, evidenciando uma mudança substantiva de composição, não apenas de volume. Essa dinâmica decorre de encadeamento normativo recente: a EC nº 86/2015 tornou impositivas as emendas individuais e vinculou 50% à saúde; a EC nº 126/2022 elevou o percentual para 2% da Receita Corrente Líquida e estendeu a impositividade às emendas de bancada; e a LC nº 210/2024 ampliou as obrigações de repasse a partir de 2025²⁵, alterando o equilíbrio entre os poderes, já que o instrumento concebido como complemento orçamentário caso a caso tornou-se fonte estrutural de financiamento do SUS, desvinculada de planejamento nacional, regional ou local.

Os efeitos práticos são a fragmentação do planejamento, a desigualdade na distribuição de recursos e a abertura ao clientelismo. Pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde sobre emendas em saúde entre 2016 e 2024 constatou que, quanto menor o município,

maior o volume recebido via emendas para a atenção básica, recursos que, por não financiarem despesa de pessoal, produzem capacidade instalada sem os profissionais necessários para operá-la²². O problema não é apenas de captura política, mas de desenho: mesmo emendas bem-intencionadas operam com um instrumento inadequado para financiar o item mais crítico do SUS, a força de trabalho. A Resolução nº 798/2025 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que definiu o controle social sobre as emendas, ainda não tem seu alcance avaliado, o que constitui uma janela concreta para que o Cebes acompanhe sua implementação antes que a aplicação, ou a inaplicação, torne-se fato consumado.

Nesse contexto, duas frentes são viáveis no curto prazo: acompanhar sistematicamente a implementação da Resolução CNS nº 798/2025 nos conselhos estaduais e municipais de saúde; e defender, no debate legislativo sobre o próximo Orçamento, que emendas individuais sejam redirecionadas prioritariamente vinculadas a Planos Municipais de Saúde já aprovados nos respectivos conselhos, o que não elimina o instrumento, mas o subordina ao planejamento em saúde.

Quanto ao financiamento, vincular todo novo recurso federal à expansão exclusiva da rede pública própria, e não à contratação de serviços privados, merece ser uma bandeira legislativa, articulada à luta pela Lei de Responsabilidade Social e Sanitária, para que a expansão orçamentária conquistada nos últimos anos deixe de ser compatível com o crescimento simultâneo e vigoroso da participação privada. Por fim, a resposta do Cebes aos argumentos fiscais examinados não pode ser restrita apenas à denúncia do interesse econômico por trás de PPP e OS, mas à produção de estudos de custo-efetividade comparada entre gestão direta e privada hoje praticamente ausentes na literatura brasileira¹⁹ que permitam disputar, com evidência própria, o terreno técnico hoje ocupado quase exclusivamente por institutos financiados pelo setor privado e por organismos como o Banco Mundial.

Contribuições de autoria

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*,
Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*

e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*
contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
2. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)
5. Fagnani E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2005.350149>
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Amer* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 jul 24];10(3):1-28. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
8. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*. 2020;44(125):289-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
9. Funcia FR, Pinto EG, Santos L, et al. Novo arcabouço fiscal e financiamento federal do SUS. *Domingueira* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 3];16. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-16-maio-2023>
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desempenho econômico-financeiro do setor de saúde suplementar em 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2025.
11. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
12. Mendes Á, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>

13. Reis A. Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde. Texto para Discussão n. 58 [Internet]. São Paulo: IESS; [2016] [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-58-deduocoes-fiscais-das-despesas-com-saude-do>
14. Costa DCAR, Bahia L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. Cad Saúde Pública. 2022;38(8):e00000122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>
15. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Levantamento sobre a gestão de estabelecimentos de saúde por Organizações Sociais. Ibross [Internet]. 2023 maio 9 [acesso em 2026 jul 24]; Notícias. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/ibross-publica-informacoes-sobre-estabelecimentos-geridos-por-organizacoes-sociais-de-saude-no-brasil/>
16. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
17. Braga MVA. A accountability do modelo de organização social da saúde brasileiro: uma análise frente às irregularidades detectadas de 2015 à 2022. In: Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública [Internet]; 2022; Ananindeua. Ananindeua: Unama; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://static.even3.com/processos/6a73b82a23a048c391cf.pdf?v=639209148810059956>
18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad Saúde Pública. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
19. Almeida C. Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad Saúde Pública. 2017;33:e00197316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>
20. Araujo E, Lobo MS, Medici A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):86-95](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95)
21. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]; Icos; © 2025. Visão sobre a saúde: agenda prioritária; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/>
22. Kroll R. Emendas parlamentares ganham força na destinação de recursos para saúde. Futuro da Saúde [Internet]. 2024 dez 4 [acesso em 2026 jul 24]; Orçamento. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/emendas-parlamentares-recursos-saude/>
23. Câmara dos Deputados. Maior parcela das emendas parlamentares ao Orçamento é destinada à saúde e a transferências para municípios. Agência Câmara [Internet]. 2024 mar 25 [acesso em 2026 jul 24]; Política e Administração Pública. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1046785-maior-parcela-das-emendas-parlamentares-ao-orcamento-e-destinada-a-saude-e-a-transferencias-para-municipios/>
24. Fleury S, Lanzara A, Burlandy L, et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. Saúde Debate. 2025;49(147):e10824. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710824P>
25. Santos L, Funcia F. Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. Consultor Jurídico [Internet]. 2025 abr 12 [acesso em 2026 jul 24]; Opinião. Disponível em: <https://conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>

CEBES on the agenda for the deprivatization of health and SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026150ED-1

THIS EDITORIAL COMPLEMENTS THE ONE PUBLISHED IN THE PREVIOUS ISSUE of the journal 'Saúde em Debate'. It seeks to deepen the debate on the privatization of health in Brazil, helping with the agenda of deprivatization of the Unified Health System (SUS). The starting point is the chapter on health in the 1988 Constitution¹, the result of the struggle of the Brazilian Health Reform Movement, which enshrined a radically democratic and universalist conception of health. The trajectory of the constitutional mandate reveals, however, that the SUS, despite considerable advances, coexists with chronic underfunding and with the expansion of a private sector that paradoxically feeds on public resources, configuring the hybridization of the sector, a product of the correlation of political forces, and not of technical neutrality.

The two terms of Fernando Henrique Cardoso (FHC) consolidated the hegemony of neoliberal macroeconomic adjustment over health financing: the Fiscal Responsibility Law (LRF) (Law No. 101/2000), in force until the present day, limited personnel expenses, favoring the private sector. In the same period, the government regulated health plans (Law No. 9,656/1998) and created the National Supplementary Health Agency (ANS) (Law No. 9,961/2000), in an implicit break with the universalist project². On the other hand, Constitutional Amendment No. 29/2000, which linked minimum resources to health, was an achievement of the progressive field, and not a government initiative, even with the resistance of the Ministry of Finance of the then government³. Under the influence of the World Bank and the Inter-American Development Bank, the government replaced the universalist horizon with the 'guaranteed social minimum' and created the Social Organizations (OS) (Law No. 9,637/1998), whose constitutionality the Federal Supreme Court would recognize in 2015, in the Direct Action of Unconstitutionality (ADIN No. 1,923). OSs are exempt from bidding for management contracts with the government in areas such as health, education, and culture.

The Lula and Dilma governments (2003-2016) expanded the health budget and, with the More Doctors program, the health workforce⁴. Still, they did not structurally confront the public-private relationship: they maintained and expanded the tax waiver of health plans, continued to use OS in hospital management, and did not provide the ANS with resources to reverse the predatory relationship of the private sector, a position that reflected a deliberate strategy of governability in coalition with parties linked to this sector. Fagnani⁵ describes the result as "social developmentalism" that expanded public services without violating the mercantile logic, postponing the structural contradictions of the constitutional text. In 2015, during the economic crisis, Dilma adopted the fiscal adjustment of Minister Joaquim Levy, which weakened the SUS and deepened dependence on the private sector⁶. His impeachment, in 2016, by a parliamentary coup supported by sectors of private health capital, paved the way for the most aggressive privatization offensive in the recent history of the SUS.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dotorana@gmail.com

²Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

The Temer government approved the Constitutional Amendment – EC No. 95/2016, which froze federal primary spending for 20 years and withdrew hundreds of billions of reais from the SUS compared to the previous rule^{6,7}, while the tax waiver to the private sector continued to grow. The Bolsonaro government (2019-2022), whose management of the pandemic is considered one of the most disastrous in the world⁸, deepened outsourcing and created other types of OS, such as the Health on the Spot Program, without guarantees of public control. Lula's victory in 2022 brought the repeal of EC No. 95/2016, replaced by EC No. 126/2022 (transition and fiscal framework) and by Complementary Law (LC) No. 200/2023, which instituted the New Fiscal Regime, which still limits the expansion of the SUS, the tax waiver remains without a structural solution and the government coalition reproduces the tensions that have already limited previous mandates. Thus remains the challenge of advancing the constitutional project – which would require confronting interests that make up the government's own parliamentary base – and which depends on the capacity of social movements and academia to mobilize and expand this room for maneuver⁹. In the face of this hybrid model, built by concrete political choices, it is worth examining two fronts of privatization: the health insurance market and the OS.

The health insurance market: Growing profit, insufficient regulation

The aggregate data of spending of 5.1% of the private Gross Domestic Product against 4.7% public hides relevant dynamics: according to ANS¹⁰, operators and benefit administrators recorded net income of more than R\$ 11 billion in 2024, an increase of more than 270% over

2023, total revenue of around R\$ 350 billion, the best result in the sector since the first year of the pandemic, driven by the medical-hospital segment and the remuneration of R\$ 120 billion in accumulated financial investments. There is a counterpart in the income of the families: Montes de Moraes et al.¹¹, with data from the 2017/2018 Household Budget Survey, show that the commitment of income to individual plans rose from 4.5% (under 19 years of age) to 10.6% (79 years or older), exceeding 40% of per capita income for more than 5% of older people who pay for this plan, which shows a shift in risk to the individual as they get older and becomes ill, unlike the equivalent protection of the SUS.

The tax waiver for health is currently the subject of an interpretative dispute: Mendes and Weiller¹² treat the deduction of medical expenses and health plans in the Income Tax as a regressive tax expense, which subtracts potential resources from the SUS; the Institute of Supplementary Health Studies¹³, financed by the sector itself, contests this reading, which does not automatically invalidate it, but requires counterpoint from independent sources, a gap that public health has not yet filled. Riani Costa and Bahia¹⁴, when comparing Brazil and the United States of America, show that adherence to plans increases even in recessionary scenarios, contrary to conventional economic theory. This indicates that supplementary health requires regulation that treats it as a structural and growing part of sectoral financing.

Social Organizations: Expansion without systematic evaluation

A survey by the Brazilian Institute of Social Health Organizations¹⁵ shows that, of the 1,874 establishments currently managed by OS, concentrated mainly in the Southeast, about 80% are under the management of

only 27 organizations, an indication of a concentrated market, not of a pulverized universe of local philanthropic entities. The literature on accountability, still modest, converges in the finding of a gap between the legal requirement of disclosure and practice. Morais et al.¹⁶ found that the state of Rio de Janeiro, one of the entities that most use the model, occupied the 35th position among 53 evaluated in terms of active transparency. Braga¹⁷ systematized irregularities in the model between 2015 and 2022 and argues that migrating to other private administrations, such as Public-Private Partnerships (PPP) or state foundations, without facing accountability, tends to repeat the same weaknesses under another name.

This accumulation qualifies the position historically opposed by the Brazilian Center for Health Studies (CEBES) to OS: the opposition in principle does not exempt the entity from producing systematic evidence on a model that is now consolidated. Two axes are required: to update the mapping of the concentration of the hospital management market by OS, which can be extended to state foundations, and to replicate, state by state, the methodology of Morais et al.¹⁶ for the monitoring of active transparency, a task within the reach of the state and municipal centers of CEBES.

The fiscal arguments in favor of privatization: Elements for a critical reading

Understanding the tension between constitutional law and the lucrative market as a political dispute requires revisiting the fiscal arguments that defenders of the expansion of private space use in the technical support of the discourse of “collaboration”¹⁸ and that criticism cannot ignore at the risk of losing persuasive force. The most recurrent

argument is that PPPs, OSs and concessions expand the capacity for public investment without generating direct debt or putting pressure on the primary balance in the short term, since the disbursement is diluted over time¹⁹, a real appeal under the LRF, a framework that has historically limited the expansion of the public workforce. A World Bank study on the efficiency of health spending in Brazil even recommends PPPs as a way to improve the cost-result ratio of the SUS²⁰, an argument to which are added those of risk transfer and stimulus to economies of scale, defended by entities such as the Health Coalition Institute²¹.

The criticism of these arguments, in addition to being political, must also be empirical: Almeida¹⁹ observes that PPPs are rarely preceded by a cost-effectiveness assessment in the face of direct public provision, in which the decision is based on the premise that the partnership is inevitable and advantageous, not on comparative study, which makes the argument of efficiency more rhetorical justification than demonstrated results. In addition, the absence of accounting debt at the time of contracting does not mean the absence of fiscal commitment, as the PPP creates a long-term obligation that competes with other future budget priorities, including the expansion of the public network itself. There is, therefore, real tension between two paths: the expansion of the public network, which requires facing the limits of spending on personnel and investment; and the partnership with the private sector, which sidesteps these limits in the short term, at the cost of committing future resources and transferring governance to actors whose declared objective – profitability and profit – does not coincide with the constitutional principles of universality and integrality. Accepting the internal coherence of the privatizing tax argument, and not just denouncing it as a disguised interest, is a condition for CEBES to be able to dispute this terrain with concrete proposals for public financing.

For an agenda of confrontation

Concerning OSs, the priority is to produce, and not just claim, systematic performance evaluation, updating the indicators of concentration¹⁵ and active transparency¹⁶, with the possibility of forwarding them to the state Audit Courts and the Federal Court of Accounts in cases where the publicity gap constitutes non-compliance with the Access to Information Law.

As for the workforce, the debate on a single career for the SUS requires separating the form of contracting services that may involve different management models from the form of employment of workers, which is currently fragmented between the Unified Legal Regime, the Consolidation of Labor Laws, temporary contracts, outsourcing by OS and foundations, so that the defense of a stable public bond is not held hostage to the position on a specific management model.

Another aspect to be raised in the debate on privatization refers to parliamentary amendments: between 2014 and 2023, the volume of amendments destined to the public sector grew by 371%, from R\$ 4.9 billion to R\$ 23 billion²²; in 2024, of the total of R\$ 44.67 billion in amendments, 66% were directed to the public and transfers to municipalities²³. Fleury et al.²⁴ show that, while total expenditure on Public Actions and Services in Health grew 163% between 2013 and 2024, the share originating from amendments grew 2,657%, evidencing a substantive change in composition, not just in volume. This trend stems from a recent normative chain: EC No. 86/2015 made individual amendments mandatory and linked 50% to the tax; EC No. 126/2022 raised the percentage to 2% of Net Current Revenue and extended the impositivity to bench amendments; and LC No. 210/2024 expanded the transfer obligations as of 2025²⁵, altering the balance between the powers, since the instrument conceived as a budgetary complement to the case by case has become a structural source of financing for the SUS, unlinked to national, regional or local planning.

The practical effects are the fragmentation of planning, inequality in the distribution of resources and vulnerability to clientelism. A survey by the Institute for Health Policy Studies on amendments in health between 2016 and 2024 found that the smaller the municipality, the greater the volume received via amendments for basic care, resources that, because they do not finance personnel expenses, produce installed capacity without the necessary professionals to operate it²². The problem is not only one of political capture, but of design: even well-intentioned amendments operate with an inadequate instrument to finance the most critical item of the SUS, the labor force. Resolution No. 798/2025 of the National Health Council (CNS), which defined social control over the amendments, has not yet been assessed, which constitutes a concrete window for CEBES to monitor its implementation before the application, or non-application, becomes a *fait accompli*.

In this context, two fronts are viable in the short term: systematically monitor the implementation of CNS Resolution No. 798/2025 in state and municipal health councils; and defending, in the legislative debate on the next Budget, that individual amendments be redirected mainly linked to Municipal Health Plans already approved by the respective councils, which does not eliminate the instrument, but subordinates it to health planning.

As for financing, linking every new federal resource to the exclusive expansion of the public network itself, and not to the contracting of private services, deserves to be a legislative flag, articulated with the struggle for the Social and Sanitary Responsibility Law, so that the budget expansion achieved in recent years is no longer compatible with the simultaneous and vigorous growth of private participation. Finally, CEBES' response to the fiscal arguments examined cannot be restricted only to denouncing the economic interest behind PPPs and OSs. Still, it should focus on producing comparative cost-effectiveness studies between direct and private

management, which are currently practically absent in the Brazilian literature¹⁹, and which would allow us to dispute, with their own evidence, the technical terrain currently occupied almost exclusively by institutes financed by the private sector and by organizations such as the World Bank.

Authorship contributions

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* also contributed to the preparation of the manuscript. ■

References

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
2. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)
5. Fagnani E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2005.350149>
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Amer* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 jul 24];10(3):1-28. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
8. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde e Debate*. 2020;44(125):289-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
9. Funcia FR, Pinto EG, Santos L, et al. Novo arcabouço fiscal e financiamento federal do SUS. *Domingueira* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 3];16. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-16-maio-2023>
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desempenho econômico-financeiro do setor de saúde suplementar em 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2025.
11. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
12. Mendes Á, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamen-

- to do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>
13. Reis A. Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde. Texto para Discussão n. 58 [Internet]. São Paulo: IESS; [2016] [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-58-deduocoes-fiscais-das-despesas-com-saude-do>
 14. Costa DCAR, Bahia L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(8):e00000122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>
 15. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Levantamento sobre a gestão de estabelecimentos de saúde por Organizações Sociais. Ibross [Internet]. 2023 maio 9 [acesso em 2026 jul 24]; Notícias. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/ibross-publica-informacoes-sobre-estabelecimentos-geridos-por-organizacoes-sociais-de-saude-no-brasil/>
 16. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
 17. Braga MVA. A accountability do modelo de organização social da saúde brasileiro: uma análise frente às irregularidades detectadas de 2015 à 2022. In: *Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública* [Internet]; 2022; Ananindeua. Ananindeua: Unama; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://static.even3.com/processos/6a73b82a23a048c391cf.pdf?v=639209148810059956>
 18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
 19. Almeida C. Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00197316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>
 20. Araujo E, Lobo MS, Medici A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. *J Bras Econ Saúde*. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):86-95](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95)
 21. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: Icos; © 2025. Visão sobre a saúde: agenda prioritária; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/>
 22. Kroll R. Emendas parlamentares ganham força na destinação de recursos para saúde. *Futuro da Saúde* [Internet]. 2024 dez 4 [acesso em 2026 jul 24]; Orçamento. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/emendas-parlamentares-recursos-saude/>
 23. Câmara dos Deputados. Maior parcela das emendas parlamentares ao Orçamento é destinada à saúde e a transferências para municípios. Agência Câmara [Internet]. 2024 mar 25 [acesso em 2026 jul 24]; Política e Administração Pública. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1046785-maior-parcela-das-emendas-parlamentares-ao-orcamento-e-destinada-a-saude-e-a-transferencias-para-municipios/>
 24. Fleury S, Lanzara A, Burlandy L, et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. *Saúde Debate*. 2025;49(147):e10824. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710824P>
 25. Santos L, Funcia F. Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. *Consultor Jurídico* [Internet]. 2025 abr 12 [acesso em 2026 jul 24]; Opinião. Disponível em: <https://conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>

El CEBES en la agenda por la desprivatización de la salud y del SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026150ED-E

ESTE EDITORIAL COMPLEMENTA EL PUBLICADO EN EL NÚMERO ANTERIOR de la revista Saude em Debate y busca profundizar el debate sobre la privatización de la salud en Brasil, contribuyendo a la agenda de desprivatización del Sistema Único de Salud (SUS). El punto de partida es el capítulo dedicado a la salud en la Constitución de 1988¹, fruto de la lucha del Movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, que consagró una concepción radicalmente democrática y universalista de la salud. Sin embargo, la trayectoria del mandato constitucional revela que el SUS, a despecho de los importantes avances alcanzados, convive con un subfinanciamiento crónico y con la expansión de un sector privado que se nutre, paradójicamente, de recursos públicos, configurando la hibridación del sector como resultado de la correlación de fuerzas políticas y no de una supuesta neutralidad técnica.

Los dos mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) consolidaron la hegemonía del ajuste macroeconómico neoliberal sobre la financiación de la salud: la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF) (Ley n° 101/2000), vigente hasta la actualidad, limitó el gasto en personal, favoreciendo al sector privado. En ese mismo período, el gobierno reglamentó los planes de salud (Ley n° 9.656/1998) y creó la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) (Ley n° 9.961/2000), en una ruptura implícita con el proyecto universalista². Por su parte, la Enmienda Constitucional n° 29/2000, que vinculó recursos mínimos a la salud, fue una conquista del campo progresista y no una iniciativa gubernamental, a pesar de la resistencia del Ministerio de Hacienda del gobierno de entonces³. Bajo la influencia del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, el gobierno sustituyó el horizonte universalista por el del ‘mínimo social garantizado’ y creó las Organizaciones Sociales (OS) (Ley n° 9.637/1998), cuya constitucionalidad sería reconocida por el Supremo Tribunal Federal, en 2015, en la Acción Directa de Inconstitucionalidad (Adin n° 1.923). Las OS están exentas de los procedimientos de licitación para la celebración de contratos de gestión con el poder público en áreas como la salud, la educación y la cultura.

Los gobiernos de Lula y Dilma (2003-2016) ampliaron el presupuesto destinado a la salud y, mediante el programa Más Médicos, fortalecieron la fuerza laboral del sector salud⁴, pero no abordaron de manera estructural la relación entre los sectores público y privado: mantuvieron y ampliaron las exenciones fiscales para los planes de salud, continuaron utilizando las OS en la gestión hospitalaria y no dotaron a la ANS de instrumentos para revertir la relación depredadora del sector privado, postura que reflejaba una estrategia deliberada de gobernabilidad en coalición con partidos vinculados a ese sector. Fagnani⁵ describe el resultado como un “desarrollismo social” que amplió los servicios públicos sin romper con la lógica mercantil, postergando las contradicciones estructurales del texto constitucional. En 2015, durante la crisis económica, Dilma adoptó el ajuste fiscal impulsado por el ministro Joaquim Levy, lo que debilitó al SUS y profundizó la dependencia del sector privado⁶. Su destitución (impeachment), en 2016, mediante

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dotorana@gmail.com

²Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

un golpe parlamentario apoyado por sectores del capital privado de la salud, abrió el camino para la ofensiva privatizadora más agresiva de la historia reciente del SUS.

El gobierno de Temer aprobó la Enmienda Constitucional (EC) n° 95/2016, que congeló durante 20 años el gasto primario federal y sustrajo del SUS cientos de miles de millones de reales en comparación con la regla anterior^{6,7}, mientras que las exenciones fiscales al sector privado continuaban aumentando. El gobierno de Bolsonaro (2019-2022), cuya gestión de la pandemia es considerada una de las más desastrosas del mundo⁸, profundizó la tercerización y creó otras modalidades de OS, como el Programa Saúde na Hora, sin garantías de control público. La victoria de Lula en 2022 dio lugar a la derogación de la EC n° 95/2016, sustituida por la EC n° 126/2022 (transición y marco fiscal) y por la Ley Complementaria (LC) n° 200/2023, que instituyó el Nuevo Régimen Fiscal. No obstante, dicho régimen sigue limitando la expansión del SUS; las exenciones fiscales permanecen sin una solución estructural, y la coalición de gobierno reproduce las tensiones que ya habían limitado los mandatos anteriores. Por lo tanto, persiste el reto de impulsar el proyecto constitucional, lo que requiere hacer frente a los intereses que conforman la propia base parlamentaria del gobierno y depender de la capacidad de los movimientos sociales y del mundo académico para movilizarse y ampliar este margen de maniobra. Frente a este modelo híbrido, construido a partir de decisiones políticas concretas, corresponde examinar dos frentes de privatización: el mercado de los planes de salud y las OS.

El mercado de los planes de salud: ganancias crecientes y regulación insuficiente

El dato agregado del gasto, equivalente al 5,1% del Producto Interno Bruto (PIB) privado

frente al 4,7% del PIB público, oculta una dinámica relevante: según la ANS¹⁰, las operadoras y administradoras de beneficios registraron una utilidad neta superior a R\$ 11 mil millones en 2024, lo que representa un incremento de más del 270% con respecto a 2023, con ingresos totales cercanos a R\$ 350 mil millones, el mejor resultado del sector desde el primer año de la pandemia, impulsado por el segmento médico-hospitalario y por los R\$ 120 mil millones obtenidos en rendimientos de inversiones financieras acumuladas. Este escenario tiene un correlato en los ingresos de los hogares: Montes de Moraes et al.¹¹, a partir de datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 2017/2018, muestran que la proporción del ingreso destinada a los planes individuales aumentó del 4,5% (menores de 19 años) al 10,6% (79 años o más), superando el 40% del ingreso per cápita en más del 5% de las personas mayores que pagan este tipo de plan. Ello pone de manifiesto un desplazamiento del riesgo hacia el individuo a medida que envejece y enferma, en contraste con la protección equivalente garantizada por el SUS.

La renuncia fiscal en el ámbito de la salud constituye actualmente un objeto de disputa interpretativa: Mendes y Weiller¹² consideran que la deducción de los gastos médicos y de los planes de salud en el Impuesto sobre la Renta representa un gasto tributario regresivo que sustrae recursos potenciales del SUS; por su parte, el Instituto de Estudios de Salud Suplementaria¹³, financiado por el propio sector, cuestiona esta interpretación, lo que no la invalida automáticamente, pero sí exige un contrapunto basado en fuentes independientes, una laguna que la salud colectiva aún no ha logrado subsanar. Riani Costa y Bahia¹⁴, al comparar Brasil y los Estados Unidos de América, muestran que la afiliación a los planes de salud continúa creciendo incluso en contextos recesivos, contradiciendo la teoría económica convencional. Esto indica que la salud

suplementaria requiere una regulación que la considere como una parte estructural y creciente del financiamiento del sector.

Las Organizaciones Sociales: expansión sin evaluación sistemática

El relevamiento realizado por el Instituto Brasileño de las Organizaciones Sociales de Salud¹⁵ muestra que, de los 1.874 establecimientos actualmente gestionados por OS, concentrados principalmente en la región Sudeste, alrededor del 80% se encuentra bajo la administración de tan solo 27 organizaciones, lo que constituye un indicio de un mercado concentrado y no de un universo atomizado de entidades filantrópicas locales. La literatura sobre accountability, aunque todavía limitada, converge en señalar la existencia de una brecha entre la exigencia legal de transparencia y su aplicación en la práctica. Morais et al.¹⁶ verificaron que el estado de Río de Janeiro, una de las entidades federativas que más recurre a este modelo, ocupaba el 35.º lugar entre los 53 evaluados en materia de transparencia activa. Braga¹⁷ sistematizó las irregularidades del modelo entre 2015 y 2022 y sostiene que migrar hacia otras formas de gestión privada, como las Asociaciones Público-Privadas (APP) o las fundaciones estatales, sin abordar el problema de la accountability, tiende a reproducir las mismas debilidades bajo otra denominación.

Este acervo de conocimientos refuerza la posición históricamente contraria del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) respecto de las OS: la oposición de principio no exime a la entidad de producir evidencia sistemática sobre un modelo que hoy se encuentra consolidado. Se imponen dos líneas de acción: actualizar el mapeo de la concentración del mercado de gestión hospitalaria a cargo de las OS, extensible a las fundaciones estatales, y replicar, estado por estado, la metodología de Morais et al.¹⁶ para el monitoreo

de la transparencia activa, tarea que está al alcance de los núcleos estatales y municipales del CEBES.

Los argumentos fiscales a favor de la privatización: elementos para una lectura crítica

Entender la tensión entre el derecho constitucional y el mercado lucrativo como una disputa política exige revisar los argumentos fiscales que los defensores de la ampliación del espacio privado utilizan para sustentar técnicamente el discurso de la “colaboración”¹⁸ y que la crítica no puede ignorar sin correr el riesgo de perder fuerza persuasiva. El argumento más recurrente sostiene que las Asociaciones Público-Privadas (APP), las OS y las concesiones amplían la capacidad de inversión pública sin generar deuda directa ni presionar el resultado fiscal primario en el corto plazo, ya que el desembolso se distribuye a lo largo del tiempo¹⁹, un argumento especialmente atractivo bajo la vigencia de la LRF, marco normativo que históricamente ha limitado la expansión de la fuerza laboral del sector público. Un estudio del Banco Mundial sobre la eficiencia del gasto en salud en Brasil llega incluso a recomendar las APP como una vía para mejorar la relación costo-resultado del SUS²⁰, argumento al que se suman los de transferencia de riesgos y estímulo a las economías de escala, defendidos por entidades como el Instituto Coalición Salud²¹.

La crítica a estos argumentos debe ser, además de política, empírica. Almeida¹⁹ observa que las APP rara vez son precedidas por una evaluación de costo-efectividad en comparación con la provisión pública directa, ya que la decisión parte de la premisa de que la asociación es inevitable y ventajosa, y no de un análisis comparativo. Esto convierte el argumento de la eficiencia más en una justificación retórica que en un resultado

demostrado. Asimismo, la ausencia de deuda contable en el momento de la contratación no implica la ausencia de un compromiso fiscal, pues la APP genera una obligación de largo plazo que compite con otras prioridades presupuestarias futuras, incluida la propia expansión de la red pública. Existe, por lo tanto, una tensión real entre dos alternativas: por un lado, la expansión de la red pública propia, que exige afrontar las restricciones al gasto en personal y en inversión; y, por otro, la asociación con el sector privado, que elude esas limitaciones en el corto plazo, a costa de comprometer recursos futuros y transferir la gobernanza a actores cuyo objetivo declarado —la rentabilidad y el lucro— no coincide con los principios constitucionales de universalidad e integralidad. Reconocer la coherencia interna del argumento fiscal privatizador, y no limitarse a denunciarlo como un interés encubierto, es una condición indispensable para que el CEBES pueda disputar ese terreno mediante propuestas concretas de financiamiento público.

Por una agenda de acción

Con respecto a las OS, la prioridad es producir, y no solo reivindicar, una evaluación sistemática de su desempeño, actualizando los indicadores de concentración¹⁵ y de transparencia activa¹⁶, con la posibilidad de remitir los casos a los Tribunales de Cuentas estatales y al Tribunal de Cuentas de la Unión cuando la falta de publicidad de la información configure un incumplimiento de la Ley de Acceso a la Información.

En cuanto a la fuerza de trabajo, el debate sobre una carrera única para el SUS exige diferenciar la modalidad de contratación de servicios, que puede involucrar distintos modelos de gestión, de la forma de vinculación laboral de los trabajadores, actualmente fragmentada entre el Régimen Jurídico Único, la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), los contratos temporales, la tercerización mediante OS y las fundaciones, de modo que la

defensa de un vínculo público estable no quede supeditada a la posición adoptada respecto de un modelo específico de gestión.

Otro aspecto que debe incorporarse al debate sobre la privatización se refiere a las enmiendas parlamentarias: entre 2014 y 2023, el volumen de recursos destinados a la salud mediante enmiendas aumentó un 371%, pasando de R\$ 4,9 mil millones a R\$ 23 mil millones²²; en 2024, del total de R\$ 44,67 mil millones asignados por este mecanismo, el 66% se destinó a la salud y a las transferencias a los municipios²³. Fleury et al.²⁴ muestran que, mientras el gasto total en Acciones y Servicios Públicos de Salud aumentó un 163% entre 2013 y 2024, la proporción proveniente de las enmiendas creció un 2.657%, lo que evidencia un cambio sustancial en la composición del financiamiento, y no únicamente en su volumen. Esta dinámica resulta de una reciente secuencia de cambios normativos: la Enmienda Constitucional (EC) n° 86/2015 otorgó carácter obligatorio a las enmiendas individuales y vinculó el 50% de sus recursos a la salud; la EC n° 126/2022 elevó ese porcentaje al 2% de los Ingresos Corrientes Netos y extendió el carácter obligatorio a las enmiendas de bancada; y la Ley Complementaria (LC) n° 210/2024 amplió, a partir de 2025²⁵, las obligaciones de transferencia de recursos, alterando el equilibrio entre los poderes, ya que un instrumento concebido originalmente como complemento presupuestario para casos específicos pasó a convertirse en una fuente estructural de financiamiento del SUS, desvinculada de la planificación nacional, regional o local.

Los efectos prácticos de este proceso son la fragmentación de la planificación, la desigualdad en la distribución de los recursos y la apertura de espacios para el clientelismo. Una investigación del Instituto de Estudios para Políticas de Salud sobre las enmiendas destinadas a la salud entre 2016 y 2024 constató que, cuanto menor es el municipio, mayor es el volumen de recursos recibido mediante enmiendas para la atención primaria; sin embargo, como dichos recursos no financian

gastos de personal, generan capacidad instalada sin los profesionales necesarios para ponerla en funcionamiento²². El problema no radica únicamente en la captura política, sino también en el diseño del instrumento: incluso las enmiendas bien intencionadas operan mediante un mecanismo inadecuado para financiar el componente más crítico del SUS, la fuerza de trabajo. La Resolución n° 798/2025 del Consejo Nacional de Salud (CNS), que estableció el control social sobre las enmiendas, aún no ha sido evaluada en cuanto a su alcance, lo que constituye una oportunidad concreta para que el CEBES acompañe su implementación antes de que su aplicación —o su falta de aplicación— se consolide como un hecho consumado.

En este contexto, dos líneas de acción resultan viables a corto plazo: realizar un seguimiento sistemático de la implementación de la Resolución CNS n° 798/2025 en los consejos estaduais y municipales de salud; y defender, en el debate legislativo sobre el próximo Presupuesto, que las enmiendas individuales sean reorientadas prioritariamente hacia Planes Municipales de Salud previamente aprobados por los respectivos consejos, lo que no elimina este instrumento, sino que lo subordina a la planificación sanitaria.

En cuanto al financiamiento, vincular todo nuevo recurso federal exclusivamente a la expansión de la red pública propia, y no a la contratación de servicios privados, merece convertirse en una bandera legislativa, articulada con la lucha por una Ley de Responsabilidad Social y Sanitaria, para que la expansión presupuestaria lograda en los últimos años deje de ser compatible con el crecimiento simultáneo y sostenido de la participación privada. Por último, la respuesta del CEBES a los argumentos fiscales aquí examinados no puede limitarse a denunciar el interés económico que subyace a las APP y a las OS, sino que debe incluir la producción de estudios comparativos de costo-efectividad entre la gestión directa y la gestión privada, prácticamente inexistentes en la literatura brasileña¹⁹, que permitan disputar, con evidencia propia, el terreno técnico hoy ocupado casi exclusivamente por institutos financiados por el sector privado y por organismos como el Banco Mundial.

Contribuciones de autoría

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* y Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuyeron por igual a la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
2. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)

5. Fagnani E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2005.350149>
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Amer* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 jul 24];10(3):1-28. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
8. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*. 2020;44(125):289-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
9. Funcia FR, Pinto EG, Santos L, et al. Novo arcabouço fiscal e financiamento federal do SUS. *Domingueira* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 3];16. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-16-maio-2023>
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desempenho econômico-financeiro do setor de saúde suplementar em 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2025.
11. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
12. Mendes Á, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>
13. Reis A. Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde. *Texto para Discussão n. 58* [Internet]. São Paulo: IESS; [2016] [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-58-deduo-es-fiscais-das-despesas-com-saude-do>
14. Costa DCAR, Bahia L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(8):e00000122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>
15. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Levantamento sobre a gestão de estabelecimentos de saúde por Organizações Sociais. *Ibross* [Internet]. 2023 maio 9 [acesso em 2026 jul 24]; Notícias. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/ibross-publica-informacoes-sobre-estabelecimentos-geridos-por-organizacoes-sociais-de-saude-no-brasil/>
16. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
17. Braga MVA. A accountability do modelo de organização social da saúde brasileiro: uma análise frente às irregularidades detectadas de 2015 à 2022. In: *Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública* [Internet]; 2022; Ananindeua. Ananindeua: Unama; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://static.even3.com/processos/6a73b82a23a048c391cf.pdf?v=639209148810059956>
18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
19. Almeida C. Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00197316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>
20. Araujo E, Lobo MS, Medici A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. *J Bras*

Econ Saúde. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):86-95](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95)

21. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: Icos; © 2025. Visão sobre a saúde: agenda prioritária; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/>
22. Kroll R. Emendas parlamentares ganham força na destinação de recursos para saúde. Futuro da Saúde [Internet]. 2024 dez 4 [acesso em 2026 jul 24]; Orçamento. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/emendas-parlamentares-recursos-saude/>
23. Câmara dos Deputados. Maior parcela das emendas parlamentares ao Orçamento é destinada à saúde e a transferências para municípios. Agência Câmara [Internet]. 2024 mar 25 [acesso em 2026 jul 24]; Política e Administração Pública. Disponível em: www.camara.leg.br/noticias/1046785-maior-parcela-das-emendas-parlamentares-ao-orcamento-e-destinada-a-saude-e-a-transferencias-para-municipios/
24. Fleury S, Lanzara A, Burlandy L, et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. Saúde Debate. 2025;49(147):e10824. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710824P>
25. Santos L, Funcia F. Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. Consultor Jurídico [Internet]. 2025 abr 12 [acesso em 2026 jul 24]; Opinião. Disponível em: <https://conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>

Forças impulsoras e restritivas em um Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Driving and restraining forces in a Specialized Care Service for People Experiencing Sexual Violence

Fuerzas de conducción y contención en un Servicio de Atención Especializada para Personas en Situaciones de Violencia Sexual

Eduardo Araújo da Silva¹, Michelle Tavares Barbosa dos Santos¹, Juliana Bastoni da Silva¹, Dayana Sales Rodrigues¹, Wytória Régia Neves da Conceição Duarte¹, Leonora Rezende Pacheco², Leidiene Ferreira Santos¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615010816P

RESUMO O abuso sexual cresce exponencialmente em quantidade e complexidade dos casos, configurando-se em grave problema de saúde pública mundial. As unidades especializadas no atendimento representam uma ferramenta importante para o acolhimento e a assistência às pessoas em situação de violência. Assim, este estudo objetivou identificar e descrever as forças que impulsionam e restringem os processos de trabalho em um Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (Savis), a partir da Teoria do Campo de Forças. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aprovada por Comitê de Ética (CAAE 72696123.5.0000.5519), em que foram entrevistados profissionais de saúde e os dados transcritos submetidos à Análise de Conteúdo. Os resultados mostram que o trabalho do Savis é influenciado por inúmeros fatores, alguns intrínsecos à própria unidade e outros reflexos da organização dos demais serviços que integram a rede. Forças negativas como preconceito, misoginia, sexismo, violência como fenômeno tolerado e fragilidades na rede, indicam a necessidade de que sejam efetivadas políticas públicas de enfrentamento ao abuso sexual, com investimento financeiro e humano em ações que contribuam para a prevenção e o manejo dos casos, com direcionamento atencioso para o acolhimento das pessoas em situação de violência e qualificação dos profissionais da rede.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Violência contra a mulher. Delitos sexuais. Serviços de saúde.

ABSTRACT Sexual abuse is growing exponentially in both the number and complexity of cases, constituting a serious global public health problem. Specialized care units represent an important tool for welcoming and assisting people in situations of violence. Therefore, this study aimed to identify and describe the forces that drive and constrain work processes in a Specialized Care Service for People in Situations of Sexual Violence (SAVIS), based on the Force Field Theory. This is a qualitative research study, approved by an Ethics Committee (CAAE 72696123.5.0000.5519), in which healthcare professionals were interviewed and the transcribed data were subjected to Content Analysis. The results show that the work of SAVIS is influenced by numerous factors, some intrinsic to the unit itself and others reflecting the organization of the other services that make up the network. Negative forces such as prejudice, misogyny, sexism, violence as a tolerated phenomenon, and weaknesses in the network indicate the need for public policies to address sexual abuse to be implemented, with financial and human investment in actions that contribute to the prevention and management of cases, with a focused direction on welcoming people in situations of violence and training network professionals.

KEYWORDS Violence. Violence against women. Sex offenses. Health services.

RESUMEN El abuso sexual está creciendo exponencialmente tanto en cantidad como en complejidad de casos, constituyendo un grave problema de salud pública mundial. Las unidades de atención especializada representan una herramienta importante para acoger y asistir a personas en situaciones de violencia. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar y describir las fuerzas que impulsan y restringen los procesos de trabajo en un Servicio de Atención Especializada para Personas en Situaciones de Violencia Sexual (SAVIS), basándose en la Teoría del Campo de Fuerzas. Se trata de un estudio de investigación cualitativa, aprobado por un Comité de Ética (CAAE 72696123.5.0000.5519), en el que se entrevistó a profesionales de la salud y los datos transcritos se sometieron a un Análisis de Contenido. Los resultados muestran que el trabajo de Savis está influenciado por numerosos factores, algunos intrínsecos a la propia unidad y otros que reflejan la organización de otros servicios que conforman la red. Las fuerzas negativas como los prejuicios, la misoginia, el sexismo, la violencia como fenómeno tolerado y las debilidades de la red indican la necesidad de políticas públicas eficaces para combatir el abuso sexual, con inversión financiera y humana en acciones que contribuyan a la prevención y gestión de los casos, con una orientación atenta para el apoyo a las personas en situaciones de violencia y la cualificación de los profesionales de la red.

PALABRAS CLAVE Violencia. Violencia contra la mujer. Delitos sexuales. Servicios de salud.

¹Universidade Federal do Tocantins (UFT) - Palmas (TO), Brasil.

leidieneasantos@uft.edu.br

²Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.

Introdução

A violência configura-se em um fenômeno complexo e polissêmico. A compreensão de suas múltiplas expressões, como manifestação humana-social, requer uma análise profunda da sociedade que as produz em suas particularidades, no que se refere, especialmente, à formação social e econômica, e de universalidade sócio-histórica¹.

Globalmente, a violência representa um grave problema de saúde pública, especialmente por sua alta incidência e consequências devastadoras às pessoas expostas e à sociedade². Especificamente, em relação à sexual – caracterizada por qualquer ação na qual um indivíduo, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso da força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com o uso ou não de armas ou drogas, obriga outro, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção³ – que atinge principalmente mulheres e meninas, com números cada vez mais expressivos⁴.

Dados atuais mostram que, mundialmente, uma em cada oito mulheres/meninas sofreram estupro ou agressão sexual antes dos 18 anos, o que representa mais de 370 milhões de pessoas. Ao se considerar as formas de violência sexual sem contato físico, como o abuso on-line ou verbal, o número torna-se ainda maior, chegando a 650 milhões, ou seja, uma em cada cinco mulheres/meninas⁵.

Destaca-se, também, que a violência sexual é generalizada e ultrapassa as fronteiras geográficas, culturais e econômicas. A África Subsaariana tem o maior número de vítimas, com 79 milhões de meninas e mulheres afetadas (22%), seguida por 75 milhões no Leste e Sudeste Asiático (8%), 73 milhões na Ásia Central e Meridional (9%), 68 milhões na Europa e América do Norte (14%), 45 milhões na América Latina e Caribe (18%), 29 milhões no Norte da África e Ásia Ocidental (15%) e 6 milhões na Oceania (34%)⁵.

Frente a tal realidade, está evidente a necessidade de ações direcionadas à prevenção de abusos sexuais, bem como de serviços de acolhimento e assistência às pessoas em situação de violência. No Brasil, políticas públicas e diversas estratégias têm sido implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais destacam-se a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências, a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e o estabelecimento de Serviços de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (Savis)⁶.

No cenário nacional, a presença de unidades especializadas no atendimento às pessoas em situação de agressão sexual atesta uma preocupação do setor público em oferecer atendimento qualificado. Outro ponto importante é a disponibilidade de serviços de aborto, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e anticoncepção de emergência, encontrados em algumas dessas instituições⁷.

Entretanto, pesquisas⁷⁻⁹ recentes mostram que persiste o desafio de manter os trabalhadores da rede sensibilizados e capacitados para o enfrentamento da violência sexual. Muitos profissionais desconhecem a existência de serviços especializados e há fragilidades na identificação e na notificação dos casos, bem como no acolhimento, encaminhamento e continuidade da assistência.

Nessa perspectiva, ao se considerar a importância dos serviços de atenção às mulheres, homens, crianças, adolescentes e idosos em situação de abuso sexual, especialmente no que se refere à preservação da vida, à oferta de atenção integral em saúde e ao fomento de cuidado em rede, na esfera do SUS⁶, buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: ‘Quais fatores contribuem e quais dificultam os processos de trabalho em um Savis?’.

A pesquisa teve o objetivo de identificar e descrever as forças que impulsionam e restringem os processos de trabalho em um Savis, a partir da Teoria do Campo de Forças¹⁰.

Espera-se dar visibilidade aos fatores que influenciam de modo positivo e negativo as ações desenvolvidas no e pelo Savis, de modo a contribuir para a tomada de decisão, resolução de problemas, mudanças de comportamento, superação de obstáculos e para qualificar a assistência oferecida às pessoas em risco e em situação de violência sexual.

Referencial teórico

Na área da saúde, diversos autores¹¹⁻¹³ têm descrito o uso da Teoria do Campo de Forças como recurso satisfatório para identificar as fragilidades e as potencialidades de serviços/intervenções, favorecendo a proposição de ações que colaboram efetivamente para melhorar aspectos do trabalho, coletivo e individual.

De acordo com a referida teoria, ao longo da existência, cada pessoa sintetiza, de maneira diferente, suas vivências e experiências com o meio no qual está inserida. Desse modo, cada ser humano possui uma dinâmica própria, interpreta suas experiências e percebe as coisas, as pessoas e as situações de modo particular. Entende-se, então, que o comportamento de cada um é o resultado de uma totalidade de fatos e eventos coexistentes em uma dada situação, e a inter-relação entre os fatos e eventos experienciados por cada pessoa cria um campo de forças que representa seu ambiente psicológico, o espaço vida que a contém e tudo aquilo que a rodeia¹⁰.

Esse campo é representado por valências positivas (forças impulsoras) e negativas (forças restritivas), ou seja, aspectos que ajudam e que dificultam os processos de trabalho e de interação pessoal, sendo elas distribuídas em três dimensões: EU, OUTRO e AMBIENTE¹⁴.

A dimensão EU contempla os fatores que se relacionam à própria pessoa, tais como: motivação, talentos, timidez, entre outros. A dimensão OUTRO abrange os fatores referentes à relação com outras pessoas, a exemplo: liderança, competência, conflitos, simpatia. Finalmente, o AMBIENTE inclui os elementos referentes ao espaço e à estrutura física, recursos materiais e dinâmica organizacional¹⁴.

Assim, conhecer os vetores que formam determinado campo de forças, possibilita compreender comportamentos e inferir implicações sobre como mobilizar as ações em prol de objetivos estabelecidos¹⁵⁻¹⁷.

Nesta pesquisa o campo de forças foi desenhado a partir de valências que interferem nos processos de trabalho do Savis. Para tanto, considerou-se o profissional de saúde do serviço como o vetor EU; atores sociais externos à unidade e instituições da rede, como OUTRO; e o espaço vida do Savis (equipe e infraestrutura) como AMBIENTE.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, conduzida conforme as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)¹⁸, em que foram entrevistados os profissionais de um Savis, localizado em uma Capital da Amazônia Legal.

O Savis em questão é referência no estado, com funcionamento ininterrupto. Está sediado dentro de uma maternidade e oferece atendimento de urgência/emergência e ambulatorial. Atuavam na unidade 24 profissionais de saúde, sendo cinco médicos (dois obstetras, um pediatra, um psiquiatra e um clínico geral), seis enfermeiras, cinco psicólogas, sete assistentes sociais e um técnico de enfermagem. Todos foram convidados a participar da pesquisa via contato telefônico, especificamente mensagem por WhatsApp.

Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista por profissional de saúde, do tipo semiestruturada, norteadas pelas seguintes questões: 'Fale-me sobre o funcionamento do Savis'; 'Fale-me sobre as atividades que você desenvolve no Savis'; 'Na sua opinião, existem fatores que facilitam o funcionamento do Savis? Caso sim, fale-me sobre eles' e, 'Na sua opinião, existem fatores que dificultam o funcionamento do Savis? Caso sim, fale-me sobre eles'.

As entrevistas foram audiogravadas e conduzidas por um dos pesquisadores do estudo.

Ocorreram no Savis, entre os meses de maio e agosto de 2024, em sala privativa, com a presença somente do entrevistador e entrevistado; agendadas conforme a disponibilidade dos profissionais. A duração de cada entrevista variou de 16 a 27 minutos.

Ao visar a fidedignidade em relação aos depoimentos dos participantes, as transcrições foram realizadas pelo próprio entrevistador, até dois dias após a coleta, com ajustes ortográficos para facilitar a compreensão do leitor, mas sem alterar o sentido das falas, formando o *corpus* de análise. As transcrições foram enviadas aos participantes, em formato de documento digital, via WhatsApp, para comentários e/ou correção. Pontua-se que não houve qualquer indicação de alteração.

Para compreender os fatos e fenômenos apresentados pelos profissionais do Savis durante as entrevistas, foi usada Análise de Conteúdo, seguindo os pressupostos de Bardin¹⁹, sem uso de softwares. Iniciou-se com a exploração do material, por meio de leitura livre, com o objetivo de apreender e organizar as ideias de maneira não estruturada. Posteriormente, fez-se novas leituras e as ideias foram sistematizadas em unidades de registro.

Seguiu-se com a estruturação de categorias e interpretações, por meio de enunciados que abarcaram os temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que, por meio de sua análise, expressaram significados e elaborações importantes, considerando o objeto de estudo¹⁵. Pontua-se que foi utilizada a categorização apriorística, ou seja, categorias teóricas construídas a partir do referencial teórico adotado nesta pesquisa, a Teoria do Campo de Forças¹⁰.

Foi considerado como critério de inclusão, ser profissional de saúde que atuasse no Savis, na assistência direta; e de exclusão, aqueles com menos de um ano de atuação na referida unidade.

Para designar a quem pertence cada fragmento de fala e para preservar o anonimato dos participantes, garantindo-se o sigilo das narrativas, usou-se o termo genérico 'Entrevistado', representado pela letra 'E', seguido de um número arábico segundo a ordem cronológica das entrevistas.

Esta pesquisa atende aos preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁰, sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 72696123.5.0000.5519) e pela Secretaria Estadual de Saúde. Número do Parecer: 6.387.076.

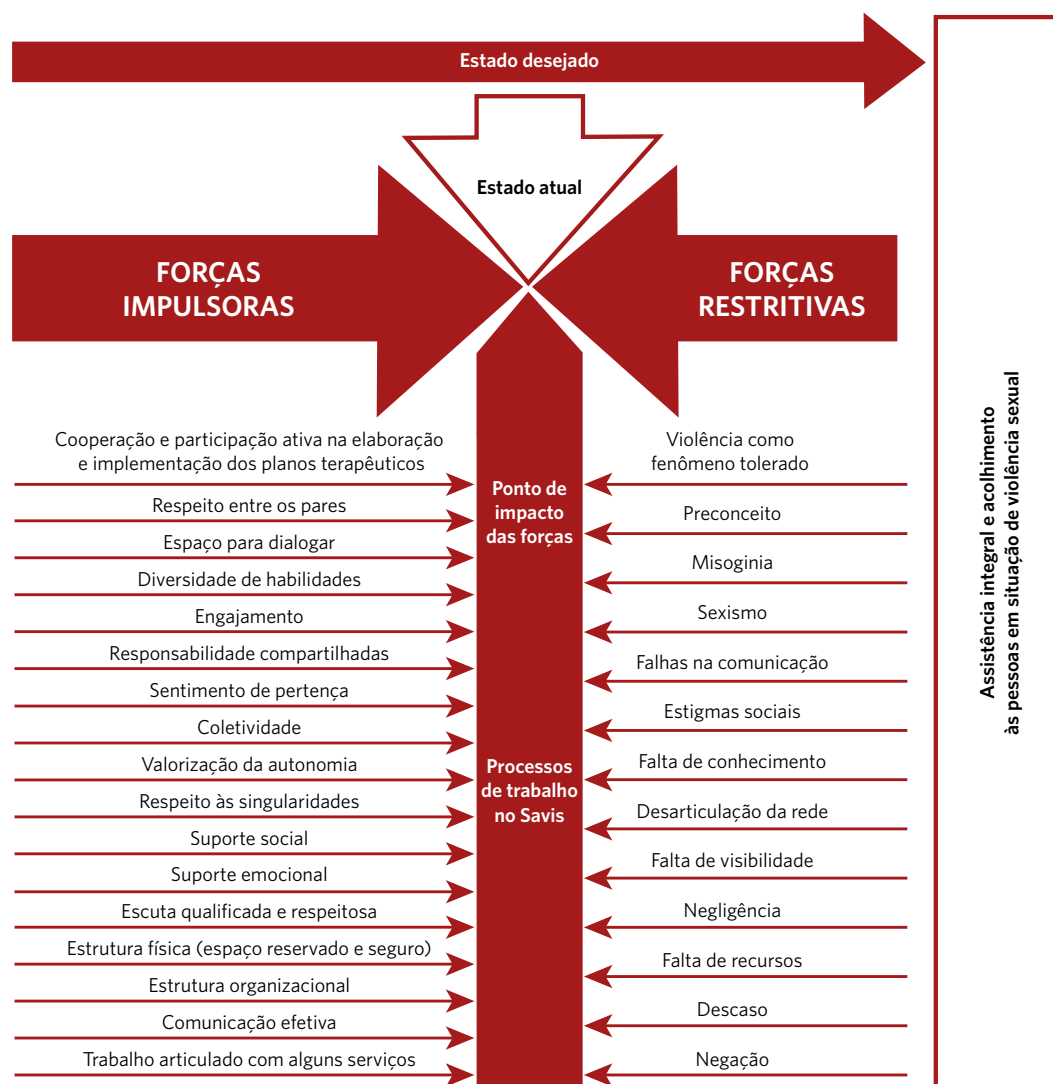
Resultados

Aceitaram participar 17 profissionais de saúde, sendo dois médicos, seis enfermeiros, cinco psicólogos e quatro assistentes sociais. Houve duas exclusões (uma técnica de enfermagem e uma assistente social, pois estavam há menos de dois meses no serviço), duas recusas (uma assistente social e um médico) e três profissionais encontravam-se afastados ou de férias (uma assistente social e dois médicos).

Todos os entrevistados possuíam ensino superior completo e ao menos três anos de experiência no Savis. A maioria era do sexo feminino (13; 76,5%) e a idade variou de 33 a 55 anos, a média foi de 45.

A partir dos depoimentos, identificou-se que inúmeras forças atuam de modo a colaborar para a assistência oferecida na unidade e para a implementação de ações externas. Entretanto, também foram constatadas valências que comprometem e fragilizam o trabalho desenvolvido pelo Savis. Assim, as categorias: 'Forças impulsoras que atuam no Savis' e 'Forças restritivas que atuam no Savis' ilustram o campo de forças presente na unidade (*figura 1*).

Figura 1. Representação das forças que influenciam os processos de trabalho no Savis. Palmas, Tocantins, Brasil. 2024



Fonte: elaboração própria.

Forças impulsoras que atuam no Savis

As seguintes subcategorias abarcam as valências que impulsionam as atividades desenvolvidas no e pelo Savis: trabalho colaborativo, integralidade na atenção às pessoas em situação de violência sexual, trabalho em rede e atuação externa, descritas a seguir.

TRABALHO COLABORATIVO

A partir das falas observou-se que os atendimentos no Savis são realizados por profissionais de diferentes áreas e que eles atuam conjuntamente, de modo colaborativo, havendo espaço para o diálogo e construção coletiva da assistência:

[...] tem essa visão do assistente social, do psicólogo, do enfermeiro e do médico. Todo mundo fala, todo mundo evolui e faz a tomada de decisão desse paciente (E2).

A possibilidade da gente discutir em equipe os casos, fazer os estudos de casos, ter dinâmica de estarmos juntos. Ter os momentos formais da equipe para discutir os casos, também ajuda bastante (E3).

[...] a gente tem uma equipe engajada. Cuida disso aqui como cuida da casa, o serviço acaba fazendo parte da gente a ponto da gente brigar, defender e correr atrás para que de fato funcione (E4).

[...] a gente faz como se fosse uma decisão de tratamento singular. Faz um projeto de tratamento singular, coletivo (E12).

Nota-se que, no Savis, o trabalho colaborativo é resultado de outras valências positivas, que operam nos vetores EU e AMBIENTE, sendo elas representadas pelo respeito entre os pares; cooperação e participação ativa na elaboração e implementação dos planos terapêuticos; espaço para dialogar; diversidade de habilidades; engajamento; responsabilidade compartilhada; e sentimento de pertença e coletividade.

HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nos depoimentos identificou-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no Savis transcendem uma prática curativista. Elas contemplam, além de aspectos biológicos, também a valorização da autonomia, das singularidades e do contexto social, econômico, familiar e cultural das pessoas em situação de violência sexual:

A gente atende em equipe e busca conhecer um pouco da história de vida daquele paciente, do meio social, das suas necessidades, situação socioeconômica, de saúde (E7).

[...] cada dia da semana a gente tem uma equipe completa atendendo. Essa equipe faz a escuta ativa, escuta acolhedora (E8).

[...] a gente aborda o paciente como um todo e as consequências desse acontecimento [abuso sexual] na vida da pessoa (E16).

[...] as vivências sociais, os relacionamentos sociais, a interação familiar dela, se a vítima possui aporte solidário, coisas importantes de entender sobre essas pacientes. É importante saber como está a convivência na escola, na igreja. Buscamos saber se os direitos estão sendo atendidos (E17).

O atendimento no Savis está para além de questões biológicas, pois considera, também, o mundo da vida das pessoas. A inclusão de aspectos psicossociais se dá por meio das forças suporte emocional e social, e escuta qualificada e respeitosa, presentes nos vetores EU e AMBIENTE.

Observa-se, também, que a ambiência opera como valência positiva, pois favorece o acolhimento e a humanização nos atendimentos:

[...] um ambiente mais acolhedor e isolado em relação ao resto do hospital, tanto é que aqui tem um ambiente mais afastado do atendimento normal, que seria do pronto socorro, emergência. Então tem um ambiente mais calmo, mais tranquilo que você possa dar um atendimento melhor (E6).

[...] hoje a gente já garante o espaço físico adequado para prover escuta qualitativa, um espaço privativo, seguro e não hostilizador (E8).

[...] a gente tem um ganho muito legal que eu sempre elogio que é a recepção. O atendimento na recepção, quando chega uma pessoa que diz que quer falar sobre violência, a recepção nem pergunta os dados, pega os documentos e traz a pessoa até nós. Então, esse ponto facilitador fez com que minimizasse e muito, a evasão dos usuários, porque eles se sentem acolhidos desde a chegada (E9).

Nota-se, assim, que aspectos da estrutura física (espaço calmo, reservado e seguro) e organizacional (entrada livre e desburocratizada, e recepcionistas respeitosos e discretos) do Savis atuam como forças impulsoras, presentes no vetor AMBIENTE.

TRABALHO EM REDE

Os depoimentos revelam que a comunicação efetiva e o trabalho articulado entre os serviços, configuram-se em valências que operam no vetor OUTRO, impulsionando a atuação do Savis:

A rede é coisa que facilita, porque a gente já tem uma boa relação com a rede. [...] a gente tem muita abertura lá fora para falar (E4).

Temos um contato muito grande com o conselho tutelar. É um parceiro no sentido de estar buscando meios de que o direito do usuário seja cumprido (E7).

A comunicação da rede entre si, entre a delegacia, IML e o Savis, é um ponto que facilita o desenvolvimento das atividades (E12).

Diversas instituições podem atuar na prevenção da violência sexual e no acolhimento e proteção das pessoas abusadas. O trabalho conjunto entre os setores/serviços e os atores sociais que integram esses espaços efetiva uma rede de cuidado, contribuindo para a garantia de direitos e para mitigar os danos às pessoas que se encontram em situação de sofrimento e vulnerabilidade.

ATUAÇÃO EXTERNA

Além da assistência às pessoas que sofreram abuso sexual, a equipe do Savis também realiza atividades educativas em escolas e junto a outros setores da comunidade:

[...] a gente faz palestras escolas, faz documentos para o Ministério Público (E2).

Já recebemos adolescente que chega aqui que tiveram conhecimento do serviço através de uma palestra na escola. Dar visibilidade ao serviço o número de ocorrência vai aumentar infelizmente, mas se é para cuidar a gente acha viável sim (E7).

Orientamos as escolas, os grupos de apoio, a polícia. Orientamos sobre o fluxo (E17).

A implementação de ações externas, pelos profissionais do Savis, atua como força positiva no vetor OUTRO, pois, proporciona visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais do Savis, favorece a integração e as parcerias com outras instituições/serviços, bem como oportuniza às pessoas em situação de violência a saberem da existência da unidade.

Forças restritivas que atuam no Savis

As subcategorias preconceito, violência como fenômeno tolerado e fragilidades na rede, contemplam as forças que operam como valências negativas, restringindo as atividades desenvolvidas no Savis, e estão apresentadas a seguir.

PRECONCEITO

Foi possível identificar que existem estigmas relacionados às pessoas em situação de violência sexual, que se estendem aos profissionais que atuam no Savis. O preconceito, o descaso, a falta de acolhimento e empatia, são forças que atuam nos vetores OUTRO, colaborando para dificultar o trabalho dos profissionais, tornando-o ainda mais árduo e comprometendo a humanização da assistência na unidade:

O pessoal da maternidade em si tem esse preconceito com o pessoal do Savis, porque aqui a gente também faz o aborto previsto em lei. Então, tem até mesmo esse preconceito religioso por parte de outras pessoas (E11).

[...] preconceito, até mesmo dos profissionais que trabalham na maternidade. A gente precisou de um médico no final de semana para a internação de

um paciente e demorou para ter esse atendimento. Há várias formas de preconceito dos profissionais, dos pacientes, dos familiares (E16).

[...] chamam a gente de ilha aqui, falam que somos restritos, fechados, mas não é. Criam esse empecilho como se fossemos independentes. Falam que tínhamos que ter os leitos específicos, mas o paciente é do SUS, do hospital. Sempre fazemos capacitações durante o ano, muita gente não participa. O julgamento das pessoas é horrível (E17).

Os estigmas sociais, implementados por famílias, outros pacientes e até mesmo profissionais de saúde, colaboram para revitimizar a pessoa em situação de violência sexual e para tornar seu caminho ainda mais penoso, bem como expõem os profissionais que atuam na unidade às expressões de violência, tais como preconceito e discriminação.

VIOLÊNCIA COMO FENÔMENO SOCIALMENTE TOLERADO

Nota-se, a partir dos relatos, que há influência sociocultural no que diz respeito à prática e a aceitação de determinadas formas de violência, tanto por parte da sociedade, quanto dos atores que integram os diversos serviços de assistência social e de saúde. Tal aspecto pode contribuir para fragilizar o trabalho e a atuação da rede proteção, para culpabilizar quem sofreu a agressão e para ocorrência de revitimização:

[...] a maneira que o profissional foi criado vai interferir nesse profissional e na interpretação, tanto da gravidade ou não de uma violência que é trazida, quanto na maneira de abordar isso (E2).

[...] temos as questões culturais que atravessam muito as demandas que a gente atende aqui. Vivemos em uma cultura, precisamos reconhecer isso, em que as mulheres não são validadas em seus relatos de violência (E3).

[...] a maioria das violências acontece dentro dos seios familiares. Algumas a gente nota que o agressor continua em casa (E7).

[...] o subjetivo do profissional vai interferir. Se ele foi vítima, já foi vítima de violência ou não, se essa violência dentro do meio dele foi validada ou não. Isso tudo vai fazer que de alguma forma, ele tenha gradações de interpretações quanto aquela violência é grave ou não, isso pode prejudicar a atuação dele com a vítima (E9).

A negação, o sexismo, a misoginia, a imparcialidade, a invisibilidade e naturalizar determinadas formas de violência, atuam como valências negativas no Savis, presentes nos vetores EU, OUTRO e AMBIENTE. Notou-se que a violência está presente no cotidiano das pessoas e refere-se a fenômeno majoritariamente praticado no âmago da vida familiar e tolerado nas mais diversas instituições/serviços.

FRAGILIDADES NA REDE

De acordo com os entrevistados, a falta de conhecimento, pela sociedade e outras instituições, sobre a existência e funcionamento do Savis, contribui para que as pessoas em situação de violência sexual não sejam encaminhadas ou busquem pelo serviço. Consequentemente, podem não ser devidamente acolhidas e orientadas, e não receberem tratamento em tempo oportuno:

[...] às vezes os servidores de outros setores até sabe que tem o Savis, mas se você perguntar para eles para que serve o Savis, eles não sabem (E5).

O que dificulta às vezes, é a falta de informação ou divulgação do serviço [Savis] em outros setores, em outros ambientes da cidade. Às vezes a pessoa vem depois de muito tempo de ter sofrido tal violência, talvez por não ter sido orientada, talvez em não saber do funcionamento do serviço. Isso é uma dificuldade (E6).

A gente tem um público que fica subatendido, que é essa população LGBTQI+, porque as pessoas acham que a maternidade é só mulher, infantil, é só criança. Então, esse outro público que não é mulher, até homem mesmo, passa por situação de violência sexual, ele nem sabe onde ele pode procurar (E8).

As pacientes têm pouco conhecimento sobre o nosso serviço, não existe tanta procura desse serviço. As pessoas sofrem esse tipo de violência e não sabem onde buscar. Muitas vezes, a rede não sabe para onde encaminhar e isso dificulta o nosso serviço (E13).

Além disso, limitações no conhecimento dos profissionais que atuam na rede, em relação ao tratamento e o encaminhamento das pessoas em situação de violência, e a falta de recursos financeiros, materiais e humanos, operam como forças negativas:

Tipo as delegacias você vai lá eles não sabem encaminhar, os conselhos tutelares não sabem passar as demandas, os médicos também não sabem encaminhar (E1).

As dificuldades com a profilaxia também é algo recorrente. A parte médica não sabe encaminhar, realizar profilaxia. Os hospitais porte dois não tem profilaxias para as vítimas de violência sexual, que é a mesma para acidente com perfurocortante, e é desconhecimento da rede todinha. A gente vê que não é preparada (E3).

[...] então é muito difícil. Por exemplo, a pessoa sair do [município há mais de 500 km do Savis] toda semana para vim para esse atendimento psicológico, porque lá não tem (E4).

[...] tem a situação financeira do paciente sem auxílio do município para o transporte, já que muitos municípios não querem se responsabilizar pelo traslado (E17).

A invisibilidade do Savis e a falta de preparo dos profissionais e de recursos da rede,

configuram-se em forças negativas presentes no vetor OUTRO e podem comprometer significativamente a assistência às pessoas em situação de violência sexual, do acolhimento à manutenção/continuidade do tratamento.

Discussão

A violência sexual configura-se como crime grave, que provoca sofrimento extremo e persistente, com efeito significativamente negativo na saúde e bem-estar²¹. Desse modo, é de suma importância que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam nas unidades especializadas para o atendimento às pessoas expostas a esse tipo de abuso, estejam devidamente capacitados a prestar assistência que realmente contribua para o acolhimento, corroborando a não revitimização, inclusive institucional⁷, e oportunizando a formação de um campo de forças em que operem, majoritariamente, vetores direcionados a promover saúde e a proteger direitos.

Nessa perspectiva, é imprescindível que a assistência aconteça de modo colaborativo²², pois, neste modelo de trabalho, profissionais de diferentes áreas atuam conjuntamente, realizando intervenções com base na integralidade da saúde, considerando as necessidades dos pacientes e suas famílias, e o respeito às singularidades e autonomia dos envolvidos²³.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais ofereçam atendimento com agilidade e presteza, e que estejam disponíveis para uma atuação em equipe. Estes aspectos referem-se a competências que efetivam uma prática interprofissional e contribuem para articulação de diferentes saberes, bem como para uma assistência conjunta, centrada e oportuna, potencializando a superação de perspectivas reducionistas²².

Nesta pesquisa, o respeito entre os pares, o espaço para dialogar, o engajamento, a construção coletiva dos planos terapêuticos, o sentimento de pertença e a coletividade representam um conjunto de vetores impulsores,

direcionado a uma prática colaborativa, no âmbito do Savis.

Tais condutas podem contribuir, expressivamente, para qualificar as ações desenvolvidas pela instituição, pois compreender o que é específico de cada profissão possibilita reconhecer e diferenciar o que deve ser comum a todas, e como as práticas de uma podem interferir na efetividade do cuidado prestado por outra, com todas aprimorando a atuação junto a população em situação de abuso sexual²², configurando-se em valências fortemente direcionadas ao enfrentamento da violência.

Além disso, deve-se efetivar um cuidado integral e humanizado às pessoas em situação de violência sexual, por meio de escuta qualificada e de respeito à dignidade²⁴. Essas ações configuraram-se em vetores impulsores e estão presentes no campo de forças do Savis, sendo implementadas por meio da entrada facilitada ao serviço, sem aspectos burocráticos, exposição e constrangimento; da autonomia desde o primeiro atendimento, em que a pessoa indicava um ou mais profissionais da equipe para realizar sua escuta; e de planos terapêuticos individualizados, construídos conjuntamente, por profissionais de saúde e paciente.

O trabalho desenvolvido fora do Savis, especificamente por algumas unidades que integram a rede de proteção às pessoas em situação de violência, também aparece como valência positiva que compõe seu campo de forças. Tal aspecto expressa a importância de ações integradas entre os diversos atores sociais e setores que fazem parte da rede de cuidado, de modo a qualificar a assistência²⁵. Ademais, acolhimento, humanização e colaboração entre os serviços/profissionais, contribuem para que as pessoas sintam-se fortalecidas e motivadas a sair do ciclo de violência²⁶.

Registra-se que o acolhimento, a humanização e o trabalho colaborativo e em rede operam como vetores impulsores que ajudam a modelar o campo de forças do Savis, tanto pela frequência como pela intensidade. Nesse sentido, é válido destacar que quanto maior

o número e potência dos vetores positivos, maior a possibilidade de promoção da saúde e proteção dos direitos das pessoas em situação de violência²⁷.

Entretanto, apesar dos achados desta pesquisa apontarem para um campo repleto de forças impulsoras, publicações⁷⁻⁹ atuais indicam que, mesmo com leis e diretrizes destinadas a melhorar o atendimento às pessoas em situação de violência sexual existindo no Brasil há mais de uma década, a assistência ainda não ocorre como preconizada⁷.

Nesse cenário, é importante compreender que a violência representa um fenômeno culturalmente tolerado e enraizado à vida social, corroborando à invisibilidade desse agravo, reflexo de um processo historicamente construído na lógica da justificação do crime e culpabilização de quem o sofreu, seja pelo público em geral, seja pelo próprio sistema de justiça criminal²⁸, esboçando um campo de forças repleto de vetores restritivos, que fragilizam a assistência e a proteção da dignidade das pessoas expostas aos abusos.

Por sua vez, a violência sexual apresenta-se como uma manifestação cruel e persistente da violência de gênero, com caráter interseccional e significativamente relacionada às determinações sociais, atingindo majoritariamente, mulheres e meninas⁴⁻⁵. Além desse público, merece atenção a população LGB+, que também experiencia diversos vetores restritivos no que tange ao enfrentamento de abusos sexuais²⁹.

No Brasil, as chances de uma pessoa LGB+ sofrer violência sexual são 4,98 maiores que as das heterossexuais³⁰. Além disso, o acesso à saúde é caracterizado por desigualdades e permeado de estigmas e preconceito, em que o atendimento é pautado a partir da centralidade da heteronormatividade e patologização de transexuais³¹.

Confirma-se, assim, que a violência sexual está significativamente associada aos fatores macroestruturais da sociedade, como racismo, patriarcado, misoginia e sexismo³², e que o sutil, porém, eficaz, silenciamento dos

abusos, sustenta-se num processo de irresponsabilização, a partir do qual a violência é normatizada²⁸.

Desse modo, é preciso reconhecer que persistem inúmeras fragilidades na rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual, relacionadas tanto a questões estruturais e a falta de recursos, quanto a condutas dos atores sociais que a compõem³³, já que as representações sociais dos profissionais não apenas moldam suas percepções sobre a violência, mas também influenciam diretamente a maneira como as intervenções são implementadas³⁴.

Os valores, saberes, sentimentos, poderes e impressões dos profissionais que atuam na rede, muitas vezes determinam uma prática limitada, imbuída de desrespeito aos direitos e dignidade das pessoas assistidas²⁵. Evidencia-se, dessa maneira, que os atendimentos são atravessados por forças que comprometem significativamente a qualidade e efetividade dos serviços^{7,8}.

Além disso, o conhecimento insuficiente dos diversos profissionais sobre a rede de serviços e sobre a atuação de cada um, resulta não só em dificuldades na comunicação e articulação, mas também em encaminhamentos equivocados³³. Tais aspectos foram observados no campo de forças do Savis, de modo restritivo.

Pontua-se, também, que o subfinanciamento do setor da saúde reverbera em desigualdade de acesso e limita a capacidade do SUS de responder de maneira equitativa às demandas dos usuários, especialmente dos mais vulneráveis³³. Nesta pesquisa, há casos de pacientes que precisam percorrer mais de 500 quilômetros, semanalmente, para serem acompanhados pela equipe do Savis. Constata-se, desse modo, que fatores socioeconômicos dificultam tanto a chegada das pessoas até as redes de apoio, quanto a adesão aos planos terapêuticos⁷.

Nota-se, assim, que os inúmeros entraves na assistência às pessoas que sofreram abuso sexual no país estabelecem um campo de forças repleto de valências negativas,

comprometendo de modo expressivo os processos de trabalho na rede. Entretanto, é válido ressaltar que os serviços possuem potencial para apoiar a recuperação, especialmente quando as pessoas são acolhidas com validação, afirmação, dignidade e respeito³⁵, sendo estas valências positivas identificadas no campo de forças do Savis.

Ademais, a busca por melhores indicadores e assistência digna e de qualidade às pessoas em situação de violência sexual também passa a formação e qualificação dos profissionais de saúde sobre a temática, de modo a favorecer a implementação de ações adequadas às especificidades de cada nível de atenção e à rotina de trabalho⁸.

Como limitação, apresenta-se a não inclusão das vozes das pessoas atendidas pelo Savis, pois poderiam contribuir para outras reflexões e apontamentos, em relação à assistência recebida. Entretanto, o objetivo proposto foi alcançado, sendo possível compreender os aspectos do trabalho que contribuem e dificultam a promoção da saúde e a proteção dos direitos das pessoas em situação de violência sexual.

Considerações finais

O trabalho desenvolvido pela equipe do Savis é influenciado por inúmeros fatores, alguns intrínsecos à própria unidade e outros reflexos da organização dos demais serviços que integram a rede de proteção às pessoas em situação de violência.

Entre as forças que contribuem positivamente para o processo de trabalho no Savis, evidencia-se o espaço para dialogar, a construção coletiva da assistência, o respeito entre os pares, o engajamento, o sentimento de pertença da equipe, a valorização da autonomia profissional, a escuta qualificada e o respeito às singularidades e contexto social, econômico, familiar e cultural. Tais aspectos sugerem que no âmbito do Savis é oferecido acolhimento, assistência humanizada e trabalho colaborativo às pessoas em situação de violência.

Em relação às forças que comprometem o processo de trabalho no Savis, identificam-se limitações no conhecimento dos profissionais que integram a rede, especialmente em relação ao tratamento adequado e em tempo oportuno; falhas nos encaminhamentos; falta de recursos financeiros, materiais e humanos dos serviços de saúde; desconhecimento da sociedade e de outras instituições sobre a existência de centros especializados para o atendimento das pessoas em situação de violência sexual; e ações de preconceito, racismo, patriarcado e misoginias, sendo que estas acometem tanto às pessoas assistidas, quanto à equipe que as atende, partindo, inclusive, dos profissionais da rede.

Corroborando evidências atuais, esta pesquisa evidencia que a violência permanece como fenômeno culturalmente tolerado, especialmente quando perpetrada contra a mulher/menina. Apresenta-se, assim, a urgente necessidade de preparo dos profissionais, por meio da formação acadêmica e de ações de educação permanente, direcionadas ao enfrentamento deste agravo, haja vista que a assistência perpassa valores e aspectos socioculturais dos próprios profissionais que compõem a rede.

Além disso, é imprescindível a efetivação de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência sexual, com investimento financeiro e humano em ações que contribuam para a prevenção e o manejo dos casos, com o direcionamento atento para o acolhimento das pessoas que experienciaram essa grave violação de direitos humanos.

Contribuições de autoria

Santos LF (0000-0002-2969-6203)*, Silva EA (0009-0003-5453-3734)* e Santos MTB (0000-0002-0831-8940)* contribuíram para conceitualização, curadoria e análise de dados, pesquisa, metodologia, administração do projeto, desenvolvimento, supervisão e redação, revisão e edição do manuscrito. Silva JB (0000-0002-6642-8910)*, Rodrigues DS (0009-0000-7536-0084)*, Duarte WRNC (0009-0003-3699-9450)* e Pacheco LR (0000-0001-6048-3911)* contribuíram para conceitualização, curadoria de dados, análise de dados, metodologia e redação, revisão e edição do manuscrito. ■

Referências

1. Escorsim SM. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *Rev katálysis*. 2014;17(2):235-241. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200009>
2. Zhou X, Li R, Cheng P, et al. Global burden of self-harm and interpersonal violence and influencing factors study 1990–2019: analysis of the global burden of disease study. *BMC Public Health*. 2024;24(1035):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18151-3>
3. World Health Organization. World Report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 26 fev 1]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a25476ed-8585-47f3-986e-9d0e7f5e9f1b/content>
4. Li L, Shen X, Zeng G, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):196. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. United Nations Children's Fund. When numbers demand action: confronting the global scale of sexual violence against children [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2024 [acesso em 2026 fev 1]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/when-numbers-demand-action/>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 abr 2; Seção I:63.
7. Teixeira FF, Gomes BS, Oliveira VV, et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. Saúde Soc. 2023;32(3):e220253pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220253pt>
8. Avanci JQ, Oliveira QBM, Assis SG. Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2025;30(3):e17372024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.17372024>
9. Souza ER, Andrade CB, Costa DH, et al. Violence Prevention and Health Promotion Centers: advances and challenges. Ciênc saúde coletiva. 2025;30(03):e21002024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.21002024EN>
10. Lewin K. Teoria de Campo em Ciência Social. São Paulo: Pioneira; 1965.
11. Nunes FC, Sousa JM, Pinho ES, et al. Fatores impulsivos e restritivos da prática com grupos em serviços comunitários de atenção psicossocial. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(1):183-192. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19992021>
12. Santos LF, Costa MM, Javaé ACRS, et al. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. Saúde Debate. 2019;43(120):137-149. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912010>
13. Shafaghat T, Zarchi MKR, Nasab MHI, et al. Force field analysis of driving and restraining factors affecting the evidence-based decision-making in health systems; comparing two approaches. J Educ Health Promot. 2021;10(419):1-10. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1142_20
14. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.
15. Kump, B. Lewin's field theory as a lens for understanding incumbent actors' agency in sustainability transitions. Environ Innov Soc Transit. 2023;46:100683. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eist.2022.11.008>
16. Arab-Zozani M, Pezeshki MZ, Khodayari-Zarnaq R, et al. Balancing Overuse and Underuse in the Iranian Healthcare System: A Force Field Theory Analysis. Ethiop J Health Sci. 2019;29(2):231-238. DOI: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i2.10>
17. Beleza CMF, Soares SM. A concepção de envenhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(8):3141-3146. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017>
18. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições; 2016.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
21. Sigurdardottir S, Halldorsdottir S. Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing and the Significance of the #MeToo Movement. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1849. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041849>

22. Lima AS, Freitas Júnior RAO. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. *Rev bras educ med*. 2024;48(1):e004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2022-0354>
23. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2026 fev 1]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content>
24. Alcantara PPT, Carneiro FF, Pessoa VM, et al. Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(9):e08992023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08992023>
25. Dutra ML, Martins CP. Desafios na tessitura da Rede Socioinstitucional de acolhimento e cuidado às mulheres vítimas de violência. *Saude soc*. 2023;32(4):e210825pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210825pt>
26. Vilar LM, Santos SMPS, Batista MLP, et al. Violência contra a mulher: viabilidades e dificuldades na rede de atendimento. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2025;14(1):e202570. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.8163>
27. Santos LF, Oliveira DT, Nogueira KF, et al. Forças que interferem no enfrentamento da violência infantil pela escola. *Res Soc Dev*. 2020;9(10):e1789108503. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8503>
28. Silva JF, Albuquerque LD. A violenta emoção e a justificação do feminicídio no Brasil (1930-1939). *Arq bras psicol*. 2022;74:e029. DOI: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.arbp-2022v74.19539>
29. McLellan C, Yeh PT, Kennedy CE, et al. Global Burden of Violence Against Transgender and Gender-Diverse Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2026;9(1):e2552953. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.52953>
30. Vasconcelos NM, Alves FTA, Andrade GN, et al. Violence Against LGB+ people in Brazil: analysis of the 2019 National Survey of Health. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26(Supl 1):e230005. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230005.supl.1>
31. Gonçalves EFM, Oliveira EA, Cardoso GCP, et al. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. *Saúde Debate*. 2023;47(Esp 1):e9111. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19111P>
32. Vasconcelos NM, Gomes CS, Souza JB, et al. Who are the adult women exposed to violence in Brazil? *Rev Saude Publica*. 2025;59:e8. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059005701>
33. Assis SG, Andrade SSCA, Silva CMFP, et al. Recuperação e reabilitação no âmbito da atenção à saúde para pessoas em situação de acidentes e violências no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(03):e16752024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.1675024>
34. Simões JS, Ferreira MRAB, Suto CSS, et al. Assistance provided by health professionals to women in situations of violence: a social representations study. *Rev Enferm UERJ*. 2025;33:e89308. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.89308>
35. Peeren S, Montgomery E, Sweeney A, et al. Trauma-informed healthcare from the perspectives of women who have experienced sexual violence in adulthood: a systematic review and meta-ethnography. *BMC Health Serv Res*. 2025;26(1):13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13584-x>

Recebido em 30/05/2025

Aprovado em 28/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito, e outros não podem ser disponibilizados publicamente. Trata-se de pesquisa qualitativa, que usou entrevista como estratégia de coleta de dados. A publicação da íntegra do material coletado pode favorecer a identificação dos participantes e implicar em questões éticas
Suporte financeiro: não houve

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

Implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência: desafios e estratégias para o acesso e a adesão

Implementation of brief psychoanalytic groups for people exposed to violence: Challenges and strategies for access and adherence

Implementación de grupos psicoanalíticos breves para personas expuestas a la violencia: desafíos y estrategias para el acceso y la adhesión

Alice Andrade Silva¹, Evandro de Oliveira Gavi², Rosana Teresa Onocko Campos²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011106P

RESUMO O presente estudo analisa a implementação de grupos breves psicanalíticos destinados a pessoas expostas à violência, examinando os desafios e estratégias relacionados ao acesso e à adesão a essa modalidade de intervenção. A pesquisa foi desenvolvida no contexto do Núcleo de Atenção e Pesquisa em Violência (Napev), abrangendo sete ciclos de atendimento realizados entre julho de 2021 e outubro de 2023. Durante esse período, 230 indivíduos foram encaminhados para os grupos, revelando uma demanda consistente por esse tipo de intervenção psicossocial. Os resultados demonstram variações significativas nas taxas de acesso e adesão ao longo dos anos, com o acesso diminuindo de 57,14%, em 2021, para 29,25%, em 2023, enquanto a adesão apresentou oscilações, atingindo um pico de 70,83% em 2022. A análise dos dados aponta para a complexidade inerente à implementação de tecnologias psicossociais em contextos de vulnerabilidade, evidenciando a necessidade de estratégias adaptadas que considerem as especificidades das populações expostas à violência. O estudo contribui para a compreensão dos fatores que influenciam a participação em grupos psicanalíticos e oferece subsídios para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde mental de populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Psicanálise. Exposição à violência. Psicoterapia de grupo. Ciência da implementação.

ABSTRACT This study analyzes the implementation of brief psychoanalytic groups aimed at people exposed to violence, examining the challenges and strategies related to access and adherence to this type of intervention. The research was conducted in the context of the Núcleo de Atenção e Pesquisa em Violência (NAPEV), covering seven cycles of care carried out between July 2021 and October 2023. During this period, 230 individuals were referred to the groups, revealing a consistent demand for this type of psychosocial intervention. The results show significant variations in access and adherence rates over the years, with access decreasing from 57.14%, in 2021 to 29.25%, in 2023, while adherence fluctuated, peaking at 70.83% in 2022. Data analysis highlights the complexity inherent in implementing psychosocial technologies in contexts of vulnerability, underscoring the need for tailored strategies that consider the specificities of populations exposed to violence. This study contributes to understanding the factors that influence participation in psychoanalytic groups and provides input for improving public policies aimed at the mental health of vulnerable populations.

KEYWORDS Psychoanalysis. Exposure to violence. Psychotherapy, group. Implementation science.

RESUMEN Este estudio analiza la implementación de grupos psicoanalíticos breves dirigidos a personas expuestas a la violencia, examinando desafíos y estrategias relacionados con el acceso y la adhesión a este tipo de intervención. La investigación se desarrolló en el contexto del Centro de Atención e Investigación sobre la Violencia (NAPEV), abarcando siete ciclos de atención realizados entre julio de 2021 y octubre de 2023. Durante este período, 230 personas fueron derivadas a los grupos, lo que revela una demanda constante de este tipo de intervención psicossocial. Los resultados demuestran variaciones significativas en las tasas de acceso y adhesión a lo largo de los años, con una disminución del acceso del 57,14 %, en 2021, al 29,25 %, en 2023, mientras que la adherencia mostró oscilaciones, alcanzando un máximo del 70,83 % en 2022. El análisis de los datos señala la complejidad inherente de la implementación de tecnologías psicossociales en contextos de vulnerabilidad, destacando la necesidad de estrategias adaptadas que consideren las especificidades de las poblaciones expuestas a la violencia. Este estudio contribuye a la comprensión de los factores que influyen en la participación en grupos psicoanalíticos y ofrece perspectivas para mejorar las políticas públicas dirigidas a la salud mental de las poblaciones vulnerables.

PALABRAS CLAVE Psicoanálisis. Exposición a la violencia. Psicoterapia de grupo. Ciencia de la implementación.

¹Fundação Herminio Ometto (FHO) – Araras (SP), Brasil.
aliceandrade.psicologia@gmail.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

Introdução

O cenário global, notadamente impactado pela pandemia de covid-19, desvelou e acentou vulnerabilidades sociais preexistentes, expondo de forma contundente a fragilidade de grupos como crianças, adolescentes, jovens e mulheres. A necessidade de isolamento social, embora crucial para a contenção do vírus, paradoxalmente, confinou muitos indivíduos em ambientes onde a violência já era uma realidade latente ou explícita. Estudos emergentes durante esse período¹⁻⁴ trouxeram à luz a intensificação das desigualdades de gênero, raça e classe social, bem como a dificuldade em incorporar as vozes e os desejos das crianças na construção de propostas de cuidado e prevenção.

A escalada de lesões intencionais e não intencionais, suicídios, insegurança alimentar e a violência doméstica perpetrada por parceiros íntimos^{1,5} sublinharam a urgência de aprimorar os serviços de prevenção e resposta à violência, evidenciando a complexidade e a multifacetada natureza desse fenômeno. Nesse contexto, a implementação de intervenções psicossociais específicas, como os grupos breves psicanalíticos, emerge como uma estratégia promissora para o cuidado de pessoas expostas à violência.

A violência contra crianças e adolescentes, manifestada em maus-tratos físicos, emocionais, sexuais e negligência, registrou um aumento preocupante desde o advento da pandemia⁶. Relatos indicam uma elevação no abuso emocional e na exposição indireta à violência doméstica, como a observação de conflitos parentais graves⁶. Essa correlação tem sido associada ao crescimento do estresse parental, à deterioração da saúde mental dos pais e a sentimentos de raiva⁷⁻¹⁰.

Fatores como o risco de desemprego, a pressão econômica^{11,12} e o histórico de vivências adversas na infância dos pais, relacionadas à parentalidade negativa (hostilidade física e controle negligente)^{6,9,13}, agravaram a situação. Embora o aumento da exposição à violência

doméstica tenha sido notório, a identificação de mudanças específicas relacionadas às violências física, sexual, emocional e à negligência permaneceu um desafio¹⁴.

A exposição à violência, em qualquer de suas formas, acarreta efeitos deletérios para a saúde mental e física das crianças ao longo de suas vidas, demandando medidas rigorosas de averiguação, prevenção e proteção¹⁵⁻¹⁷. A relevância dos maus-tratos infantis como pauta de saúde pública e a prioridade desses grupos para ações de promoção da saúde mental¹⁸ ressaltam a imperatividade de analisar os processos de implementação, avaliação e disseminação de programas de prevenção e proteção familiar, visando a mitigar as sequelas psicossociais da violência no contexto pandêmico.

Violência por parceiros íntimos no contexto pandêmico

As agressões por parceiros íntimos também registraram um aumento significativo durante a pandemia de covid-19. Curiosamente, observou-se um crescimento das taxas de perpetração de violência física e violência psicológica associado ao aumento do consumo de álcool (IRR=1,68, $p<0,001$, CI [1,37, 2,07])¹⁹, e essas violências eram três vezes mais prováveis de ocorrer entre casais que contraíram o vírus²⁰.

Tais dados levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a emitir orientações para que os governos adotassem medidas de controle do consumo de álcool, dada a sua capacidade de exacerbar reações agressivas e diminuir a capacidade cognitiva em momentos de conflito. Na Espanha, a pandemia resultou em uma diminuição de 19% nas denúncias de violência contra a mulher, mas um aumento na gravidade das situações relatadas, especialmente entre aquelas que residiam com o agressor [Odds Ratio (OR) = 1,33] e que careciam de apoio social (OR = 1,22).

As dificuldades em buscar ajuda devido ao confinamento evidenciaram a necessidade de medidas de proteção para mulheres em

convivência com agressores e sem suporte social²¹. O apoio social, tanto formal quanto informal, é um fator crucial para a interrupção do ciclo de violência²², e as restrições impostas pela pandemia limitaram esse apoio e o acesso a recursos essenciais para denunciar e romper o ciclo^{21,22}.

Cenário brasileiro da violência contra a mulher

No Brasil, pesquisas do Instituto Datafolha, encomendadas pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), indicam uma tendência de crescimento da violência contra a mulher em âmbito doméstico desde 2017, intensificada em 2021 com o cenário pandêmico e as medidas de isolamento social²³. Comparando-se com 2019, houve um aumento no número de agressões domésticas de 42,6% para 48,8%, com maior participação de companheiros, namorados e ex-companheiros²⁴.

O aumento da violência intrafamiliar também incluiu agressões associadas a pais, irmãos, padrastos, madrastas, filhos e filhas. Como efeito colateral, a violência contra a mulher no Brasil durante a pandemia revelou uma contradição: diminuição nos registros de lesão corporal dolosa, estupro de vulnerável e ameaça, mas aumento de 22,2% nos feminicídios e 6% nos homicídios de mulheres.

Isso sugere que meninas e mulheres enfrentaram maiores dificuldades para denunciar devido ao isolamento social, resultando em menor registro policial. O isolamento social implicou maior convívio com o agressor, maior manipulação física e psicológica, e menor rede de proteção formal e informal²⁵. A comparação entre março e abril de 2019 e 2020 mostrou um aumento de 22,2% nos feminicídios no Brasil, com São Paulo registrando 56,9%. Embora maio tenha apresentado uma redução, o acumulado de março, abril e maio de 2019 e 2020 ainda indicou um aumento de 2,2%, sugerindo uma possível redução da violência letal ou uma piora nos registros²⁶.

A importância dos grupos breves psicanalíticos na área da saúde mental

A abordagem psicanalítica oferece ganhos significativos no cuidado de pessoas expostas à violência, proporcionando espaços seguros de escuta e fala que legitimam a experiência e facilitam a elaboração do evento traumático. A ausência desses espaços pode perpetuar a violência vivida e transmitida entre gerações²⁷⁻³².

A escuta mútua em grupos psicanalíticos, em particular, contribui para a elaboração de sentimentos de vergonha e culpa, promovendo a identificação entre os sujeitos e o aumento da tolerância³¹. A transmissão de elementos psíquicos entre gerações pode ocorrer de forma elaborada e simbolizada (intergeracionalidade) ou sem ressignificação da experiência de sofrimento (transgeracionalidade), perpetuando ciclos de violência.

Elaborar eventos traumáticos é, portanto, um trabalho preventivo contra o adoecimento psíquico de futuras gerações, uma contribuição relevante da psicanálise para as políticas públicas³¹, especialmente em contextos de desproteção social e violação de direitos³³.

Evidências científicas e saúde pública

Submeter a psicanálise ao processo de construção de evidências sólidas é mais uma questão de saúde pública do que de legitimação científica³⁴. Evidências são cruciais para que governos definam parâmetros de investimento de recursos financeiros e tomem decisões em saúde³⁴. Críticas severas são direcionadas ao uso de abordagens terapêuticas sem evidências, que resultam em gastos públicos injustificados e prejuízos aos pacientes³⁵.

Na perspectiva psicanalítica, o Estado tem a função de um terceiro que garante um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das relações mãe-filho. Contudo, o que se observa é a descontinuidade do cuidado, amparo e proteção, e uma postura punitiva e moralizante. Mães são frequentemente

cobradas a se adaptar aos serviços e aos valores de classe média defendidos por profissionais de saúde, educação e assistência social.

Psicanálise contemporânea e aplicações sociais

Diante desse panorama, Onocko Campos³³ enfatiza que a sofrida população brasileira não precisa de analistas mudos e indiferentes. A psicanálise contemporânea, ao contrário, defende a continuidade e a qualificação dos espaços públicos através de investimentos na capacitação e supervisão clínica dos trabalhadores. Isso lhes permitiria atuar de forma reparadora e não punitiva, assumindo um compromisso ético e a centralidade do trabalho psicossocial com as famílias^{28,32,33}.

A psicanálise contemporânea tem explorado múltiplas possibilidades de aplicação^{34,35}, ampliando o acesso e tornando-se um meio para a compreensão de fenômenos sociais, como o comportamento antissocial de jovens frente à privação^{29,33}, o manejo clínico no atendimento a moradores de rua com sofrimento psíquico^{36,37}, e as contribuições para a assistência em saúde mental infanto-juvenil^{38,39}.

Aborda, também, o atendimento socioassistencial de idosos e deficientes, pessoas expostas a homofobia e racismo, e vítimas de violações de direitos atendidas por Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas)⁴⁰. Outros autores exploram considerações psicanalíticas sobre preconceito racial⁴¹, homofobia⁴², violência de gênero⁴³⁻⁴⁵, tráfico de drogas⁴⁶ e direitos dos sujeitos⁴⁷.

Material e métodos

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de implementação, de natureza observacional, retrospectiva e descritiva, baseada em dados institucionais, produzidos entre julho de 2021 e outubro de 2023. Esse

período contemplou sete ciclos de atendimento de grupos breves psicanalíticos realizados pelo Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (Napev). Inicialmente, o Napev estava localizado no Hospital das Clínicas (HC), e foi permanentemente instalado no Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas na Infância (Cipoi), ambos na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 07227019.3.0000.5404 e parecer consubstanciado nº 4.496.491, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁴⁸.

Caracterização dos grupos breves psicanalíticos

Os grupos breves psicanalíticos foram estruturados como uma tecnologia psicossocial, fundamentada nos princípios da psicanálise aplicada a contextos de saúde pública. Cada ciclo de atendimento foi composto por 10 encontros semanais, com duração de 90 minutos cada, e estruturado em: sessão inicial dedicada à recepção dos participantes, apresentação do enquadre e estabelecimento do contrato terapêutico, oito sessões de intervenção, e sessão final de encerramento com trabalho sobre o luto, ansiedades de separação e identificação de recursos internos e externos.

Cada grupo contou com até dez participantes, sendo conduzidos por duplas de terapeutas, sendo um profissional do Napev e um residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unicamp. Houve supervisão clínica semanal especializada na abordagem grupal psicanalítica, para garantir a fidelidade e qualidade da intervenção ao longo de todos os ciclos.

A metodologia dos grupos baseou-se na criação de um espaço seguro de escuta e

fala, onde os participantes pudessem elaborar experiências traumáticas relacionadas à exposição à violência. O referencial teórico fundamentou-se nas contribuições de autores como Winnicott⁴⁹, Bion⁵⁰, Pichón-Riviere⁴⁰ e Kaës⁵¹, que abordam a importância dos grupos na elaboração de traumas e na construção de vínculos reparadores.

Os horários dos encontros foram mantidos consistentes ao longo de cada ciclo: o grupo de adolescentes ocorria às segundas-feiras, das 14h30 às 16h00, enquanto o grupo de mulheres acima de 18 anos ocorria às sextas-feiras, das 14h30 às 16h00. Ambos os grupos eram realizados no mesmo local, mas em salas diferentes.

Crítérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo dois públicos estratificados por faixa etária: adolescentes com idade entre 14 e 17 anos (ambos os gêneros) e mulheres adultas, com idade igual ou superior a 18 anos, que manifestaram aceitar atendimentos em grupo e que apresentavam algum sofrimento relacionado à violência direta ou indireta em suas diversas modalidades (física, psicológica, sexual, negligência ou violência testemunhal). Considerou-se exposição indireta a vivência ou testemunho de situações de violência no contexto familiar ou comunitário^{52,53}.

O Napev é adscrito à região norte de Campinas e atende a população triada e encaminhada pelas unidades da atenção básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Cras, Creas e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), integradas ao Comitê Gestor da Pesquisa ao longo do processo de implementação. Os participantes foram encaminhados por meio de formulário on-line padronizado e contatados pela equipe do Napev para confirmarem a participação e receberem orientações logísticas, sendo disponibilizados passes para transporte público, uma das estratégias descritas como facilitadoras do acesso ao serviço. Reuniões mensais entre a equipe de implementação e os profissionais de referência dos serviços

parceiros permitiam discussão e seguimento conjunto dos casos, garantindo a continuidade do cuidado ao longo de todos os ciclos.

Não participaram do estudo pessoas com a presença de transtornos psicóticos em fase aguda, uso abusivo de substâncias psicoativas que comprometessem a participação nas atividades grupais, e situações de risco iminente que demandassem intervenções de proteção imediata.

Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados através de registros sistemáticos dos encaminhamentos, participação e permanência nos grupos, e foram organizados por ano e por ciclo de atendimento, permitindo a análise comparativa das taxas de acesso e adesão. As variáveis foram tratadas como categóricas e analisadas por meio de frequências e cruzamentos simples. Para fins de análise, foram consideradas duas variáveis principais: a) Taxa de acesso: percentual de indivíduos encaminhados que efetivamente participaram de pelo menos uma sessão do grupo; b) Taxa de adesão: percentual de participantes que permaneceram no grupo após o primeiro contato, considerando a participação em pelo menos 50% das sessões programadas.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, com cálculo de frequências e percentuais, permitindo a identificação de tendências ao longo dos diferentes ciclos de implementação. Para verificar se houve variação estatisticamente significativa nas taxas de acesso e adesão entre os anos analisados, foi aplicado o teste do qui-quadrado de independência, apropriado para variáveis categóricas, e que não requer pressupostos de normalidade na distribuição dos dados. As análises estatísticas e a elaboração de gráficos foram realizadas em ambiente Python (versão 3.13.5), com uso do Jupyter Notebook.

O processo de implementação foi analisado por meio de uma amostra composta por 145 registros armazenados em *cloud computing*, incluindo prontuários dos grupos, relatórios, atas de reuniões e outros documentos institucionais

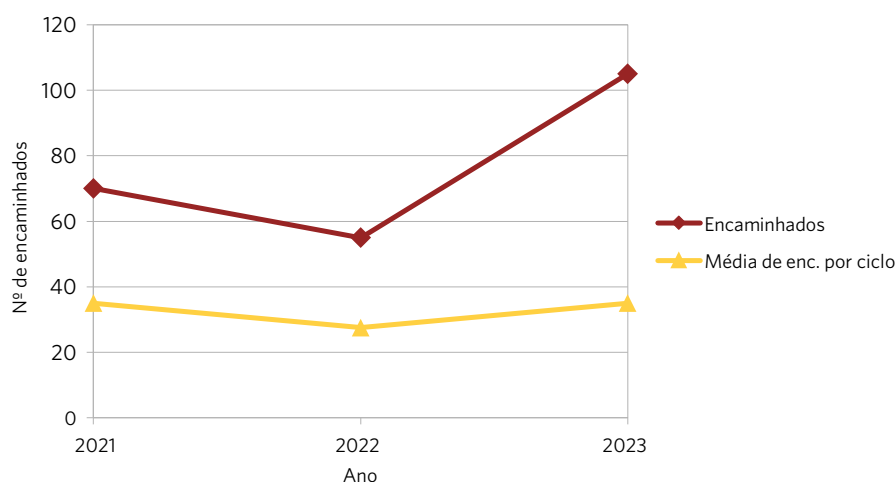
produzidos pelo Napev. As informações coletadas foram submetidas a uma análise detalhada, sendo categorizadas com base na data, tipo e conteúdo. Complementarmente, realizaram-se entrevistas abertas com 12 profissionais envolvidas diretamente na implementação do Napev, sendo: 01 fonoaudiólogo, 02 terapeutas-ocupacionais, 01 enfermeiro, 02 psicólogas – residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Unicamp; 01 psicóloga supervisora clínica do Napev; 02 terapeutas-ocupacionais que coordenaram os encaminhamentos junto aos serviços parceiros; e 03 pesquisadoras mes-trandas do Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência – Interfaces. As entrevistas, com duração média de trinta minutos, foram realizadas por meio do aplicativo de mensagens WhatsApp em setembro e outubro de 2023. Tanto a análise documental quanto as entrevistas possibilitaram contextualizar e aprofundar a interpretação dos dados quantitativos, além de validar as análises qualitativas a respeito

dos fatores que, possivelmente, interferiram no acesso e na adesão aos grupos.

Resultados e discussão

Os resultados apresentados neste estudo, derivados do processo de implementação de grupos breves psicanalíticos, revelam nuances importantes sobre o acesso e a adesão de pessoas expostas à violência. Ao longo de sete ciclos de atendimento, 230 indivíduos foram encaminhados, demonstrando uma demanda consistente por esse tipo de intervenção. Observa-se que, embora o número absoluto de encaminhamentos tenha aumentado em 2023, esse crescimento pode estar relacionado ao maior número de ciclos realizados naquele ano, uma vez que a média de encaminhamentos por ciclo se manteve relativamente estável ao longo do período analisado, conforme demonstrado no *gráfico 1*.

Gráfico 1. Encaminhados por ano e média de encaminhados por ciclo



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Contudo, a análise dos dados de acesso e adesão ao longo dos anos (*tabela 1*) aponta para desafios persistentes que merecem uma discussão aprofundada, em consonância

com a perspectiva de Silva⁵² em sua tese de doutorado, que enfatiza a complexidade da implementação de tecnologias psicossociais em contextos de vulnerabilidade.

Tabela 1. Implementação dos ciclos de atendimento – Napev

Ano	Ciclos	Encaminhados	Acessaram	Aderiram
2021	2	70	40 (57,14%)	9 (22,50%)
2022	2	55	24 (45,5%)	17 (70,83%)
2023	3	105	31 (29,25%)	13 (41,96%)

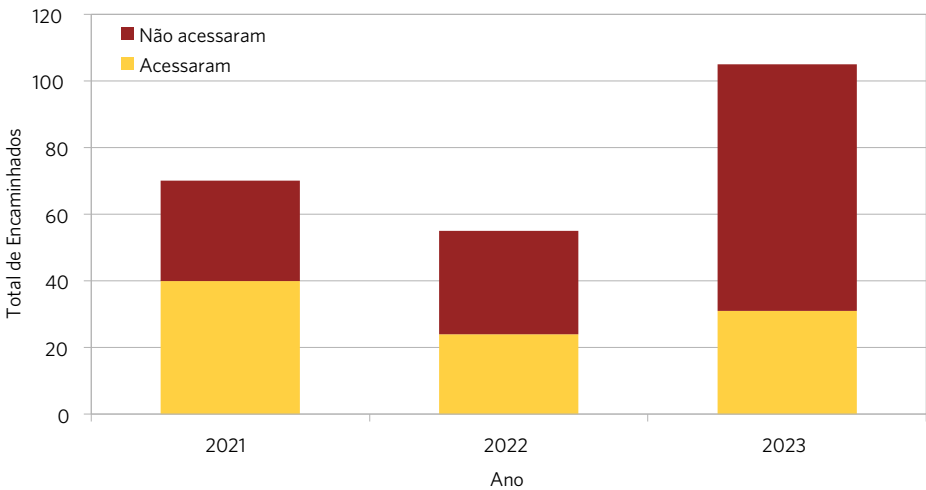
Fonte: dados da Pesquisa (2023)

Análise das taxas de acesso

Observa-se uma tendência de aumento no número de encaminhamentos anuais, culminando em 105 encaminhamentos em 2023. No entanto, a proporção de pessoas que efetivamente participaram de pelo menos uma sessão dos grupos (coluna ‘Acessaram’ na *tabela 1*)

apresentou uma queda progressiva de 57,14%, em 2021, para 45,5%, em 2022, e 29,25%, em 2023. Essa redução é visualmente representada no *gráfico 2*, que apresenta a composição dos encaminhamentos por ano, diferenciando os indivíduos que acessaram o grupo daqueles que, embora encaminhados, não compareceram a nenhuma sessão.

Gráfico 2. Composição dos encaminhamentos por ano em termos de acesso ao grupo por ano (2021 a 2023)



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Essa queda pode ser multifatorial, refletindo desde barreiras logísticas e socioeconômicas até a complexidade inerente à adesão de populações vulneráveis a serviços de saúde mental. A tese de Silva⁵², ao abordar a implementação de grupos psicanalíticos para pessoas expostas à

violência, destaca a importância de considerar o contexto social e as especificidades dessas populações, que frequentemente enfrentam obstáculos como estigma, falta de recursos, dificuldades de transporte e a própria natureza do trauma, que pode dificultar o engajamento inicial.

A diminuição progressiva nas taxas de acesso pode estar relacionada a diversos fatores contextuais. Primeiramente, o período de implementação coincidiu com a pandemia de covid-19 e suas consequências socioeconômicas, que podem ter intensificado as barreiras de acesso aos serviços de saúde mental. Conforme apontado por Jubilut et al.², as medidas de isolamento social impactaram desproporcionalmente populações vulneráveis, criando obstáculos adicionais para o acesso a cuidados especializados.

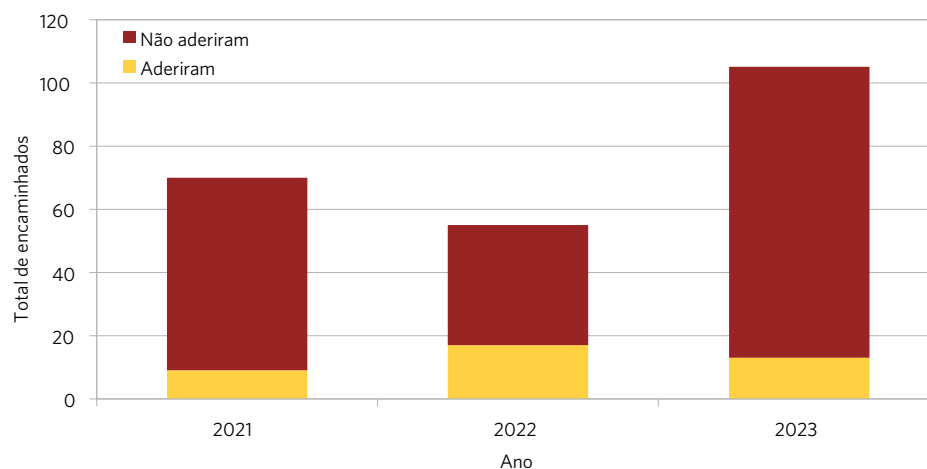
Além disso, também pode ter influenciado nesses resultados a mudança na localização dos grupos, que, em 2021, ocorreram em serviços territoriais, e, a partir de 2022 e 2023, em um espaço institucional mais centralizado e especializado dentro da própria Universidade. A centralização em um ambiente universitário,

embora possa oferecer maior infraestrutura e especialização, pode, também, impor novas barreiras de acesso para uma população que já enfrenta desafios de mobilidade e familiaridade com ambientes institucionais.

Análise das taxas de adesão

Em contrapartida, a taxa de adesão (coluna 'Aderiram' na *tabela 1*), que mede a permanência nos grupos após o primeiro contato, apresentou uma variação interessante. Em 2021, a adesão foi de 22,50%, saltando para 70,83% em 2022, e estabilizando em 41,96%, em 2023. Essa dinâmica é ilustrada no *gráfico 3*, que apresenta a composição anual dos encaminhados de acordo com a adesão mínima aos grupos (presença em ao menos 50% das sessões).

Gráfico 3. Composição dos encaminhamentos por ano em termos de adesão ao grupo por ano (2021 a 2023)



Fonte: dados da pesquisa (2023).

O pico de adesão em 2022, em contraste com a queda no acesso, sugere que, uma vez superadas as barreiras iniciais e estabelecido o vínculo, a permanência nos grupos se torna mais provável. Esse achado corrobora a literatura psicanalítica sobre a importância do estabelecimento de vínculos terapêuticos seguros para populações traumatizadas^{49,50}.

A alta taxa de adesão em 2022 pode estar relacionada ao aprimoramento das estratégias de acolhimento e vinculação desenvolvidas pela equipe ao longo do primeiro ano de implementação. Conforme destacado por Kaës⁵¹, a qualidade do holding grupal e a capacidade de contenção das angústias são fatores determinantes para a permanência de participantes em grupos psicanalíticos.

Fatores influenciadores do acesso e da adesão

Os fatores que influenciaram o acesso e a adesão aos grupos breves psicanalíticos foram identificados a partir de uma amostra documental retrospectiva, composta por registros produzidos ao longo da implementação do Napev, incluindo prontuários grupais, relatórios técnicos, atas de reuniões e documentos institucionais. Complementarmente, realizaram-se entrevistas individuais com membros da equipe diretamente envolvidos na implementação, com o objetivo de aprofundar a compreensão dos determinantes observados nos dados quantitativos. Tanto a análise documental quanto as entrevistas possibilitaram a identificação e validação dos fatores que influenciaram o acesso e a adesão aos grupos breves psicanalíticos.

A análise dos dados revela a complexidade dos fatores que influenciam tanto o acesso quanto a adesão aos grupos breves psicanalíticos. Silva⁵² aborda a relevância da acessibilidade e da construção de confiança como pilares para a efetividade de intervenções psicossociais, o que se alinha com a necessidade de estratégias adaptadas para garantir não apenas o acesso, mas a continuidade do cuidado.

A aplicação do teste do qui-quadrado de independência⁵⁴ evidenciou diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos dados de acesso ($\chi^2 = 13.38$, $p = 0.0012$, $gl = 2$) e de adesão ($\chi^2 = 10.00$, $p = 0.0067$, $gl = 2$) entre os anos analisados. Esses resultados sugerem que as variações observadas nas taxas não são atribuíveis ao acaso, indicando a influência de fatores estruturais e contextuais no comportamento dos usuários frente à proposta terapêutica. A identificação desses fatores baseou-se na triangulação entre dados quantitativos, registros institucionais e relatos da equipe de implementação, permitindo uma interpretação mais abrangente dos resultados. Mudanças no local de atendimento, composição da equipe técnica e possíveis variáveis contextuais ainda não sistematicamente

estudadas parecem ter exercido impacto direto sobre o padrão de participação.

Entre os principais fatores identificados como influenciadores do acesso, destacam-se: a) Barreiras geográficas e de transporte: a localização dos grupos e a disponibilidade de transporte público adequado impactam diretamente a capacidade de participação dos usuários; b) Estigma associado ao cuidado em saúde mental: populações expostas à violência frequentemente enfrentam múltiplos estigmas, que podem dificultar a busca de ajuda especializada; c) Complexidade das demandas sociais: questões como instabilidade habitacional, insegurança alimentar e desemprego podem competir com a priorização do cuidado em saúde mental; d) Características do trauma: a natureza e a severidade das experiências traumáticas podem influenciar a capacidade inicial de engajamento em atividades grupais.

Quanto aos fatores que favorecem a adesão, uma vez estabelecido o primeiro contato, observam-se: a) Qualidade do vínculo terapêutico: a capacidade da equipe de estabelecer um ambiente seguro e acolhedor mostra-se fundamental para a permanência; b) Identificação entre pares: o reconhecimento de experiências similares entre os participantes facilita o processo de elaboração e reduz o isolamento; c) Flexibilidade na abordagem: a adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada grupo contribui para a manutenção do interesse e da participação; d) Suporte social: a construção de uma rede de apoio dentro do próprio grupo fortalece a motivação para a continuidade.

Implicações para a prática clínica

Os achados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica e para a formulação de políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas expostas à violência. A discrepância entre as taxas de acesso e adesão sugere a necessidade de estratégias diferenciadas para cada momento do processo de cuidado.

Para melhorar o acesso inicial, recomenda-se: a) Descentralização dos serviços: a oferta de grupos em diferentes territórios pode reduzir barreiras geográficas e aumentar a familiaridade dos usuários com os espaços de cuidado; b) Estratégias de busca ativa: o desenvolvimento de ações proativas de identificação e convite de potenciais participantes pode ampliar o alcance da intervenção; c) Articulação intersetorial: a integração com serviços de saúde, assistência social e educação pode facilitar o encaminhamento e o acompanhamento dos casos; d) Flexibilização de horários: a oferta de grupos em diferentes turnos pode acomodar as diversas rotinas e responsabilidades dos usuários.

Para fortalecer a adesão, sugere-se: a) Investimento na formação da equipe: o aprimoramento contínuo das competências técnicas e relacionais dos profissionais é fundamental para a qualidade do cuidado oferecido; b) Supervisão clínica regular: o suporte técnico e emocional à equipe contribui para a manutenção da qualidade das intervenções; c) Adaptação cultural: a consideração das especificidades culturais, étnicas e socioeconômicas dos participantes enriquece a abordagem terapêutica; d) Acompanhamento pós-grupo: o oferecimento de suporte após o término dos ciclos pode consolidar os ganhos terapêuticos e prevenir recaídas.

Limitações do estudo

É importante reconhecer as limitações deste estudo, que incluem o período relativamente curto de observação, a ausência de um grupo controle para comparação dos resultados e o tamanho restrito da amostra. Além disso, a análise baseou-se em dados quantitativos de participação, não contemplando avaliações qualitativas dos resultados terapêuticos alcançados. Por essas razões, os achados estatísticos, embora relevantes, devem ser interpretados com cautela quanto à sua generalização para outros contextos e populações.

Estudos futuros poderiam beneficiar-se da inclusão de instrumentos padronizados de avaliação de sintomas e qualidade de vida, bem como da realização de entrevistas qualitativas com participantes e profissionais para uma compreensão mais aprofundada dos fatores que influenciam o acesso e a adesão.

Contribuições para as políticas públicas

Os resultados deste estudo oferecem subsídios importantes para o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas expostas à violência. A demonstração da viabilidade e da demanda por grupos breves psicanalíticos reforça a necessidade de investimentos em modalidades de cuidado especializadas para essa população.

A variabilidade observada nas taxas de acesso e adesão ao longo do tempo evidencia a importância do monitoramento contínuo e da adaptação das estratégias de implementação. Conforme destacado por Silva⁵², a implementação de tecnologias psicossociais requer um processo dinâmico de ajustes e aprimoramentos baseado na experiência prática e no *feedback* dos usuários.

Além disso, os achados reforçam a necessidade de abordagens integradas que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas, também, as determinantes sociais que influenciam o acesso e a permanência nos serviços de saúde mental. A articulação entre diferentes setores e níveis de atenção mostra-se fundamental para a efetividade das intervenções.

Conclusões

A implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência, conforme demonstrado neste estudo, representa uma estratégia promissora para o cuidado em saúde mental de populações vulneráveis. Os resultados obtidos ao longo de sete ciclos de atendimento, envolvendo

230 encaminhamentos, evidenciam tanto o potencial quanto os desafios inerentes a essa modalidade de intervenção psicossocial.

A análise dos dados de acesso e adesão revela um panorama complexo, caracterizado por uma demanda crescente por esse tipo de cuidado, mas também por obstáculos significativos que limitam a participação efetiva dos usuários. A diminuição progressiva nas taxas de acesso, de 57,14%, em 2021, para 29,25%, em 2023, contrastada com a variabilidade nas taxas de adesão, que atingiram um pico de 70,83% em 2022, aponta para a necessidade de estratégias diferenciadas para cada etapa do processo de cuidado.

Os achados deste estudo, em consonância com as reflexões teóricas e metodológicas da tese de Silva⁵², reforçam a importância de abordagens sensíveis ao contexto, que considerem as múltiplas camadas de vulnerabilidade e as barreiras que impedem o engajamento pleno de pessoas expostas à violência. A psicanálise, com sua capacidade de oferecer um espaço para a elaboração do traumático e a construção de novos sentidos, emerge como uma ferramenta potente nesse cenário.

Contudo, a efetividade dessa abordagem depende intrinsecamente da capacidade dos serviços de saúde e assistência social de se adaptarem às realidades dos usuários, promovendo um acesso facilitado e um ambiente que favoreça a continuidade do cuidado. A experiência relatada neste estudo demonstra que, uma vez superadas as barreiras iniciais e estabelecido o vínculo terapêutico, a permanência nos grupos se torna mais provável, sugerindo que o investimento em estratégias de acolhimento e vinculação é fundamental para o sucesso da intervenção.

As implicações desses achados para a prática clínica são significativas, apontando para a necessidade de: (a) descentralização dos serviços para reduzir barreiras geográficas; (b) desenvolvimento de estratégias de busca ativa para ampliar o alcance das intervenções; (c) investimento na formação e supervisão das equipes; (d) flexibilização de horários e

modalidades de atendimento; e (e) fortalecimento da articulação intersetorial.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados reforçam a necessidade de investimentos sustentados em modalidades de cuidado especializadas para pessoas expostas à violência, reconhecendo a complexidade desse fenômeno e a importância de abordagens integradas que considerem tanto os aspectos clínicos quanto as determinantes sociais da saúde.

A superação dos desafios identificados neste estudo não apenas aprimorará a prática clínica, mas também fortalecerá as políticas públicas voltadas para a saúde mental de populações em situação de violência, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. A continuidade de pesquisas nessa área, incluindo estudos longitudinais e avaliações qualitativas dos resultados terapêuticos, será fundamental para o aprimoramento contínuo dessas intervenções e para a consolidação da psicanálise como uma ferramenta efetiva no cuidado de populações vulneráveis.

Por fim, este estudo contribui para o campo da saúde coletiva ao demonstrar a viabilidade e a relevância dos grupos breves psicanalíticos como tecnologia psicossocial, oferecendo subsídios empíricos para a tomada de decisões em políticas públicas e para o desenvolvimento de novas pesquisas na área. A experiência relatada evidencia que, apesar dos desafios, é possível implementar intervenções psicanalíticas em contextos de saúde pública, desde que sejam consideradas as especificidades das populações atendidas e desenvolvidas estratégias adequadas para garantir o acesso e a adesão aos cuidados oferecidos.

Contribuições de autoria

Silva AA (0000-0002-0445-6588)*, Gavi EO (0009-0009-5886-1990)* e Onocko Campos RT (0000-0003-0469-5447)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Usher K, Bradbury-Jones C, Bhullar N, et al. COVID-19 and family violence: is this a perfect storm? *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(4):1022-1032. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12876>
2. Jubilit LL, Annoni D, Casagrande MM, et al. Direitos Humanos e COVID-19: impactos em direitos e para grupos vulneráveis [Internet]. Santos: Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos e Vulnerabilidades” da Universidade Católica de Santos; 2020 [acesso em 2026 maio 11]. Disponível em: <https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2020/06/Direitos-Humanos-e-Covid-19-Impactos-em-Direitos-e-para-Grupos-Vulner%C3%A1veis.pdf>
3. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, et al. Covid-19 Pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 [acesso em 2026 maio 11];25(9):3431-3436. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/covid-19-pandemic-reflecting-vulnerabilities-in-the-light-of-gender-race-and-class/17581?id=17581>
4. Massó Guijarro E. Infancia y pandemia: crónica de una ausencia anunciada. *Salud Colectiva*. 2021;17:e3303. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3303>
5. Awungafac G, Mugamba S, Nalugoda F, et al. Household food insecurity and its association with self-reported male perpetration of intimate partner violence: a survey of two districts in central and western Uganda. *BMJ Glob Health*. 2021;6(3):e045427. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045427>
6. Calvano C, Engelke L, Di Bella J, et al. Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences – results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>
7. Brown SM, Doon JR, Lechuga-Peña S, et al. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. 2020;110(Pt 2):104699. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
8. Thorell LB, Skoglund C, de la Peña AG, et al. Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(4):649-661. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01706-1>
9. Fong V, Iarocci G. Child and family outcomes following pandemics: a systematic review and recommendations on COVID-19 policies. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(10):1124-1143. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092>
10. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, et al. The perfect storm: hidden risk of child maltreatment during the Covid-19 pandemic. *Child Maltreat*. 2021;26(2):139-151. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559520982066>
11. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, et al. Parenting stress during the COVID-19 outbreak: socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Fam Process*. 2021;60(2):639-653. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12601>
12. Wolf JP, Freisthler B, Chadwick C. Stress, alcohol use, and punitive parenting during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. 2021;117:105090. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105090>
13. Yamaoka Y, Hosozawa M, Sampei M, et al. Abusive and positive parenting behavior in Japan during the COVID-19 pandemic under the state of emergency. *Child Abuse Negl*. 2021;120:105212. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105212>
14. Stewart SL, Vasudeva AS, Van Dyke JN, et al. Child and youth mental health needs and service utilization during COVID-19. *Traumatology*. 2022;28(3):311-324. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000345>
15. Winter SM, Dittrich K, Dörr P, et al. Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;63(9):1027-1045. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13550>

16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
17. Jaffee SR. Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13(1):525-551. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>.
18. Calvano C, Engelke L, Holl-Etten AK, et al. Almost 2 years into the COVID-19 pandemic: an update on parental stress, parent mental health, and the occurrence of child maltreatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(12):2593-2609. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02147-2>
19. Parrott DJ, Halmos MB, Stappenbeck CA, et al. Intimate partner aggression during the COVID-19 pandemic: associations with stress and heavy drinking. *Psychol Violence*. 2022;12(2):95-103. DOI: <https://doi.org/10.1037/vio0000395>
20. Davis M, Gilbar O, Padilla-Medina D. Intimate partner violence victimization and perpetration among US adults during COVID-19: a brief report. *medRxiv [Preprint]*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125914>
21. Sanz-Barbero B, Estévez-García F, La Parra-Casado D, et al. Intimate partner violence complaints during COVID-19 lockdown in Spain: a cross-sectional and a case-control study. *Eur J Public Health*. 2023;33(3):536-542. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad014>
22. Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, et al. Predictors of intimate partner violence revictimization: the relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *J Trauma Stress*. 2013;26(1):102-110. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.21781>
23. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: nota técnica [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020 abr 16 [acesso em 2023 ago 28]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>
24. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra mulheres em 2021 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022 [acesso em 2026 maio 12]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>
25. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022 [acesso em 2026 maio 12]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-1o-semester-de-2022/
26. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2022 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022 [acesso em 2026 maio 12]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>
27. Corrêa OBR. Os avatares da transmissão psíquica geracional. 1ª ed. São Paulo: Escuta; 2001.
28. Kaës R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, et al. A transmissão do psiquismo entre gerações. São Paulo: Unimarco; 1998. p. 5-19.
29. Broide J. Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. *Rev Psicol Polit*. 2010;10(19):95-106.
30. Mello TCA, Brito RS. Efetividade do toque terapêutico no alívio de sintomatologia do paciente. *Saúde (Santa Maria)*. 2015;41(2).
31. Fontoni MR. O futuro da psicanálise: uma busca por evidências? *Winnicott e-Prints*. 2015;10(2).

32. Santeiro TV, Silverio FB, Figueiredo WJ, organizadores. *Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: teoria, prática e pesquisa*. Londrina; 2021.
33. Onocko-Campos R. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [acesso em 2026 maio 12];22(67):1091-1098. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401091&tlng=pt
34. Fontoni MR. O futuro da psicanálise: uma busca por evidências? *Winnicott e-Prints*. 2015;10(2).
35. Marino AS. A psicanálise nas políticas sociais públicas. *Agora (Rio J)*. 2020;23(2):2-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-44142020002002>
36. Brito MMM. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicol Cienc Prof*. 2006;26(2):320-327. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200013>
37. Broide J. A Psicoterapia psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: a rua enquanto instituição das populações marginalizadas. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 1992;12(2):24-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931992000200005>
38. Fernandes VA. Contribuições da ética da psicanálise à política pública de saúde [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013. 110 p.
39. Guerra AMC. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*. 2005;9(15):139-154.
40. Castanho PCG. A psychoanalytical model for thinking and doing groups in various types of organizations [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.
41. Barreto R, Ceccarelli PR. Considerações psicanalíticas sobre preconceito racial: um estudo de caso. *Estud Psicanal* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 12];(50):145-154. Disponível em: http://pepsic.bvsa-lud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000200016&lng=pt&tlng=pt
42. Lima VM. Psicanálise e homofobia: o infamiliariar na sexualização. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2021;24(2):397-420. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p397.9>
43. Ferreira ES, Danziato LJB. A violência psicológica na mulher sob a luz da psicanálise: um estudo de caso. *Cad Psicanal* [Internet]. 2019 [acesso em 2025 maio 12];41(40):149-168. Disponível em: http://pepsic.bv-salud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000100010&lng=pt&tlng=pt
44. Muszkat S. Desamparo e violência de gênero: uma formulação. *Ide*. 2008;31(47):125-132.
45. Caffé M. Psicanálise e violência social de gênero. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2022;25(3):578-596. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n3p578.5>
46. Cabral AFeGA, Sieiro AA. A lei do tráfico na hora da brasileira: o Nome-do-Pai na criminalidade. *Cad Psicanal* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 abr 15];42(43):35-56. Disponível em: http://pepsic.bv-salud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000200002&lng=pt&tlng=pt
47. Gomes MM, Aguiar F. Sobre sujeito do direito e sujeito da psicanálise. *Cad Psicanal* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 abr 15];40(39):191-212. Disponível em: http://pepsic.bv-salud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000200010&lng=pt&tlng=pt
48. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13 [acesso em 2025 ago 6]; Seção I:59-62. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
49. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed; 1965.

50. Bion WR. Atenção e interpretação. Rio de Janeiro: Imago; 1967.
51. Kaës R. O grupo e o sujeito do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
52. Silva AA. O processo de implementação de uma tecnologia psicossocial: grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência [tese na Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2023 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=593566&tipoMidia=0>
53. Patias ND, Dell'Aglio DD. Prevalencia de exposición a violencia directa e indirecta: un estudio con adolescentes de colegios públicos. Acta Colomb Psicol. 2017;20(1):112-122. DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.6>
54. Pearson K. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. Philos Mag. 2009;50(302):157-175. DOI: <https://doi.org/10.1080/14786440009463897>
55. Usher K, Bradbury-Jones C, Bhullar N, et al. COVID-19 and family violence: is this a perfect storm? Int J Ment Health Nurs. 2021;30(4):1022-1032. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12876>

Recebido em 04/09/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9)

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

Debate político acerca das vacinas/vacinação contra a covid-19 na CPI da pandemia em 2021

Political debate about vaccines/vaccination against COVID-19 in the 2021 pandemic Parliamentary Committee of Inquiry

Debate político sobre vacinas/vacunación contra COVID-19 en la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) sobre la pandemia en 2021

Rachel Luíza Santos Moura¹, Carmen Fontes Teixeira^{1,2}

DOI: 10.1590/2358-2898202615011145P

RESUMO O objetivo deste trabalho é analisar o debate ocorrido na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instaurada no Senado Federal em 2021, acerca da pandemia de covid-19. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, com base na análise do Relatório da CPI, especificamente dos trechos dos depoimentos e debates que trataram da produção, aquisição e distribuição de vacinas e da vacinação contra a covid-19. Os resultados evidenciam a importância da CPI enquanto espaço político que revelou a negligência e o descaso com que o Governo Federal tratou a crise sanitária no período 2020-2021, dando voz a autoridades, pesquisadores, representantes de entidades científicas, movimentos sociais e familiares de vítimas da covid-19. Porém, como a CPI não possui autoridade judicial, os indiciamentos apresentados em seu Relatório Final não tiveram desdobramentos em termos da responsabilização e punição dos crimes identificados. Discute-se que o embate em torno da vacina/vacinação contra a covid-19 expressa disputas de projetos para a saúde, especialmente a disputa entre o projeto mercantilista/privatista e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira que defende o SUS e o Programa Nacional de Imunizações, concluindo-se pela necessidade de investimentos na produção tecnológica em saúde e no enfrentamento do negacionismo científico na área.

PALAVRAS-CHAVE Vacinas contra covid-19. Pandemias. Política de saúde. Política.

ABSTRACT The objective of this work is to analyze the debate that took place in the Parliamentary Committee of Inquiry (PCI) established in the Federal Senate in 2021, regarding the COVID-19 pandemic. This is an exploratory qualitative study, based on the analysis of the PCI Report, specifically excerpts from the testimonies and debates that dealt with the production, acquisition and distribution of vaccines and vaccination against COVID-19. The results highlight the importance of the PCI as a political space that revealed the negligence and disregard with which the Federal Government dealt with the health crisis in the 2020-2021 period, giving a voice to authorities, researchers, representatives of scientific entities, social movements and families of COVID-19 victims. The indictments presented in their Final Report had no consequences in terms of accountability and punishment for the crimes identified. It is argued that the conflict surrounding the vaccine/vaccination against COVID-19 expresses disputes over health projects, especially the dispute between the mercantilist/privatist project and the Brazilian Health Reform project that defends the Unified Health System (SUS) and the National Immunization Program, concluding that there is a need for investments in technological production in health and in confronting scientific denialism in the area.

KEYWORDS COVID-19 vaccines. Pandemics. Health policy. Politics.

RESUMEN El objetivo de este trabajo es analizar el debate que tuvo lugar en la CPI establecida en el Senado Federal en 2021, en relación con la pandemia de COVID-19. Es un estudio cualitativo exploratorio, basado en el análisis del Informe de la CPI, específicamente en los extractos de los testimonios y debates que abordaron la producción, adquisición y distribución de vacunas y la vacunación contra la COVID-19. Los resultados resaltan la importancia de la CPI como espacio político que puso de manifiesto la negligencia y el desprecio con que el Gobierno Federal manejó la crisis sanitaria en el período 2020-2021, dando voz a autoridades, investigadores, representantes de entidades científicas, movimientos sociales y familiares de víctimas de la COVID-19. Las acusaciones presentadas en el Informe Final del CPI no tuvieron repercusiones en términos de rendición de cuentas y castigo por los delitos identificados. Se argumenta que el debate en torno a la vacuna/vacunación refleja disputas sobre la disputa entre el proyecto mercantilista/privatista y el proyecto de Reforma Sanitaria Brasileña, que defiende el Sistema Único de Salud y el Programa Nacional de Inmunización, concluyendo ser necesario invertir en producción tecnológica en salud y en hacer frente al negacionismo científico en este campo.

PALABRAS CLAVE Vacunas contra la COVID-19. Pandemias. Política de salud. Política.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

mourachell@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.

Introdução

A covid-19, síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, foi identificada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019, expandindo-se para outras áreas do país e do mundo. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e, em 11 de março do mesmo ano, dada a sua disseminação global, declarou-a como pandemia.

O enfrentamento dessa pandemia demandou a realização de pesquisas que subsidiaram a produção de vacinas, processo que foi o mais rápido de toda história mundial e inaugurou o uso de novas e, até então, inéditas tecnologias. Porém, quando finalizadas as vacinas, recoloca-se um desafio global referente à sua distribuição, que se deu de forma desigual entre os países e continentes. Os países que desenvolveram e produziram vacinas ou dispunham de recursos financeiros para adquiri-las tiveram acesso ao imunizante e conseguiram estabelecer cobertura vacinal em seus territórios. Os que não tiveram acesso a recursos continuaram a viver a expansão da pandemia^{1,2}.

No contexto brasileiro, não houve total capacidade nem o investimento necessário para a produção suficiente de vacinas contra a covid-19, contudo, o domínio tecnológico brasileiro, mesmo que limitado quando comparado ao de países centrais, posiciona o País como um mercado ‘emergente’³, o que possibilitaria o acesso a parcerias produtivas para a produção e aquisição/compra desse insumo. Entretanto, o Governo Federal (GF) vigente no período da pandemia não agiu ou assumiu iniciativa de formalizar acordos e parcerias, optando por adotar postura negacionista no enfrentamento da crise sanitária no País, inclusive, com uma contundente posição contrária às vacinas e à vacinação da população⁴.

De fato, o GF, no período 2020-2022, ignorou a gravidade da pandemia e se omitiu

no cumprimento das devidas ações para o seu enfrentamento, não estabeleceu adequado plano de aquisição de vacinas e, já as tendo adquirido, não coordenou adequadamente o processo de distribuição. Também não elaborou plano de vacinação compatível com a realidade epidemiológica e a situação de saúde da população.

A ausência de ações, por parte do GF, especialmente do Ministério da Saúde (MS), para a aquisição de vacinas contra a covid-19 fez com que governadores de estados recorressem à sua compra por meio de negociação direta com institutos públicos de pesquisa e desenvolvimento e com laboratórios privados, o que gerou tensões entre o Executivo Federal e governos estaduais e municipais, assim como com os poderes legislativo e judiciário^{4,5}.

Por outro lado, a sociedade civil, através, principalmente, da organização e atuação da Frente pela Vida (FpV)⁶, posicionou-se, apresentando denúncias, críticas à atuação do GF e proposições para o enfrentamento da crise sanitária⁷, incluindo a vacinação, que foi iniciada, em âmbito nacional, após muita pressão por parte dos movimentos sociais, entidades científicas e de trabalhadoras e trabalhadores da saúde^{4,6}.

Nesse contexto, configurou-se um intenso debate político, envolvendo diversos atores – governamentais e não governamentais –, que reverberou no Legislativo, gerando a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal (SF) no primeiro semestre de 2021. Cabe registrar que uma CPI pode ser criada e conduzida pelo Senado ou pela Câmara de Deputados, sendo instrumento para o Poder Legislativo exercer sua função de fiscalização e controle do poder público, com o objetivo de apurar irregularidades, podendo convocar depoentes, requisitar diferentes fontes documentais e determinar a quebra de sigilos. Para que uma CPI seja instaurada, é necessário que um terço do quórum de cada Casa Legislativa assine o requerimento de instauração, o que, no caso do Senado, representa 27 assinaturas, sendo necessário que a

motivação da criação esteja adequadamente caracterizada no requerimento ('fato determinado'). Ao final do trabalho, a CPI elabora um relatório que deve ser encaminhado para órgãos competentes (Poder Judiciário) para o devido julgamento e responsabilização de eventuais crimes. No caso, os trabalhos da CPI da Pandemia estenderam-se por aproximadamente 6 meses, gerando um extenso Relatório⁸ que contém o registro das reuniões e dos depoimentos prestados pelas autoridades políticas e científicas convocadas.

Em pesquisa recente⁷ sobre o debate político em torno das vacinas contra a covid-19, nos debruçamos sobre o Relatório da CPI, tratando de identificar como a questão da vacina/vacinação foi abordada durante o inquérito e que conclusões e recomendações emanaram da CPI sobre esse tema. O objetivo deste trabalho, portanto, é analisar o debate ocorrido na CPI da Pandemia (2021) acerca da produção, aquisição e distribuição de vacinas contra a covid-19, bem como a contribuição da CPI da Pandemia com relação ao enfrentamento da crise sanitária.

Material e métodos

Trata-se da análise do conteúdo do Relatório da CPI, com foco na identificação de trechos dos depoimentos e análises que tratam da atuação do GF na pandemia e do posicionamento das entidades científicas e dos movimentos sociais, especificamente, informações sobre fatos, tensões e controvérsias em torno da produção, aquisição e distribuição de vacinas às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde para operacionalização da campanha de vacinação contra a covid-19. Os trechos analisados limitam-se aos depoimentos que citam, de forma direta, fatos políticos relacionados às vacinas/vacinação. Desse modo, não foram considerados todos os depoimentos contidos no Relatório, apenas aqueles que tratam da produção, aquisição e distribuição de vacinas e da vacinação. Para tanto, diante da

complexidade do tema e das representações de distintos interesses e projetos no debate acerca das vacinas, este artigo utiliza depoimentos de autoridades sanitárias (a exemplo de ex-ministros da Saúde, ex-Secretário Executivo do MS, do então presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e do diretor do Instituto Butantan), representante da indústria farmacêutica, servidores públicos que denunciaram ter havido prevaricação no processo de aquisição de vacinas, pesquisadores(as) e representantes da sociedade civil organizada no campo da saúde. O material coletado foi organizado contemplando a análise da atuação do GF e o posicionamento das entidades da sociedade civil sobre o tema. Os resultados foram cotejados com outros documentos apresentados pelos depoentes na CPI, citados neste artigo (relatórios, artigos, proposições e reações da sociedade civil e comunidade científica etc.), e discutidos à luz da análise política⁹ da pandemia de covid-19 no Brasil, levando em conta a inserção do debate sobre vacina/vacinação no processo político em saúde, que mobiliza diversos atores e projetos em disputa pela hegemonia da condução da política de saúde e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

Resultados

Os resultados contêm uma breve contextualização da criação e do funcionamento da CPI e, em seguida, a sistematização do debate acerca da vacina/vacinação que aconteceu nesse espaço político, distinguindo a análise dos depoimentos de autoridades governamentais e servidores públicos, da contribuição das entidades científicas e dos movimentos populares dos trabalhos da CPI.

Criação, instalação e funcionamento da CPI

O pedido de instauração do inquérito parlamentar sobre a crise sanitária foi feito pelo

Senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP), em janeiro de 2021, no entanto, apesar de Rodrigues ter obtido 30 assinaturas, número superior a um terço do quórum do SF, como o presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, havia sido apoiado pelo, à época, presidente Bolsonaro na eleição para presidência da Casa, esse resistiu à instauração da comissão, tendo justificado que a abertura de processo para apuração das ações do Executivo por parte do Senado poderia ter “um papel de antecipação de discussão político-eleitoral de 2022, de palanque político, que é absolutamente inapropriado para esse momento da nação”¹⁰.

O pedido para instauração da CPI só foi acatado após determinação do STF¹¹, sendo a CPI da Pandemia instaurada no primeiro semestre de 2021, com o objetivo de investigar a conduta, ou seja, ações e omissões do GF no enfrentamento da pandemia, entre as quais, o colapso da saúde no estado do Amazonas, evento que ficou conhecido como a ‘crise de Manaus’. A CPI foi presidida pelo Senador Omar Aziz (PSD-AM). As atividades da CPI ocorreram entre abril e outubro de 2021¹², com a realização de 66 reuniões, 58 sessões de oitivas – todas transmitidas via TV Senado –, sendo ouvidas mais de 60 pessoas.

A análise da CPI sobre a atuação do Governo Federal na pandemia

A CPI da Pandemia revelou que a condução do enfrentamento da pandemia de covid-19 pelo governo Jair Bolsonaro foi coordenada por um grupo informal de assessores que atuava sistematicamente dentro do MS. Esse grupo, formado por políticos, médicos e empresários que aderiram ao negacionismo defendido pelo presidente, foi chamado de ‘gabinete paralelo’ e prestava orientações a Bolsonaro acerca da condução a ser adotada no enfrentamento da crise.

Assim, esses ‘assessores’ participaram ativamente das tomadas de decisão da política pública de saúde, mesmo sem integrarem o MS ou qualquer instância do Executivo Federal, fornecendo as ‘justificativas’ para as

atitudes do então presidente, expressas em seus posicionamentos contrários às medidas preventivas não farmacológicas – isolamento, distanciamento social, o uso de máscaras, a higienização das mãos, objetos e alimentos, entre outros – e no incentivo ao uso de cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina e outros medicamentos ineficazes no tratamento da doença, o chamado ‘kit covid’^{8,13}. Também contribuíram para a defesa da chamada ‘imunidade de rebanho’, adotada no discurso presidencial, para a negligência do MS na notificação de casos e óbitos por covid-19, para a morosidade na aquisição de vacinas e o desincentivo à adesão pela população à vacinação contra a covid-19⁸.

Luiz Henrique Mandetta, ministro da Saúde de janeiro de 2019 a abril de 2020, relata, em seu depoimento à CPI, a ocorrência de uma reunião no Palácio do Planalto que contou com a participação de ministros, autoridades sanitárias e médicos, na qual foi apresentada minuta de decreto presidencial sugerindo mudança na bula da cloroquina, com o intuito de prever a indicação do medicamento no tratamento da covid-19, contudo, o presidente da Anvisa, Antônio Barra Torres, presente na referida reunião, manifestou-se contrário à proposta⁸⁽³⁶⁾. O Relatório Final da CPI da Pandemia ressalta, inclusive, que a Anvisa nunca aprovou o uso dos referidos medicamentos para o tratamento da infecção por coronavírus, pelo contrário, em nota técnica, publicada em abril de 2021, a agência destacou a ausência de evidências científicas conclusivas que comprovassem a eficácia desses medicamentos no enfrentamento da doença⁸⁽⁶⁴⁾.

Ainda com relação ao uso de medicamentos sem eficácia contra a covid-19, a CPI apurou que o Conselho Federal de Medicina (CFM) colaborou para a divulgação do uso desses medicamentos ineficazes, tendo publicado o Parecer nº 4/2020¹⁴, cujo teor admite a inexistência de evidências robustas para o uso de medicamentos como cloroquina e hidroxicloroquina, porém, concede à categoria

médica o poder, respaldado em nome de uma suposta ‘autonomia médica’, de decidir por prescrever ou não esses medicamentos, isentando os profissionais de quaisquer sanções e responsabilização no exercício da profissão, mesmo com a ocorrência de consequências negativas e malefícios relacionados ao uso desses medicamentos. Além disso, o parecer em questão se manteve ativo pelo CFM mesmo após a confirmação, com base em robustos estudos científicos, de ineficiência desses medicamentos no tratamento da covid-19, tendo sido utilizados para legitimar notas do MS autorizando o uso do ‘tratamento precoce’^{8,15}.

A análise da CPI sobre a aquisição de vacinas

As negociações para aquisição de vacinas foram realizadas sob a gestão do ex-ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, que permaneceu no MS de maio de 2020 a março de 2021, e do ex-Secretário Executivo do MS, Elcio Franco. Ainda em 2020, o governo brasileiro foi procurado por empresas produtoras de vacinas, entretanto, a partir dos depoimentos prestados pelos representantes da Pfizer e do Instituto Butantan à CPI, ficou evidente que a aquisição de imunizantes não foi uma prioridade do MS, que postergou e dificultou ao máximo as negociações para compra das vacinas, conforme exposto nos três casos descritos a seguir.

CASO PFIZER (COMIRNATY)

Durante as investigações da CPI, tornou-se de conhecimento público que, de agosto até novembro de 2020, o GF e o MS ignoraram propostas para aquisição de vacinas contra covid-19 enviadas pela farmacêutica Pfizer. Em seu depoimento à comissão, o ex-ministro da Saúde Pazuello declarou que o desinteresse se deu porque a vacina oferecida possuía preço acima da média, tecnologia desconhecida e “demandava logística complexa de armazenamento, em temperaturas muito baixas”⁸⁽¹⁹⁷⁾. Além disso, Pazuello diz, em seu depoimento,

que a “questão da transferência de tecnologia” e a “questão dos custos” eram fatores decisivos para a compra das vacinas, chegando mesmo a dizer que “a compra direta de vacina seria preterida em relação à compra com encomenda tecnológica”⁸⁽¹⁹⁸⁾.

Este último ponto também esteve presente na justificativa do então Secretário Executivo do MS, Elcio Franco, para a ausência de resposta à Pfizer. Pazuello também afirmou que a quantidade de doses da vacina pelo laboratório ofertada seria de 6 milhões, uma quantidade baixa diante da necessidade de doses do País. No entanto, essa informação foi desmentida no depoimento do representante da Pfizer, Carlos Murillo, que afirmou que o número de doses ofertadas na proposta foi de 70 milhões. Posteriormente, Pazuello admite a informação fornecida por Murillo^{8(198,199)}.

CASO BUTANTAN/SINOVAC (CORONAVAC)

Com relação à vacina CoronaVac, o ex-ministro Eduardo Pazuello foi convocado a esclarecer por que não cumpriu o acordo de intenção de compra de 46 milhões de doses da vacina produzida em parceria do Instituto Butantan com a farmacêutica chinesa Sinovac, acordo assinado e anunciado publicamente. Considerando a declaração do Presidente da República (PR) de negar essa aquisição, a resposta de Pazuello na CPI foi lacônica: “é simples assim: um manda e o outro obedece”⁸⁽⁸⁷⁾, evidenciando a obediência à hierarquia, típica da cultura militar.

Em depoimento à CPI, Dimas Covas, diretor do Butantan, relatou que essa ação causou a suspensão e atrasos nas tratativas para aquisição das vacinas ainda em 2020. Nesse período, o GF também ignorou os pedidos de apoio financeiro feitos pelo Instituto para a realização dos estudos clínicos, que estariam custando em torno de R\$ 85 milhões, assim como recursos para construção de fábrica com maior capacidade de produção de vacinas, o que requeria um investimento de cerca de R\$ 60 milhões^{8(200,201)}.

Já Élcio Franco afirmou que a resistência do MS em adquirir a vacina CoronaVac se deu por “*falta de segurança da vacina*”. De acordo com o ex-Secretário, o Ministério não poderia fazer esse investimento e uma tratativa com o Butantan porque a vacina não estava sendo desenvolvida pelo Butantan, mas pela Sinovac, da China, argumentando, ademais, que a autorização da Anvisa para uso emergencial da vacina só foi publicada em janeiro de 2021. Entretanto, de acordo com o apurado pela CPI, essa justificativa não procede, pois nesse período o MS tinha conhecimento de que o Instituto Butantan possuía, no início de dezembro de 2020, 6 milhões de doses da CoronaVac em estoque e 4 milhões ou mais em processamento, além de ter apresentado proposta de fornecimento da vacina, com previsão de entrega de 60 milhões de doses em dezembro de 2020 e 100 milhões em maio de 2021. Face à contradição revelada pela CPI, Élcio Franco diz, em sua defesa, que

tanto o Presidente da Pfizer como o Diretor do Instituto Butantan tinham seu número de celular e poderiam ter se comunicado, bem como eventuais dificuldades poderiam ter sido resolvidas diretamente por meio de mensagem⁸⁽²⁰²⁾.

CASO BHARAT BIOTECH (COVAXIN)

Ainda sobre a aquisição de vacinas, destaca-se, também, a oitiva do servidor público do MS, Luís Ricardo Miranda – coordenador de importação no Departamento de Logística em Saúde na época –, que, em depoimento ao plenário da CPI, em 25 de junho, relatou ter sofrido pressões por parte de seus superiores para aprovação da importação da vacina indiana Covaxin, sendo que essa vacina estava sendo negociada pelo MS a preço 50% maior que as demais vacinas, tendo como referência a cotação para aquisição de vacinas contra a covid-19 produzidas por outras empresas farmacêuticas. Segundo consta em seu depoimento, diante dessa irregularidade, o servidor

se negou a assinar recibo que garantiria o pagamento antecipado de US\$ 45 milhões por esse contrato, sem a garantia da entrega de doses da vacina. Ainda segundo relato desse servidor, “o pagamento seria feito a uma empresa suspeita, sem vínculo direto com a fabricante”^{8(289,290)}.

Além de ter se negado a assinar o contrato e autorizar a compra, o servidor contou ter alertado o então presidente Jair Bolsonaro sobre as irregularidades, tendo este se comprometido a notificar à Polícia Federal o ocorrido, o que não chegou a acontecer – configurando-se, assim, um crime de prevaricação¹⁶. Cabe ressaltar que a vacina em questão (Covaxin) não possuía autorização de uso emergencial no Brasil, tendo a Anvisa identificado falhas no processo de produção desenvolvido em suas fábricas¹⁷.

Diante do exposto, a CPI concluiu que a aquisição de vacinas deveria ter sido “a principal providência no processo de prevenção à disseminação do novo coronavírus”⁸⁽¹⁹⁶⁾, e reafirma a atuação negligente do GF na aquisição de vacinas, por ter optado por priorizar “a cura via medicamentos e não vacinação”, desse modo, escolhendo “expor a população ao vírus, para que fosse atingida mais rapidamente a imunidade de rebanho”⁸⁽¹⁹⁷⁾.

Para confirmação desse fato político, o relatório também utilizou o estudo ‘Modelagem do impacto do atraso na vacinação contra Sars-CoV-2: assumindo um fornecimento ilimitado de vacinas’¹⁸, realizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), Fundação Getúlio Vargas (FGV), Instituto Butantan e da London School, que consiste na aplicação de modelo matemático que estimou o impacto do atraso da vacinação contra a covid-19 no número de casos e óbitos no País. Como resultado, o modelo projetou que se:

O Brasil tivesse iniciado uma campanha de vacinação [em tempo hábil] à taxa máxima, poderia ter evitado cerca de 127 mil mortes. Essa taxa, conforme simulação, [era] de atingimento de imunização de 70% da população em 9 meses (544 mil pessoas por dia) [...] dada a experiência brasileira em vacinação em massa⁸⁽⁹⁶⁴⁾.

O resultado do estudo corroborou as demais evidências coletadas, demonstrando que a demora na aquisição de vacinas, o início tardio da vacinação e a má gestão da campanha de vacinação proporcionaram aumento de incidência e mortalidade por covid-19⁸.

Ademais, o Relatório Final cita a baixa cobertura vacinal da população em geral, reconhece que as ações do ex-presidente atrapalharam os esforços de prefeitos e governadores no enfrentamento da pandemia, destaca o atraso na campanha de vacinação e compila uma série de vídeos e imagens capturadas nas redes sociais de Bolsonaro incitando a população a não se vacinar. O Relatório conclui que essas ações configuraram “gravíssimo atentado à saúde pública”⁸⁽⁹⁹²⁾, mas não aborda os problemas relacionados à coordenação da campanha nacional de vacinação e as relações conflituosas entre os três níveis federados do poder Executivo⁷.

A contribuição de entidades científicas e da sociedade civil à CPI

Além das oitivas realizadas com representantes do executivo, servidores públicos, parlamentares, pesquisadores de áreas aplicadas da saúde e representantes dos laboratórios produtores de vacinas, o trabalho conduzido na CPI contou com a colaboração de entidades científicas e movimentos populares ligados à saúde no envio de documentos que forneceram evidências acerca dos fatos a serem apurados.

Nesse sentido, cabe destacar o documento ‘Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil’¹⁹, elaborado pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) em 2021, sob coordenação da Prof.a Dr.a Deisy Ventura, pesquisadora universitária e coordenadora do Cepedisa/USP.

A pesquisa que subsidiou a elaboração deste documento analisou 3.049 normas publicadas nos âmbitos federal e estadual relacionadas à covid-19, com o objetivo de avaliar a implicação dessas normativas na coordenação do enfrentamento à pandemia. Os resultados apontam

a criação excessiva de normas jurídicas que não produziram adequada coordenação da resposta brasileira à pandemia e dificultaram a compreensão da população sobre as medidas de proteção e enfrentamento da covid-19. Assim, destaca a desarticulação entre as ações realizadas pelos diferentes níveis de governo e aponta que, apesar da estratégia de propagação do vírus, conduzida de forma sistemática pelo GF, os demais poderes e entes federados ofereceram resistência¹⁹.

Com relação às vacinas e à vacinação contra a covid-19, o documento conta com o subtópico ‘Vacina como direito humano e dever do Estado: análise das decisões do STF sobre a vacinação contra a Covid-19’, que descreve a atuação do STF frente à garantia do direito às vacinas, entendido como parte do direito à saúde, contrapondo-se ao negacionismo e à disseminação de informações falsas sobre as vacinas, através de falas do então PR¹⁹.

O documento do Cepedisa, além de fundamentar a intencionalidade do GF na inadequada condução do enfrentamento da pandemia, foi bastante utilizado durante a CPI para desvelar as iniquidades no acesso a vacinas no caso de populações vulnerabilizadas, como no caso dos povos indígenas⁸. Em entrevista concedida ao Observatório de Análise Política em Saúde (Oaps), a coordenadora da pesquisa enfatiza a relevância da participação da comunidade científica no debate político sobre a pandemia, reforçando o papel da CPI:

A participação da comunidade acadêmica e de movimentos sociais na CPI me parece decisiva no sentido de unir forças para restabelecer a memória e a verdade em busca de justiça. A triagem e a apresentação de dados resultantes de pesquisas acadêmicas de forma acessível ao grande público, que vem sendo feita brilhantemente, por exemplo, pela Rede Brasileira de Mulheres Cientistas, têm contribuído para desconstruir a oposição que foi forjada entre a realidade que estamos vivendo durante a pandemia e o discurso oficial, que lança falsas dúvidas sobre o número de casos e

óbitos, que semeia notícias falsas sobre vacinas e tratamentos, que ataca governadores, prefeitos, jornalistas e cientistas de maneira vil, e que responsabiliza o SUS pelos momentos de colapso da assistência devidos exclusivamente à sua estratégia criminoso de propagação da doença²⁰⁽³⁾.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) também participou da CPI, por meio da produção e do envio de documentos para subsidiar as investigações acerca das irregularidades cometidas pelo GF. Entre esses, destaca-se o documento: ‘Contribuição do Conselho Nacional de Saúde para a CPI da Pandemia da Covid-19’²¹, que reúne moções, pareceres técnicos, notas públicas e demais posicionamentos produzidos em 2020 e 2021 e endereçados ao MS, no cumprimento do seu papel de controle social sobre a gestão do sistema de saúde, porém, sem sucesso durante a gestão dos Ministros que se sucederam no cargo durante o Governo Bolsonaro.

A FpV, criada em 29 de maio de 2020, reunindo diversas entidades da sociedade civil em defesa da democracia, da saúde e do SUS⁶, também contribuiu para os debates na CPI, tendo enviado, no Dia Nacional da Saúde (5/08), o ‘Manifesto em Defesa da Vida’²², que enfatiza a vida enquanto ‘bem mais relevante e inalienável’, reafirmando a imprescindível defesa do SUS, de seu adequado financiamento e a adoção de medidas de enfrentamento à pandemia que envolvam a ampliação da aquisição de vacinas e da cobertura vacinal. Através do CNS²³, a FpV encaminhou ao Senador Renan Calheiros, relator da CPI, o ‘Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19’²⁴, documento abrangente com análise dos determinantes e das proposições estratégicas para o enfrentamento da crise sanitária. Calheiros chegou a citar esse Plano na oitava realizada com o então ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, considerando primordial que o depoente possuísse conhecimento do referido documento e dos demais documentos entregues pelo CNS²³, o que não se confirmou.

Ao final dos trabalhos da CPI, a FpV enviou, também, a ‘Carta da Frente pela Vida à CPI da Covid-19’²⁵ parabenizando a comissão pelo trabalho desenvolvido na apuração e sistematização de evidências acerca da condução do enfrentamento à pandemia no País e apresentando à comissão as ações desenvolvidas pela FpV desde a sua criação. Com isso, colocou-se à disposição para qualquer apoio ou esclarecimento, ressaltando o desejo de que

os responsáveis pelo desastroso manejo da pior crise sanitária da nossa história não fiquem impunes, que sejam julgados no rigor da lei e, comprovados a culpa e o dolo, sejam punidos pelos crimes que lhes sejam atribuídos²⁵.

Expressando, assim, a expectativa de que os resultados da CPI fossem utilizados como evidência para reverter os desmontes na política pública de saúde e do SUS.

A contribuição da CPI ao debate político sobre a pandemia da covid-19

O inquérito realizado durante a CPI da Pandemia constituiu um espaço político importante que revelou, de um lado, as omissões, a negligência e o descaso com que o GF tratou a crise sanitária no período 2020-2021, e, por outro, deu voz a um conjunto de pesquisadores, representantes de movimentos sociais e até mesmo familiares de vítimas da covid-19. Segundo a visão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, expressa no documento ‘Dossiê da Pandemia’:

A comissão contribuiu para resgatar o quanto o SUS é essencial, ao registrar o heroísmo dos profissionais da saúde, a assistência universal mesmo em condições adversas e a capacidade de vacinação inicialmente desperdiçada com o atraso das vacinas. Ficou ainda registrado o quanto a rede pública é subfinanciada, o setor privado é predador e que, em uma crise sanitária no Brasil, há desigualdades sociais²⁶⁽²⁷⁸⁾.

Entretanto, como as CPI são instrumentos de fiscalização e não possuem autoridade judicial, podem apenas, após as devidas averiguações, reunir provas e indicar as pessoas ou instituições que precisam ser indiciadas, cabendo à justiça julgar, processar e fazer a aplicação das sentenças definidas em julgamento²⁷. Nesse sentido, na apresentação do Relatório Final da CPI, foi aprovado o pedido de indiciamento de duas empresas e mais de 70 pessoas, entre elas, o ex-ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, acusado de “comunicação falsa de crime”, “emprego irregular de verbas públicas”, “epidemia com resultado em morte”, “prevaricação” e “crimes contra a humanidade, nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos”. Já o então ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, foi acusado de “epidemia com resultado em morte” e “prevaricação”²⁸.

O então presidente da república, Jair Bolsonaro, foi acusado de “charlatanismo”, “emprego irregular de verba pública”, “epidemia com resultado em morte”, “falsificação de documentos particulares”, “incitação ao crime”, “infração a medidas sanitárias preventivas”, “prevaricação”, “crimes de responsabilidade (violação de direito social e incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo)” e “crimes contra a humanidade (nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos)”²⁸.

De fato, o Relatório Final da CPI contém uma série de indicações para indiciamento de autoridades envolvidas na má condução da crise, porém, o ministro do STF, Dias Toffoli, arquivou duas investigações preliminares abertas contra Bolsonaro e contra o ex-ministro Pazuello, a pedido da Procuradoria-Geral da República (PGR). De acordo com o ministro, esse pedido foi acatado porque a PGR, sob comando de Augusto Aras, informou que as conclusões da CPI não forneceram indícios suficientes para apurar os crimes de “epidemia com resultado em morte” e “infração a medidas sanitárias preventivas”²⁹.

Diante da ausência de respostas por parte do poder judiciário, mediante as provas reunidas e apresentadas pela CPI e também por entidades da sociedade civil organizada para devida responsabilização jurídica dos crimes cometidos contra a

humanidade no período da pandemia, em 2024, o CNS e o Conselho Nacional de Direitos Humanos apresentaram à PGR uma nova representação criminal³⁰, deixando evidente que as violações de direito e a má condução do enfrentamento à pandemia de covid-19 no País evidenciadas ao decorrer da CPI da Pandemia acabaram por não obter responsabilização compatível.

Com isso, pode-se considerar que a principal contribuição da CPI da Pandemia foi a elucidação da negligência, do descaso e dos crimes cometidos pelas autoridades governamentais com aval de empresários, médicos e outros profissionais de saúde, bem como parlamentares e funcionários públicos de diversas instituições, no enfrentamento da tragédia que se configurou na pandemia de covid-19 no Brasil.

Discussão e conclusões

A análise do debate político em torno da vacina/vacinação durante a pandemia de covid-19 no Brasil constitui um ponto focal a partir do qual se desvelou uma série de questões que ultrapassam a problemática da produção, aquisição e distribuição de vacinas, tendo em vista a realização de campanhas de vacinação que visam a proteger a população diante da emergência de epidemias e pandemias.

Assim, cabe destacar a tensão entre os discursos e os posicionamentos dos atores que buscaram, inicialmente, minimizar a gravidade da pandemia e logo, diante do aumento de casos da doença, recorreram ao paradigma biomédico hegemônico, passando a propagandar e prescrever medicamentos ineficazes; e, do outro lado, o discurso e as proposições de pesquisadores do campo da saúde pública e coletiva que buscaram analisar a pandemia como um fenômeno complexo, que exigia uma abordagem ampla, diversificada, incluindo medidas de caráter econômico, social e político como se apresenta no Plano elaborado pela FpV e na concepção ampliada de Vigilância em Saúde adaptada ao enfrentamento da pandemia de covid-19^{31,32}.

Esse embate reverbera e exemplifica as tensões e disputas que atravessam o processo político em saúde no Brasil, na medida em que expressa, no contexto de enfrentamento da pandemia de covid-19, a luta contra-hegemônica que o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira vem desenvolvendo, há quase cinco décadas (desde a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, em 1976), pelo direito universal à saúde, pelo SUS constitucional, contra o subfinanciamento e a privatização da gestão, pela organização de um modelo de atenção integral, de qualidade e humanizado, fundamentada no conjunto de princípios e propostas que constituem o projeto político para a saúde atualizado pela FpV³³ no contexto da pandemia.

A atuação do GF durante o período 2020-2022, na medida em que uniu o autoritarismo às políticas econômicas neoliberais e ao neo-conservadorismo, articulou-se e deu continuidade ao projeto “mercantilista/privatista”³⁴ na saúde, que mantém o subfinanciamento do SUS, a incorporação de modelos alternativos de gestão (Organização Social de Saúde – OSS, Parceria Público-Privada – PPP etc.), reforça o processo de precarização do trabalho em saúde, bem como a privatização e financeirização do sistema de saúde³⁵. Nesse sentido, não foi de se estranhar a adesão de parte significativa da categoria médica ao ‘bolsonarismo’¹⁵, evidenciada pela atuação do CFM durante a pandemia, e da participação de médicos e médicas aliadas a esse projeto na gestão federal do SUS, tanto em cargos oficiais como no chamado ‘gabinete paralelo’.

Nesse contexto, a defesa da pertinência, importância e viabilidade da campanha de vacinação contra a covid-19 expressou o posicionamento do conjunto de pesquisadores do campo da saúde coletiva, gestores do SUS e profissionais e trabalhadores de saúde, que, ancorados na experiência do Programa Nacional de Imunização (PNI), reconhecido internacionalmente, confrontaram-se com o Presidente da República e seus assessores.

Estes, ao repercutirem o discurso dos grupos ‘antivacina’, por ignorância, por incitação de líderes religiosos e de políticos negacionistas – por razões ideológicas, opuseram-se aos avanços da ciência e trataram de desacreditar as vacinas e a vacinação³⁶, alinhando-se, assim, a posições adotadas pela direita internacional.

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de estudos que aprofundem a análise das tensões e controvérsias que atravessam o campo da ciência, tecnologia e inovação na saúde, especialmente das questões relacionadas à produção, distribuição e utilização de vacinas, em face da possibilidade da emergência de novas epidemias e pandemias. Também, que haja defesa do financiamento público para o desenvolvimento da Ciência e Tecnologia (C&T) visando à autossuficiência sanitária brasileira e investimentos em políticas e ações de comunicação e educação em saúde que contribuam para a reversão do estrago que a postura antivacina do GF na pandemia causou na confiança da população acerca da importância da vacinação na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida e saúde.

Por fim, é importante destacar que poucas CPI tiveram impacto tão significativo sobre a saúde pública e a vida da população quanto essa, a ponto de obter ampla cobertura da mídia, apoio de movimentos sociais e da sociedade em geral, além de alertar para as negligências e omissões do GF, especialmente no que se refere à aquisição de vacinas.

Contribuições de autoria

Moura RLS (0009-0008-3257-1963)* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados do trabalho, redação e aprovação final da versão a ser publicada. Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados do trabalho, redação, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Guimarães R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(9):3579-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.24542020>
- Souza LEPP, Buss PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00056521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056521>
- Guimarães R. Vacinas: da saúde pública ao big business. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(5):1847-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03062021>
- Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1277-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>
- Fleury S, Fava VMD. Vacina contra COVID-19: arena da disputa federativa brasileira. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 1):248-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>
- Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2023. 328 p.
- Moura RLS. Análise política do debate acerca do processo de produção, aquisição e distribuição de vacinas e da vacinação contra COVID-19 no período da pandemia (2020-2022) no Brasil [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2025. 145 p.
- Senado Federal (BR). Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório final da CPI da pandemia [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2021 out 20 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1wyq0Lwe0a6mLRz1a4xKqdpjarIWTDXPj/view>
- Paim JS. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica (posfácio). In: Federico L, organizador. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 279-86.
- Agência Brasil. Pacheco considera “inapropriada” CPI da COVID-19, ordenada pelo STF [Internet]. Brasília, DF: Agência Brasil; 2021 abr 8 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-04/pacheco-considera-inapropriada-cpi-da-covid-19-ordenada-pelo-stf>
- Supremo Tribunal Federal (BR). STF vai rever liminar que determinou aplicação obrigatória de cloreto de quinina para pacientes graves com COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal; 2021 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=463847&ori=1>
- Agência Senado. CPI da COVID é criada pelo Senado [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2021 abr 13 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>
- Brasil de Fato. Gabinete paralelo: atuação de grupos extraoficiais é marca do governo, diz analista [Internet]. 2021 maio 28 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/05/28/gabinete-paralelo-atuacao-de-grupos-extraoficiais-e-marca-do-governo-diz-analista>
- Conselho Federal de Medicina (BR). Parecer CFM nº 4/2020 [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2020 abr 23 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/vi-sualizar/pareceres/BR/2020/4>
- Medeiros HGD. O bolsonarismo, a categoria médica e a política de saúde no contexto da crise de hegemonia contemporânea [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães; 2024. 299 p.
- Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. Escândalo da Covaxin implodiu governo Bolsonaro [In-

- ternet]. 2021 jul [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://medicospopulares.org/escandalo-da-co-vaxin-imploidiu-governo-bolsonaro/>
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Covaxin (suspensa) [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2021 jun 14 [atualizado em 2024 dez 12; acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/campanhas/coronavirus/vacinas/covaxin>
 18. Amaku M, Covas DT, Coutinho FAB, et al. Modelling the impact of delaying vaccination against SARS-CoV-2 assuming unlimited vaccine supply. *Theor Biol Med Model*. 2021;18:14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12976-021-00143-0>
 19. Ventura DFL, Reis R. Boletim Direitos na Pandemia nº 10: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil [Internet]. São Paulo: CEPEDISA, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2021 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: https://cepedisa.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2023/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf
 20. Costal I, Conceição P. Entrevista do mês de julho: Deisy Ventura [Internet]. Observatório de Análise Política em Saúde; 2021 jul 23 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/entrevista/entrevista-do-mes-de-julho-deisy-ventura/>
 21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Senado Federal: CNS entrega relatório com documentos que contribuem com a CPI da pandemia [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2021 maio 19 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/senado-federal-cns-entrega-relatorio-com-documentos-que-contribuem-com-cpi-da-pandemia>
 22. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Manifesto Dia Nacional da Saúde: em defesa da vida, do SUS e da democracia [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2021 ago 4 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/manifesto-dia-nacional-da-saude-em-defesa-da-vida-do-sus-e-da-democracia/>
 23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Documento entregue pelo CNS subsidia relator da CPI da pandemia no Senado [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2021 jun 6 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/junho/documento-entregue-pelo-cns-subsidia-relator-da-cpi-da-pandemia-no-senado>
 24. Frente pela Vida. Plano nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19. Versão 3 [Internet]. 2020 dez 1 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01.12.20.pdf
 25. Conselho Nacional de Saúde (BR); Frente Pela Vida. Carta da Frente Pela Vida à CPI da COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2021 set [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/cns-contr-a-covid-19/cartas/carta-da-frente-pela-vida-a-cpi-da-covid-19>
 26. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dossiê Abrasco: pandemia de COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022 nov [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: https://ss-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco_Dossiê_Pademia_de_Covid-19-versao2.pdf
 27. Senado Federal (BR). O que é e como funciona uma CPI [Internet]. Brasília, DF: Senado Notícias; 2021 abr 15 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/15/o-que-e-e-como-funciona-uma-cpi>
 28. Senado Federal (BR). Veja a lista dos indiciados da CPI da pandemia, segundo o relatório de Renan Calheiros [Internet]. Brasília, DF: Senado Notícias; 2021 out 26 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/26/veja-a-lista-dos-indiciados-da-cpi-no-relatorio-de-renan-calheiros>
 29. Carta Capital. Toffoli segue a PGR e arquiva investigações da CPI da COVID contra Bolsonaro [Inter-

- net]. 2023 mar 1 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/toffoli-segue-a-pgr-e-arquiva-investigacoes-da-cpi-da-covid-contra-bolsonaro>
30. Conselho Nacional de Saúde (BR). CPI da COVID: 3 anos sem respostas [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2024 out 31 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/cpi-da-covid-3-anos-sem-respostas>
31. Teixeira CF. Boletim ObservaCOVID: edição 1 [Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2020 ago [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://analisepoliticaemsau-de.org/wp-content/uploads/2024/07/edicao-1-do-boletim-do-observacovid.pdf>
32. Teixeira CF, Paim JS. Vigilância em saúde: desenvolvimento teórico-conceitual e institucionalização no Sistema Único de Saúde. In: Costa GD, Paim JS, organizadores. Vigilância em saúde no Brasil: concepções e perspectivas. Viçosa: Editora UFV; 2024. p. 12-40.
33. Santos JS, Teixeira CF. A recomposição do movimento sanitário na conjuntura 2013-2022: organicidade e ampliação dos sujeitos políticos coletivos. Saúde Debate. 2025;49(144):e9805. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449805P>
34. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da reforma sanitária brasileira. Saúde Debate. 2017;41(Esp 3):255-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>
35. Bahia L, Scheffer M. Financeirização na saúde. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00119722. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119722>
36. Teixeira CF. A ciência no emaranhado dos jogos de poder: reflexões sobre o lugar da saúde coletiva no contexto da pandemia da COVID-19 [Internet]. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde; 2021 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/134>

Recebido em 17/09/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Implicações da implementação de projeto Proadi para a gestão do SUS: fragilização da gestão pública?

Implications of implementing a PROADI project for the SUS management: Weakening of public management?

Implicaciones de la implementación del proyecto PROADI para la gestión del SUS: ¿debilitamiento de la gestión pública?

Nicanor Rodrigues da Silva Pinto¹, Sandra Maria Spedo¹, Marília C. P. Louvison², Aylene Emilia Moraes Bousquat², Ana Lígia Passos Meira³, Marco Akerman², Oswaldo Yoshimi Tanaka²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011190P

RESUMO O objetivo deste artigo é discutir a participação de atores político-institucionais no processo de implementação do projeto Planifica-SUS, do Programa de Apoio ao Desen-volvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), e suas implicações para a gestão do SUS. É recorte temático de um estudo de casos múltiplos que analisou esse processo. As fontes de evidências utilizadas foram entrevistas não estruturadas realizadas com oito atores político-institucionais do SUS relacionados ao projeto, incluindo o hospital de excelência responsável. Evidenciaram-se diferenças significativas no envolvimento desses atores que compõem a gestão do SUS das três esferas de governo nesse processo. Destacou-se a fragilidade da participação da gestão municipal, apesar de se tratar de projeto que inci-dia diretamente na (re)organização da Atenção Primária à Saúde. A adoção do modelo ‘top-down’ de implementação pode ter implicado resistências e comprometido sua continuidade. Ressalta-se a importância de se discutir sobre a opção do Ministério da Saúde de utilizar o Proadi como estratégia para implementar programas e políticas prioritárias do SUS, o que pode implicar a fragilização da gestão pública e o fortalecimento da participação do setor privado da saúde na gestão do sistema.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Parcerias Público-Privadas. Política de saúde. Privatização.

ABSTRACT The objective of this article is to discuss the participation of political and in-stitutional actors in the implementation process of the project Planifica-SUS, under the Uni-fied Health System Institutional Development Support Program (PROADI-SUS), and its im-plications for SUS management. It is a thematic section of a multiple-case study that ana-lyzed this process. The sources of evidence used were unstructured interviews conducted with eight institutional actors within the SUS related to the project, including the hospital of excellence responsible for it. Significant differences were revealed in the involvement of these actors, who comprise SUS management from the three spheres of government in this process. The fragility of municipal management participation was highlighted, despite the project directly impacting the (re)organization of Primary Health Care. The adoption of a top-down implementation model may have led to resistance and compromised its continuity. It is important to highlight the importance of discussing the Ministry of Health’s option to use PROADI as a strategy to implement priority SUS programs and policies, which may im-ply the weakening of public management and the strengthening of the participation of the private health sector in the management of the system.

KEYWORDS Unified Health System. Health management. Public-Private Sector Partner-ships. Health policy. Privatization.

RESUMEN El objetivo de este artículo es analizar la participación de actores político-institucionales en la implementación del proyecto Planifica-SUS, del Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del Sistema Único de Salud (PROADI-SUS), y sus implicaciones para la gestión del SUS. Se trata de un extracto temático de un estudio de caso múltiple que analizó este proceso. Las fuentes de evidencia utilizadas fueron entrevistas no estructuradas realizadas a ocho actores político-institucionales del SUS relacionados con el proyecto, in-cludiendo el hospital de excelencia respWonsable. Se evidenciaron diferencias significativas en la participación de estos actores, que conforman la gestión del SUS desde las tres esferas de gobierno en este proceso. Se destacó la fragilidad de la participación de la gestión muni-cipal, a pesar de tratarse de un proyecto que impactó directamente en la (re) organización de la Atención Primaria de Salud. La adopción del modelo de implementación vertical puede haber generado resistencia y comprometido su continuidad. Es importante analizar la deci-sión del Ministerio de Salud de utilizar PROADI como estrategia para implementar progra-mas y políticas prioritarias del SUS, lo que podría conducir al debilitamiento de la gestión pública y al fortalecimiento de la participación del sector privado en la gestión del sistema.

PALABRAS CLAVE Sistema Único de Salud. Gestión en salud. Asociación entre el Sector Público-Privado. Política de salud. Privatización.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina (EPM) – São Paulo (SP), Brasil.

nicanor.pinto@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.

³Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Departamento de Saúde Coletiva – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

Desde os seus primórdios, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído considerando a participação, em caráter complementar e/ou suplementar, do setor privado da saúde existente no País. Embora a Constituição do Brasil, de 1988, tenha instituído um sistema universal de saúde gratuito, baseado na saúde como direito, também previu que assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada, podendo atuar de forma complementar mediante instrumento contratual. As instituições filantrópicas, que já desempenhavam papel relevante na assistência à saúde previamente ao SUS, foram identificadas como estratégicas na complementaridade do sistema¹⁻³.

A partir da década de 1990, o Estado brasileiro foi progressivamente regulamentando o setor filantrópico por meio de decretos presidenciais e portarias ministeriais. Em 2006, o Decreto nº 5.895 estabeleceu novas diretrizes para concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-saúde), o que foi identificado como embrião para o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS)^{1,4}. Os hospitais filantrópicos foram beneficiados com políticas de fomento, isenção fiscal e flexibilização das formas de prestação de serviços para o SUS^{1,3}. Concomitantemente, algumas dessas entidades foram assumindo novos papéis, além da complementaridade na assistência no SUS. Passaram a atuar, também, na gestão e organização de serviços de saúde.

Desde 2009, foram instituídas as bases jurídico-legais para a criação e o desenvolvimento do Proadi-SUS. Sua instituição beneficiou poucos hospitais, de maior porte e complexidade, considerados estratégicos e que já atuavam, também, nas áreas de ensino e pesquisa. O Ministério da Saúde (MS) concebia esse Programa como “uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida”⁵. Entidades de Saúde

de Reconhecida Excelência (Esre), também denominadas Hospitais de Excelência (HE), seriam responsáveis pela operacionalização do Proadi-SUS. Essas deveriam ser habilitadas pelo MS com o Cebas-saúde, a partir de um plano trienal pactuado com os gestores do SUS, considerando critérios e requisitos estabelecidos em norma específica⁶. Seis hospitais brasileiros receberam essa certificação e atuam como HE, sendo que cinco deles estão localizados na capital paulista. O financiamento desse Programa é baseado na imunidade tributária concedida pelo governo federal a essas instituições. Trata-se de um benefício constitucional que isenta as Esre do pagamento de vários impostos e taxas (Cofins, PIS e a parte patronal do INSS)^{3,7,8}.

Nesse período, o Proadi-SUS era desenvolvido a partir de projetos apresentados pelas Esre ao MS. Se aprovados, os projetos eram formalizados em Termo de Ajuste assinado entre as partes. Cabia à Secretaria Executiva do MS a responsabilidade pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) poderiam ser demandados para auxiliar nessas ações^{4,5}.

Em 2011, foi instituído um Comitê Gestor do Proadi-SUS, que tinha entre suas atribuições a definição de temas e objetivos prioritários e a aprovação da carta consulta dos projetos apresentados⁵. Em 2017, a composição desse Comitê foi modificada, ficando restrita ao MS e aos presidentes do Conass e do Conasems⁹.

Os projetos Proadi-SUS são executados em ciclos trienais, desde 2009⁸. O MS estima que teriam sido aplicados cerca de sete bilhões de reais em aproximadamente 750 projetos de apoio e prestação de serviços ambulatoriais, no período de 2009 a 2023¹⁰.

Entre esses projetos, destacamos ‘A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde’, também denominado Planifica-SUS, que teve início no triênio 2018-2020, tendo sido prorrogado por mais dois triênios. Esse projeto foi

objeto da pesquisa que deu origem às reflexões apresentadas neste artigo.

Importante considerar que, apesar da relevância do Proadi para o SUS, reconhecida pelas instituições envolvidas, existem poucos estudos publicados sobre o tema. A maioria das publicações concentra-se na discussão de projetos específicos, predominantemente na área clínica. Raros estudos discutem dimensões políticas e operacionais do Proadi-SUS enquanto estratégia para implementação de programas e/ou políticas no SUS.

O projeto Planifica-SUS

No início dos anos 2000, o Conass desencadeou processo de discussão com gestores estaduais do SUS, buscando alternativas para a (re)organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), na perspectiva da implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) era identificado como estratégico para mudança do modelo de atenção visando à implantação das RAS. Nesse contexto, em 2003, o Conass realizou oficinas em todas as unidades federativas, que culminaram com a elaboração do projeto Planificação da APS, implementado em vários estados brasileiros a partir de 2008¹¹.

Com base nessa experiência da Planificação e em projetos-pilotos, denominados ‘laboratórios de inovações da atenção às condições crônicas’, foi identificada a necessidade de avançar na articulação entre a APS e a AAE. Assim, a partir de 2015, foi desenvolvida a proposta da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), como ‘instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas RAS’. Pretendia-se que esse projeto possibilitasse a mudança ‘no *modus operandi* das equipes e serviços buscando a efetividade das redes de atenção’^{12,13}. A proposta da PAS previa um componente formativo teórico-conceitual para equipes de saúde e técnico-gerenciais de estados e municípios, e outro prático-operacional desenvolvido em

uma Unidade Básica de Saúde – UBS (Unidade Laboratório) e no ambulatório de atenção especializada regional^{12,13}.

O Conass iniciou a implementação da PAS, com sua equipe de assessores, em regiões de saúde de nove estados e do Distrito Federal. Visando a ampliar o escopo dessa experiência, propôs ao MS que o Proadi-SUS assumisse a coordenação e execução do projeto em outras regiões de saúde. Assim, em 2018, teve início o Planifica-SUS, por meio de um projeto Proadi-SUS, que buscava implantar a PAS nas 27 Unidades Federativas visando a contribuir para a organização da AAE em rede com a APS. O Planifica-SUS manteve as estratégias da PAS, aliando momentos de alinhamento conceitual a momentos operacionais, apoiados por oficinas tutoriais e implementados, na fase inicial, nas Unidades Laboratório, e, posteriormente, estendido para outras UBS¹⁴.

O objetivo deste artigo é discutir a participação de atores político-institucionais no processo de implementação do Planifica-SUS e suas implicações para a gestão do SUS.

Percurso metodológico

A pesquisa que subsidiou este artigo foi desenvolvida por meio da estratégia de estudo de caso, na variante de estudo de casos múltiplos, e teve como objetivo identificar e avaliar influências do processo de intervenção do projeto Planifica-SUS na articulação entre a APS e a AAE¹⁵.

Para esse recorte analítico, as fontes de evidências utilizadas foram entrevistas não estruturadas¹⁶ realizadas com atores político-institucionais estratégicos envolvidos com o Planifica-SUS. Esse componente do estudo foi realizado durante o segundo triênio do projeto (2021-2023).

Considerando que o Planifica-SUS tinha abrangência nacional e o objetivo de reorganizar a APS e a AAE, optou-se por realizar as entrevistas com atores das três instituições que compõem o Comitê Gestor do Proadi-SUS,

que coincide com as representações da gestão tripartite do SUS (MS, Conass e Conasems) e, ainda, com a coordenação do projeto no HE responsável por sua execução. Dado o papel estratégico das gestões municipais na sua implementação, também foram entrevistados representantes dos Conselhos de Secretários

Municipais de Saúde (Cosems) dos quatro estados que participaram do estudo (*quadro 1*). Os entrevistados foram identificados e indicados por dirigentes dessas instituições, tendo como critério seu envolvimento e/ou conhecimentos no e sobre o Planifica-SUS.

Quadro 1. Atores político-institucionais, função e perfil profissionais da(o)s entrevistada(o)s e mês de realização das entrevistas. Brasil: 2022

ATOR	FUNÇÃO DA(O) ENTREVISTADA(O)	PERFIL E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAIS DA(O) ENTREVISTADA(O)	MÊS DA ENTREVISTA
Conasems	Coordenador(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização, mestrado e doutorado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 35 anos em gestão na saúde (SUS)	JULHO
Conass	Assessor(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização e mestrado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 35 anos em gestão na saúde (SUS)	AGOSTO
Ministério da Saúde	Consultor(a)	Graduação na área da saúde, com especialização em gestão Experiência profissional de 15 anos em gestão de projetos, na assistência social e na saúde (SUS)	AGOSTO
HE-X (Proa-di-SUS)	Coordenador(a)	Graduação na área da saúde, com especialização e mestrado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 10 anos em assistência e gestão na saúde (SUS) e de projetos	JULHO
Cosems-1	Diretor(a)	Graduação na área de ciências humanas e sociais aplicadas, com especialização na área da saúde coletiva Experiência profissional de 15 anos em gestão na saúde (SUS)	NOVEMBRO
Cosems-2	Coordenador(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização, mestrado e doutorado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 15 anos em gestão na saúde (SUS)	AGOSTO
Cosems-3	Assessor(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde Experiência profissional de 10 anos em assistência e gestão na saúde (SUS)	JULHO
Cosems-4	Diretor(a)	Graduação na área da saúde, com especialização em cardiologia Experiência profissional de 30 anos em gestão pública municipal e na saúde (SUS)	JULHO

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas pelos próprios pesquisadores, uma dupla ou trio para cada instituição, por via remota, no período de julho a novembro de 2022, utilizando três questões disparadoras: Como a agenda da articulação entre a APS e a AAE tem se

apresentado para a sua instituição? O que tem sido indicado como resposta a essa agenda? Qual é a participação de sua instituição na implementação do projeto Planifica-SUS?

Para análise do material, optou-se por abordagens metodológicas da análise temática de

conteúdo^{16,17} e pelo método da hermenêutica dialética¹⁸, buscando-se articular o conjunto de evidências e, ao mesmo tempo, realçar algumas contradições entre atores e/ou seus posicionamentos. Após leitura flutuante do material transcrito, este foi classificado e organizado em duas categorias analíticas: a) Participação de atores institucionais no processo de implementação do projeto Planifica-SUS; b) Implicações da implementação de um projeto Proadi para a gestão do SUS.

A pesquisa ‘mãe’ foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), com CAAE nº 18875719.0.0000.5421.

Resultados e discussão

Participação de atores institucionais no processo de implementação do Planifica-SUS

O Conass foi o demandante do projeto trienal e seu principal protagonista, desde a ela boração até a definição das estratégias de implementação. O interlocutor do MS para esse projeto reiterou esse protagonismo tanto na construção quanto na execução de projetos para o SUS, em particular, na articulação de redes de atenção. Por sua vez, o MS pareceu ter desempenhado papel de observador passivo do processo, delegando ao Conass a interlocução com o HE para questões operacionais do projeto.

O Conass, identificando que existia essa lacuna, fez uma proposta metodológica para isso e foi a campo. [...] O Ministério da Saúde não participou desse processo. [...] Dentro da estrutura do SUS, uma estrutura tripartite, o Ministério teve que, obrigatoriamente, se colocar à disposição (MS).

Ressalte-se que o Conass identificou o Proadi-SUS como ‘uma janela de oportunidade’ para ampliar e dar mais ‘capilaridade’ ao PAS, que já vinha sendo implementado

por técnicos de sua equipe. De acordo com o Conass, a ampliação desse processo para outras regiões e unidades federativas do País ficou comprometida devido à restrição do quadro de técnicos mobilizados por essa entidade. Importante considerar, ainda, que o próprio coordenador do projeto pelo HE identificava essa oportunidade nova no cenário, “*porque tanto Conass e Conasems não podiam propor projetos. [...] o triênio 2018 a 2020 foi o primeiro triênio que eles puderam propor projetos Proadi-SUS*” (HE-X). Deve-se considerar a relevância desse fato para esses atores político-institucionais, na medida em que havia um contexto desfavorável para outras fontes de financiamento de projetos dessa natureza.

Importante considerar que o Proadi-SUS vinha sendo utilizado, pela gestão federal do SUS, como uma alternativa relevante para viabilizar distintos projetos. Segundo o interlocutor do MS, além da competência das entidades envolvidas, essa estratégia também possibilitaria maior eficácia e agilidade aos processos.

Eu tenho um ator [HE] que tem sua equipe técnica, não só qualificada a pessoa, mas a instituição certificada e qualificada. [...] Se não estiver qualificado, eles têm uma agilidade por ser uma instituição privada, uma empresa privada ágil para se fazer contratação (MS).

Na época, Conass e Conasems vinham manifestando críticas às estratégias utilizadas na definição de prioridades para projetos Proadi-SUS, pautadas predominantemente pelo interesse dos HE participantes desse Programa. Assim, discutiram com o MS alternativas para participarem diretamente do processo de indicação e priorização da agenda de ofertas.

Hospital inventava lá seus projetos, projetos de pesquisa, curso disso, curso daquilo, de interesse do hospital para poder não pagar a tal da [isenção fiscal]. [...] Fazia essas coisas para o SUS, mas não chegava no serviço, não chegava no usuário. Conass e Conasems simplesmente assinando (Conass).

Nesse contexto, assessores do Conass articularam com atores estratégicos do MS para que esse projeto fosse executado por um HE específico, em cujo quadro de pessoal havia um profissional com experiência prévia na Planificação, o que foi efetivamente concretizado com esse profissional assumindo sua coordenação.

A alternativa de execução do projeto via Proadi-SUS respondia ao interesse tanto do Conass, que não teria pessoal técnico em número suficiente para seu desenvolvimento, quanto do próprio HE-X, que identificava a parceria com esse Conselho como um elemento facilitador para suas pretensões de médio e longo prazo junto à gestão federal do SUS.

Eles [direção do HE-X] aceitaram porque era uma proposta óbvia de ter um apoio de uma instituição forte. [...] Eles perceberam que era um projeto estratégico para o Conass, e o hospital não ia perder a oportunidade de ter uma aproximação com um agente tão estratégico (HE-X).

Destaque-se que tanto o Conass quanto o Conasems manifestaram que têm utilizado o Proadi-SUS como importante estratégia para conseguir implementar seus projetos e/ou políticas no SUS. Ao mesmo tempo que o Conass articulou o Planifica-SUS com o HE-X, o Conasems aprovou outro projeto com outros HE.

Fizemos um projeto, isso hoje é um projeto Proadi, ele está sendo desenvolvido pelo HE-Y. [...] Nós, com o apoio deles, HE-Y e HE-Z; eles dividiram os estados (Conasems).

Para os HE, parece ser estratégico estreitar relações com atores institucionais do SUS no sentido de preservarem sua permanência e, sempre que possível, ampliarem sua participação no programa. Ressalte-se que, para os hospitais participantes, a condução desses projetos representa vantagens econômico-financeiras.

A instituição, ela tem um alvo de execução financeira, porque senão ela perde o seu título de

filantropia. [...] Existe a história romântica da responsabilidade social e existe a história que a gente sabe que é 'quero garantir o meu título de filantropia e isenção fiscal'. [...] Acho que o hospital X, num primeiro momento, aceita porque ele queria estabelecer uma boa relação política com o Conass e garantir mais um projeto para executar o seu recurso que precisava executar (HE-X).

Além de garantir a conhecida isenção fiscal, os hospitais participantes do Proadi-SUS conseguem precificar suas ofertas para o SUS de acordo com seus interesses. Nessa direção, a autora de um estudo, que teve como objetivo analisar os Proadi-SUS, ressaltou que os projetos desse programa têm sido elaborados e pautados pela 'lógica e tabela de mercado'¹⁹. Outros estudos têm discutido os impactos dessa expressiva renúncia fiscal, que compõe o denominado 'gasto tributário', no sentido de contribuir tanto para aumentar o subfinanciamento do SUS quanto para o fortalecimento do setor privado da saúde^{20,21}.

Ensaio sobre parcerias público-privadas em saúde destacou que os custos envolvidos na operacionalização do Proadi-SUS eram altos e que havia necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento, pois não havia evidências que indicassem os benefícios dos projetos desse programa para o SUS²². Autores de outro estudo, que analisou os projetos Proadi-SUS de dois triênios consecutivos e abrangendo a totalidade dos HE credenciados, ressaltaram não ter sido "possível verificar se os resultados foram compatíveis com as ações prioritárias e com as demandas do SUS"²¹⁽⁴⁷²⁾.

Neste estudo, observou-se que a gestão do MS teve participação restrita, limitando-se à anuência e a algum monitoramento do processo de implementação do Planifica-SUS. Pode-se evidenciar que o profissional entrevistado era a única interlocução do projeto no MS no período. Apesar de se tratar de projeto que envolvia a reorganização da AAE, não havia participação nem diálogo com qualquer representação do setor responsável por essa área no MS, o que foi ressaltado pelo coordenador do projeto

A gente [coordenação HE-X] não tem uma aproximação com a secretaria de atenção especializada. A gente está implantando serviço de atenção especializada e nós não dialogamos com esses atores (HE-X).

Esse ator interpretava a situação relatada como falta de interesse da equipe ministerial daquele momento em atuar na cogestão do processo: “Hoje, [o MS] assume muito mais um papel de, de fato, monitoramento de projeto do que de querer fazer juntos” (HE-X). Essa atuação protocolar em um projeto estratégico para o SUS pode ser um indicador de que aquela gestão do MS não estaria assumindo uma de suas atribuições institucionais no processo de implementação do projeto.

Merece destaque, ainda, a participação pontual de outro ator que compõe a gestão tripartite do SUS: o Conasems. De acordo com o interlocutor do MS, essa entidade

Não faz parte do comitê executivo que toca o projeto. Ele é chamado à mesa quando há necessidade de se articular dentro do território, dentro do estado, ou alguma outra questão pontual de conflito (MS).

Embora assessores do Conasems tenham participado do processo de discussão para a elaboração do projeto, essa entidade se afastou do processo. “Eu, mais uma equipe, mais duas pessoas, nos reunimos diariamente durante seis meses com o Conass para debater o Planifica” (Conasems). Essa equipe teria identificado alguns pontos críticos na proposta apresentada, e, apesar de um alegado consenso com o Conass, não teria havido tempo para incorporar mudanças sugeridas. Assim, o Conasems, apesar de ter um diagnóstico sobre a articulação entre a APS e a AAE semelhante ao do Conass, optou por investir em outras estratégias para apoiar municípios no fortalecimento da APS:

Abandonamos. [...] Não somos contrários. [...] É apenas uma questão de que eu não posso chegar

com um método pronto, com o processo pronto e dizer que ‘agora você vai fazer, você para e vai fazer tudo de novo e desta maneira’ (Conasems).

Nesse contexto, de não participação do Conasems e de precário envolvimento do MS, o coordenador do projeto (HE-X) teria assumido alguns papéis que seriam da competência de gestores formais do SUS. Segundo esse ator, ele teria sido “acionado dentro de uma Secretaria Estadual para apoiar na articulação com o município” e, também, pelo Conass e MS para atuar na mediação de “outros conflitos” entre gestores municipais e/ou regionais que surgiam no processo de implementação do projeto.

Implicações da implementação de um projeto Proadi para a gestão do SUS

No relato dos entrevistados, houve algum destaque com relação às dificuldades e/ou barreiras para a efetiva implementação de programas e/ou políticas por meio do Proadi-SUS. Um deles está relacionado ao fato de se tratar de projeto, com data para término, sem garantia de que intervenções propostas sejam incorporadas pela gestão. O próprio coordenador do projeto tinha clareza sobre essa limitação: “A gente percebeu que só vai ser possível a sustentabilidade dessa proposta se eu institucionalizar este processo” (HE-X).

A sustentação de eventuais mudanças promovidas pelo projeto, tanto na organização dos serviços quanto nos processos de trabalho, fica comprometida em decorrência de sua não institucionalização, ou seja, as ações estão condicionadas à vigência do projeto e não incorporadas e/ou coordenadas diretamente pela gestão do SUS.

A manifestação do Cosems de um dos estados que participaram do estudo, tendo como referência sua vivência com o Planifica-SUS, traz maior concretude a essa situação:

O Planifica só vai dar certo quando ele de fato for incorporado pelo Sistema Único de Saúde. Não vejo

isso como um projeto incorporado pelo Sistema Único de Saúde (Cosems-1).

Importante considerar que, no âmbito da gestão do SUS, a institucionalização de programas e políticas pressupõe pactuação e consenso processuais entre os três entes federados responsáveis pelo sistema. Nesse sentido, um elemento crucial que fragiliza a concretização e continuidade dessas iniciativas está relacionado à ausência de acompanhamento e pactuações concomitantes entre os três níveis da gestão do SUS, em que pese o prestígio e a competência executiva do HE envolvido.

Cabe ressaltar, ainda, que o fato desse projeto ser coordenado e implementado por um parceiro privado agravaria a instabilidade na manutenção das ações implementadas, na medida em que essas instituições não têm atribuições legais na gestão do SUS, em qualquer das três esferas de governo.

Acresça-se a isso o fato de que, em contextos de mudanças na gestão dos três entes federados do Estado brasileiro (união, estados e municípios), as prioridades de políticas sociais públicas são reavaliadas, o que impacta a continuidade do processo e sua sustentação. As repercussões das alternâncias na gestão pública foram, inclusive, lembradas pelo coordenador do projeto (HE-X).

Tem sido bem tenso, bem difícil! Os cenários políticos a nível de municípios e estados também são muito distintos, né?! Então, chega às vezes um local que fala não. Então, agora, a gente vai fazer assim porque a portaria do Ministério traz e não dialoga com o que a gente está propondo (HE-X).

Nessa direção, esse ator relatou que já ocorriam divergências entre o que estava definido no projeto e a perspectiva de novas normativas ministeriais, no contexto pré-eleitoral de 2022.

O cenário político atual enquanto governo, enquanto portarias novas que vêm sendo lançadas e todas essas questões que vem acontecendo, nos dá a sensação de nadar contra a maré (HE-X).

O interlocutor do MS identificava algumas dificuldades que considerava ‘normais’ no processo de implementação de projetos dessa natureza. Para exemplificar, mencionou as mudanças frequentes tanto de gestores municipais do SUS quanto de profissionais que acompanhavam o processo e o interesse dos gestores locais, principalmente por projetos que tenham componentes de estímulo financeiro. Ressaltou, ainda, que o sucesso do projeto era muito dependente da vontade política dos atores locorregionais: “*A planificação é um projeto que traz pontos positivos? Sim! [...] Mas ele é extremamente dependente de uma vontade política*” (MS).

Essa visão foi corroborada pelo coordenador do projeto (HE-X), que destacou a ocorrência tanto de experiências exitosas quanto malsucedidas de implementação, na dependência do envolvimento do gestor municipal do SUS.

Tem local que a gente retrocedeu, porque aí a gente passou a ter a gestão sendo um dificultador. E, aí, a gente não conseguiu mais entrar no serviço porque a gestão começou a botar um monte de dificuldade. [...] Os nossos ‘cases’ bacanas são de locais que a gestão pegou, aproveitou essa oportunidade e conseguiu alavancar (HE-X).

O relato do coordenador técnico do Conasems reforça essa avaliação sobre o envolvimento inconstante e, muitas vezes, precário dos gestores municipais do SUS. Para ele, a preocupação maior desses gestores era, habitualmente, limitada à necessidade de encontrar serviços de referência para encaminhar seus usuários. A articulação entre pontos da rede de atenção não representava demanda central desses atores.

Por outro lado, é importante considerar que parece haver uma disjunção entre as prioridades da gestão local e os projetos Proadi-SUS. Estes têm sido articulados e aprovados por um Comitê Gestor a partir de critérios que não necessariamente dialogam com as necessidades e prioridades do nível locorregional. O relato de um coordenador técnico do Cosems, de um

dos estados participantes do estudo, ilustra bem essa situação:

A gente tem aqui bastante dificuldade de se adaptar aos projetos Proadi. [...] Os Proadi talvez eles não caibam exatamente naquilo que a gente precisa na hora. E eles vêm quando eles vêm, né?! Não quando a gente precisa. Então, isso também é um problema, porque, mesmo com equipe limitada, a gente prioriza coisas e não tem priorizado o Proadi. Porque parece que as outras coisas precisam de prioridade mais que o Proadi (Cosems-2).

Deve-se considerar, ainda, que experiências prévias pouco exitosas podem contribuir para a produção de algum grau de resistência com relação aos projetos Proadi-SUS, que, com frequência, chegam aos gestores municipais sem discussão.

Se o Proadi tivesse acontecido [...] e tivesse dado uma solução. [...] Mas não, sabe?! Ele não deu um resultado para que pudesse praticamente aproveitar. Então aí, a gente de novo continua não priorizando, né?! Porque se a gente dissesse: ‘não gente, vamos lá, o Proadi resolveu esse problema aqui, vamos usar para as outras regiões’ (Cosems-2).

Essas ponderações de um representante da gestão municipal provocam a reflexão sobre a forma como vêm sendo desenvolvidos projetos Proadi-SUS, com baixa participação de atores locais em sua elaboração e, ainda, desconsiderando histórias pregressas e contextos locorregionais, elementos que caracterizam o modelo ‘top-down’ de implementação de política pública. “*O Planifica não tem muita discussão. É mais deles para eles, do projeto para o projeto*” (Cosems-1).

Evidencia-se, nessas manifestações, uma postura crítica desses atores institucionais sobre a abordagem ‘top-down’ aparentemente adotada na implementação da planificação. Essa preocupação foi verbalizada, também, pela coordenação do projeto: “*a gente tenta colocar, enquanto instituição, as*

pessoas terem uma sensação de ser menos goela abaixo, de ser menos ‘top-down’, né?!” (HE-X).

As críticas centrais ao modelo ‘top-down’, apresentadas em um artigo de revisão sobre modelos de implementação de política pública, corroboram a visão desses representantes da gestão municipal do SUS. Para Matland²³, adeptos dessa ‘escola’ desconsideram aspectos políticos e a história prévia dos agentes implementadores. Os atores locais não são considerados no processo de implementação, além de que: “Top-down models, however see local actors as impediments to successful implementation, agents whose shirking behavior needs to be controlled”²³⁽¹⁴⁸⁾.

Nessa direção, o relato de outro Cosems retrata bem o modelo utilizado. Os gestores locais pouco participaram da discussão do projeto; eles deveriam aderir e contribuir para sua implementação, o que, muitas vezes, não ocorria como pretendido. Esse ator fala sobre a necessidade de “*melhorar a comunicação*” com os gestores, pois, com isso, eles “*comprariam melhor a ideia do Planifica*”.

A gente precisa melhorar e vender esse peixe, a gente tem que vender o peixe de uma forma diferente. Então, a gente vai ter que mexer nessa venda desse peixe... porque falar e pautar lá... [Os gestores municipais diriam], ‘eu não quero desse jeito, se não tiver financiamento’ (Cosems-3).

A relevância do envolvimento do gestor estadual para o êxito do projeto foi outro aspecto destacado pelo coordenador do Planifica (HE-X) ao identificar distintos perfis de implicação e compromisso desses gestores e seus respectivos impactos na construção das RAS. Alguns assumiram o projeto como suas prioridades de gestão e, inclusive, participaram do apoio direto aos municípios:

O que deu mais certo são os locais em que gestão estadual tomou decisão como estratégia de gestão, que entendeu a importância de descentralizar e fortalecer os escritórios regionais (HE-X).

Outros foram refratários à proposta, identificando esse projeto “*como uma tarefa a mais*”. Importante destacar, ainda, situações em que a Secretaria Estadual de Saúde assumiu o compromisso com o processo, mas houve resistência da gestão regional:

O gestor maior assumiu, elas têm ali que cumprir o compromisso. É um processo meio que goela abaixo! Então, elas cumprem tabela, e tanto faz como tanto fez (HE-X).

Observou-se que, em uma das regiões estudadas, o envolvimento do gestor estadual parece ter promovido maior adesão e participação das equipes no Planifica-SUS.

A gente sabe que o Planifica vai ter uma facilidade enorme, até porque nós estamos discutindo todas as questões da atenção primária, de referência, contrarreferência. Então, há uma discussão muito interessante aqui no estado (Cosems-4).

Foi possível evidenciar envolvimento heterogêneo dos atores político-institucionais que compõem a gestão do SUS nas três esferas de governo no desenvolvimento do projeto. O Conass assumiu papel central tanto em seu desenho e proposição quanto nas negociações e no acompanhamento de sua implementação. Já os outros dois atores, MS e Conasems, participaram pontualmente. Ao que parece, apesar de estratégico para o fortalecimento do SUS, o projeto foi desenvolvido sem uma efetiva discussão e consenso das representações da gestão do sistema, o que fragiliza a sustentabilidade das modificações dos processos de trabalho, pretendidas em projetos de intervenção.

Importante considerar que, para alcançar um dos objetivos centrais do projeto – a reorganização e o fortalecimento da APS –, seria fundamental a participação ativa dos gestores municipais do SUS. A participação pontual da entidade que os representa – o Conasems – pode configurar uma barreira relevante para o próprio desenvolvimento e institucionalização

da reorganização da rede de serviços proposta pelo projeto.

Destacou-se a precária inclusão dos municípios nas distintas etapas do processo, seja na elaboração da proposta, seja em sua implementação, embora a gestão municipal do SUS tenha papel central e estratégico na implementação de programas e políticas. Ao que nos pareceu, esses gestores foram comunicados sobre o projeto e estimulados a aderir ao processo, sem espaço para discussão e eventuais adaptações às realidades locais.

Os relatos da representação de um Cosems evidenciam essa relevante fragilidade. Este ator afirmou que não era convidado a participar dos eventos ou momentos de discussão do Planifica: “*estamos à parte*”.

O Planifica não é pauta de discussão constante do Cosems, até porque a gente não tem muito acesso. [...] Enquanto Cosems, não me sinto dentro do processo Planifica (Cosems-1).

Os métodos utilizados para definição e execução dos projetos Proadi-SUS podem dificultar a efetiva implementação das ações e/ou intervenções propostas. Um deles está relacionado ao fato de se tratar de projetos com prazos estabelecidos para início e término, sem qualquer garantia de sua continuidade. Outro está relacionado ao fato de os projetos serem demandados por um ator político-institucional que assume protagonismo maior do que os demais entes federados, o que fragiliza a importante e estratégica gestão colegiada do SUS, com potencial para aumentar a fragmentação do sistema e a competição interfederativa.

Considerações finais

A aproximação a um projeto Proadi-SUS provocou reflexões sobre estratégias e mecanismos que vêm sendo utilizados para implementar programas e/ou políticas no e para o SUS. E, ainda, eventuais repercussões desses movimentos em sua gestão.

Evidenciou-se que o Proadi-SUS tem sido uma estratégia oportuna e alternativa dos gestores do SUS, das três esferas de governo, para viabilizar suas propostas de intervenção. A partir de 2017, além do MS, o Conass e o Conasems passaram a demandar e pactuar projetos desse Programa junto aos HE. Vale destacar que o Proadi-SUS vem ampliando sua atuação na área de desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde nos últimos triênios.

Embora o Planifica-SUS não tenha adotado, a priori, o modelo ‘*top-down*’ de implementação, a pesquisa evidenciou que houve baixa participação dos atores locais em suas distintas etapas, desconsiderando experiências e contextos institucionais locais, o que, na prática, caracteriza esse modelo²³. Cabe ressaltar que estratégias pouco democráticas de implementação de programas e/ou políticas no SUS, geralmente identificadas como ‘pacotes de cima para baixo’, podem gerar resistências por parte dos gestores e dificultar o alcance dos resultados esperados.

A institucionalização e a continuidade de mudanças pretendidas por um projeto Proadi-SUS podem ser ainda mais comprometidas em decorrência de algumas de suas características: a) ser temporário, com prazos definidos de início e término; b) ser coordenado por ente privado e executado com apoio de profissionais a ele subordinados, sem o necessário comprometimento das instâncias formais de gestão do SUS.

Identificou-se, ainda, desequilíbrio entre a participação dos gestores que compõem a gestão do SUS, destacando-se o protagonismo diferenciado do Conass, que foi seu demandante e, inclusive, indicou o HE e o técnico que deveria assumir a coordenação do projeto. Em sentido contrário, foram evidenciadas a postura desinteressada da gestão do MS à época, a participação pontual do Conasems e, também, de suas representações locais (Cosems). Avalia-se que essa situação contribui para fragilizar

a gestão do SUS, na medida em que o gestor municipal – ator estratégico – teve pouco espaço para intervir na direção e condução do processo. Agravando ainda mais essa situação, evidenciou-se forte protagonismo do HE, que representa o setor privado da saúde (mercado), na condução do processo e exercendo papéis que seriam exclusivos da gestão pública. Ressalta-se que esse ator assumiu a coordenação e execução do projeto com muita autonomia e, em algumas situações, parece ter desempenhado papel político na gestão do sistema, o que seria atribuição institucional dos gestores públicos do SUS. Processos de mercantilização e empresariamento do SUS trazem lógicas gerenciais que nem sempre se coadunam com suas premissas.

Essa situação de desbalanço da participação de cada ente federado pode estar refletindo fragilidades na pactuação entre as representações da gestão do SUS das três esferas de governo e, ainda, divergências com relação às prioridades políticas e/ou às estratégias de implementação de programas e políticas. Cabe considerar que esse fato se torna mais crítico em programas estruturantes, de organização do sistema como um todo.

A opção do MS de utilizar o Proadi-SUS como estratégia cada vez mais preferencial para implementar programas e políticas prioritárias e estruturantes do SUS pode produzir repercussões ainda pouco vislumbradas e debatidas. A partir de 2023, a nova gestão do MS implementou medidas para o realinhamento desse Programa, buscando reposicionar seu protagonismo e estabelecendo novos mecanismos de gestão, acompanhamento e avaliação dos projetos¹⁰. Contudo, apesar de essas iniciativas terem como objetivo expresso o fortalecimento do SUS, foram mantidas a lógica e as bases jurídico-legais que fomentam a participação do setor privado na gestão do sistema, o que pode, contraditoriamente, fragilizar sua gestão pública.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos técnicos e gestores do SUS e do HE-X que compartilharam suas experiências e avaliações com a equipe da pesquisa. Agradecemos, também, aos pesquisadores Pereira APCM e Mota PHS, que participaram das etapas de coleta e análise preliminar de dados. E ao MS, pelo financiamento da pesquisa, via Instituto de Responsabilidade Social do HE-X, que coordenava o projeto Proadi-SUS.

Contribuições de autoria

Pinto NRS (0000-0001-8327-0900)*, Spedo SM (0000-0001-5951-5314)*, Louvison MCP (0000-0003-1630-3463)*, Bousquat AEM (0000-0003-2701-1570)*, Meira ALP (0000-0003-0776-5543)*, Akerman M (0000-0003-1522-8000)* e Tanaka OY (0000-0002-5653-0794)* contribuíram igualmente para concepção e planejamento do estudo, obtenção e análise dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Bahia LA. Démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008 [Internet]. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 123-85 [acesso em 2024 jul 15]. Disponível em: https://gpdes.com.br/wp-content/uploads/tainacan-items/798/12039/A-Demarche_Bahia.pdf
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
3. Mesquita JFO. A privatização da formação dos trabalhadores do SUS: discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz; 2019. 165 p. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35565>
4. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(3):753-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 936, de 27 de abril de 2011. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do PROADI-SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 abr 28 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:79. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0936_27_04_2011.html
6. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 maio 26 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8242.htm
7. Borysow IC, Limeira PC, Pinho APNM, et al. Avaliação de portfólio: a experiência do HAOC no Proadi-SUS. *Rev Bras Aval*. 2021;10(2):e101921. DOI: <https://doi.org/10.4322/rbaval202110019>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Ministério da Saúde (BR). Manual do Proadi-SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 set 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_proadisus.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:360. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
10. Ministério da Saúde (BR). Premissas e diretrizes – Proadi-SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.] [acesso em 2024 set 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/premissas-e-diretrizes-proadisus.pdf>
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária: seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, DF: CONASS; 2004. (Documenta; 2).
12. Evangelista MJO. Atenção à saúde: uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Consensus [Internet]. 2016 [acesso em 2024 ago 10];6(20):28-33. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_20.pdf
13. Guimarães AMDN, Cavalcante CCB, Lins MZS, organizadores. Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2018. (Conass Documenta; 31). 300 p. [acesso em 2024 ago 10]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31>
14. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PlanificaSUS: workshop de abertura – a planificação da atenção à saúde [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2019. 44 p. [acesso em 2025 set 15]. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa0_aps_guia_workshop.pdf
15. Tanaka OY, Akerman M, Louvison MCP, et al. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. Rev Saude Publica. 2023;57(Supl 3):2s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. 269 p.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. 281 p.
18. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. Rev Bras Promoc Saude [Internet]. 2012 [acesso em 2026 jun 2];25(2):243-50. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359017>
19. Santos JA. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS): reconfiguração das relações público-privadas e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde [tese]. São Paulo: FSP-USP; 2021. 206 p.
20. Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. Saúde Debate [Internet]. 2017;41(115):995-1006. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>
21. Moraes IA, Rosa WVS, Aragão ES. Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009-2011 e 2012-2014. In: Anais do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2019); 16-19 jul 2019; Lisboa, Portugal. Lisboa: Actas CIAIQ; 2019. v. 2, p. 464-73.
22. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais.

Cad Saúde Pública. 2017;33(Supl 2):e00197316. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>

23. Matland RE. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *J Public Adm Res Theory*. 1995;5(2):145-74. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>

Recebido em 30/09/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Akerman M e Bousquat AEM são bolsistas de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

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

Suicídio, adolescência e juventude: o que queriam contar aquelas(es) que buscaram a ‘Rede Pode Falar’?

Suicide, adolescence, and youth: What did those who sought the ‘Rede Pode Falar’ want to tell?

Suicidio, adolescencia y juventud: ¿Qué querían expresar quienes acudieron a la ‘Rede Pode Falar’?

Marcelo Rasga Moreira¹, Marina Pereira Pires de Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011337P

RESUMO Entre novembro de 2023 e novembro de 2024, adolescentes e jovens de todas as regiões do Brasil realizaram 1.484 chamadas para o ‘Pode Falar’ – canal de escuta acolhedora coordenado pelo Unicef e instituições parceiras –, para falar sobre ideação e/ou tentativa de suicídio. Produto de pesquisa social de abordagem qualitativa, com fontes secundárias que garantem sigilo e anonimato e acessadas mediante anuência institucional, o artigo situa-se no campo da sociologia aplicada à saúde pública/coletiva. Elaborado no âmbito da parceria Fiocruz e Unicef, analisa as falas contidas nas aludidas chamadas, que foram lidas na íntegra, sistematizadas em corpus próprio e trabalhadas com base em princípios da técnica de análise de conteúdo (frequência e temática). Os resultados evidenciam: i) racismo, misoginia e etarismo; ii) violências físicas, mentais e sexuais; iii) casa e escola como cenários das violências; iv) familiares como agentes da violência; e v) namoros/relacionamentos pouco citados. Com base nisso, discute-se o ‘peso da sociedade’ nas ideias e tentativas de suicídio, concluindo-se que, além de abordagens centradas na expansão da saúde mental, as políticas públicas devem enfrentar as violências e dinâmicas sociais que atravessam os cotidianos de adolescentes e jovens, articulando escuta qualificada e respostas intersetoriais de proteção e cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Suicídio. Adolescente. Violência. Racismo. Sociologia.

ABSTRACT Between November 2023 and November 2024, adolescents and young people from all regions of Brazil placed 1,484 calls to ‘Pode Falar’—a supportive listening channel coordinated by UNICEF and partner institutions—to talk about suicidal ideation and/or suicide attempts. Grounded in qualitative social research and drawing on secondary sources that ensure confidentiality and anonymity, accessed with institutional authorization, the article is situated within sociology applied to public/collective health. Produced in the FIOCRUZ–UNICEF partnership, it analyzes the narratives contained in those calls, which were read in full, organized into a dedicated corpus, and examined using principles of content analysis (frequency and thematic analysis). The results highlight: i) racism, misogyny, and ageism; ii) physical, psychological, and sexual violence; iii) home and school as the main settings of violence; iv) family members as perpetrators; and v) romantic relationships as rarely mentioned. On this basis, the article discusses the ‘weight of society’ in suicidal ideation and attempts, concluding that—beyond approaches centered on expanding mental health care—public policies must confront the violence and social dynamics that shape adolescents’ and young people’s everyday lives, combining qualified listening with intersectoral responses for protection and care.

KEYWORDS Suicide. Adolescence. Violence. Racism. Sociology.

RESUMEN Entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024, adolescentes y jóvenes de todas las regiones de Brasil realizaron 1.484 llamadas a ‘Pode Falar’ –un canal de escucha acogedora coordinado por UNICEF e instituciones asociadas–, para hablar sobre ideación y/o intento de suicidio. Producto de una investigación social de enfoque cualitativo, con fuentes secundarias que garantizan el secreto y el anonimato y a las que se accedió mediante consentimiento institucional, el artículo se sitúa en el campo de la sociología aplicada a la salud pública/colectiva. Elaborado en el marco de la alianza entre FIOCRUZ y UNICEF, analiza los discursos contenidos en dichas llamadas, las cuales fueron leídas en su totalidad, sistematizadas en un corpus propio y trabajadas con base en los principios de la técnica de análisis de contenido (frecuencia y temática). Los resultados evidencian: i) racismo, misoginia y edadismo; ii) violencias físicas, mentales y sexuales; iii) el hogar y la escuela como escenarios de las violencias; iv) los familiares como agentes de la violencia; y v) noviazgos/relaciones poco citados. Con base en ello, se discute el ‘peso de la sociedad’ en las ideaciones e intentos de suicidio, concluyendo que, además de los enfoques centrados en la expansión de la salud mental, las políticas públicas deben enfrentar las violencias y dinámicas sociales que atraviesan la vida cotidiana de adolescentes y jóvenes, articulando una escucha cualificada y respuestas intersectoriales de protección y cuidado.

PALABRAS CLAVE Suicidio. Adolescente. Violencia. Racismo. Sociología.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

rasgamoreira@gmail.com

²Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

As taxas de suicídio em uma determinada sociedade e nas diferentes classes e segmentos que a compõem são preocupações históricas dos diferentes campos das ciências sociais e humanas – originárias e aplicadas – que remetem, pelo menos, à virada do século XIX para o XX^{1,2}.

Ao reconhecer o papel histórico desses estudos, os esforços da saúde pública/coletiva para discutir o suicídio tendem a enfatizar aspectos epidemiológicos, psiquiátricos e psicológicos³, o que contribuiu para que determinados setores, sobretudo nos serviços e na gestão, associassem, quase univocamente, o suicídio à saúde mental.

Em 1998, com a proximidade do centenário de ‘O Suicídio’¹, novas aproximações com as ciências sociais foram aventadas, orientando-se para as possibilidades de atualização/superação dessa obra clássica. Merecem destaque, dentre outros, importante debate publicado pelos ‘Cadernos de Saúde Pública’^{4,5} e dois artigos da ‘Social Sciences and Medicine’^{6,7}, valiosos, porém de pouca repercussão no Brasil.

Em 2015, a Agenda 2030⁸, por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.4, procurou estimular uma discussão global sobre o suicídio. Buscando alinhamento, o governo brasileiro adotou como meta nacional para o ODS 3.4 a redução, em um terço, da taxa de mortalidade por suicídios na população acima de 5 anos. Apesar de tal diretriz, entre 2015 e 2020, a referida taxa passou de 5,9/100 mil habitantes para 7,0/100 mil⁹, um aumento de 18,6%.

É importante ressaltar que esse indicador tem uma generalidade que invisibiliza o comportamento da taxa de suicídio nos diferentes segmentos da população, em especial entre adolescentes^{10,11}: de acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), na população entre 10 e 19 anos, a taxa de suicídio passou de 2,6/100 mil habitantes em 2015 para 3,8/100 mil habitantes em 2020, um aumento de 46,1%.

Esses dados apontam que, no Brasil, o suicídio de adolescentes e jovens constitui-se em importante problema de saúde pública/coletiva. Demanda, portanto, explicações interdisciplinares que, além de abordar a saúde mental, também valorizem as dimensões sociais do problema³ e suas questões interseccionais¹², de forma a subsidiar políticas públicas intersectoriais que revertam a tendência de aumento antes do agravamento da situação¹³.

Diante desse cenário, considera-se essencial a escuta atenta do que adolescentes e jovens têm a dizer sobre o tema, compreendendo suas falas como subsídios para o debate e para a tomada de decisões.

O presente artigo busca contribuir para esses esforços, tendo como objetivo levantar e analisar os relatos de adolescentes e jovens que buscaram o serviço de escuta acolhedora da ‘Rede Pode Falar’ (Unicef/Brasil e parceiros) para falar justamente sobre ideias e/ou tentativas de suicídio. Afinal, o que queriam contar?

Aspectos metodológicos

Este artigo é fruto da parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), mais especificamente, da Equipe de Desenvolvimento e Participação do Unicef-Brasil com o Núcleo de Produção Estratégica de Conhecimento da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (NucPec/EFA2030/Fiocruz). Contextualiza-se também na cooperação com a Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS).

Produzido por pesquisa social de abordagem qualitativa, situada no âmbito da sociologia aplicada à saúde pública/coletiva, tem como campo de investigação as falas de adolescentes e jovens que, entre novembro de 2023 e novembro de 2024, buscaram o ‘Pode Falar’ (canal de escuta acolhedora coordenado

pelo Unicef e outras 15 instituições) por ideias e/ou tentativas de suicídio.

A delimitação etária de 'adolescentes' e 'jovens' é controversa, com diferentes referenciais adotados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto da Juventude, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O critério adotado será o da 'Rede Pode Falar', que aceita contatos de pessoas entre 13 e 24 anos.

O contato com o 'Pode Falar' pode ser feito por meio de seu *site* ou pelos números de WhatsApp e/ou Telegram do canal. A conversa acontece por meio de mensagens de texto e/ou áudio, com garantia de sigilo e anonimato do usuário. Os atendentes podem, a seu critério, identificar-se durante a conversa.

Na primeira vez que alguém acessa o 'Pode Falar', o sistema informatizado atribui uma identificação numérica – denominada ID – ao computador ou ao número de celular utilizado para tal. Sempre que esse usuário voltar a usar o mesmo computador ou celular para entrar em contato com o 'Pode Falar', sua chamada será associada ao ID que lhe foi inicialmente atribuído.

Ao final da conversa, os atendentes preenchem um prontuário no qual classificam as principais questões apresentadas pelo usuário. No âmbito da cooperação técnica entre Unicef e Fiocruz, e com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do canal, a equipe da empresa de tecnologia parceira do 'Pode Falar' identificou, no período estudado, 192 ID classificados pelos atendentes como 'ideação suicida' (o processo de pensar, considerar ou planejar o suicídio)¹⁴ e/ou 'tentativa de suicídio' (comportamento não fatal potencialmente prejudicial direcionado contra si mesmo com a intenção de morrer como resultado do comportamento)¹⁴.

Essas duas classificações foram aqui articuladas e tratadas como expressões do risco de suicídio relatado pelos usuários. Essa opção, que não nega a diferença entre

pensar e agir, reconhece que a separação entre ideiação e tentativa exige detalhamento clínico que foge ao escopo do artigo. Ao reuni-las, torna possível concentrar a análise nas relações sociais e nas diferentes maneiras como estas pesam sobre o indivíduo, não inferindo daí trajetórias ou linearidades entre pensamentos, intenção e ato.

Todas as conversas referentes aos 192 ID foram lidas integralmente pelos autores, o que propiciou a exclusão de 73, visto que seus conteúdos se referiam exclusivamente a situações de autolesão, sem associação com tentativa ou ideiação suicida. Chegou-se, assim, ao universo do estudo ('n'): 119.

Conforme discutido, caso alguém que já tenha sido atendido pelo 'Pode Falar' use, em contato posterior, um computador ou celular diferente, será gerado um novo ID, introduzindo a possibilidade de uma mesma pessoa ser identificada por ID diferentes. A análise não indicou tal situação, mas não revogou sua possibilidade, que se constitui em uma limitação do estudo. Sendo assim, considerar-se-á que o universo da pesquisa é composto por 119 'contatos de adolescentes e jovens'.

Como a maioria dos 'contatos' buscou o 'Pode Falar' mais de uma vez, cada busca foi denominada 'chamada'. Os 119 contatos realizaram 1.484 chamadas. Para extração e organização das informações, os autores realizaram uma leitura integral dessas chamadas, extraíndo as falas para a construção do *corpus*¹⁵, sistematizado em um banco de dados Excel®.

A análise das falas foi realizada por meio de procedimentos típicos da técnica de análise de conteúdo, sobretudo de 'frequência' e 'temática'¹⁶. Válidas para o universo estudado, suas reflexões e resultados não almejam inferência estatística, voltando-se para seu universo e para o aperfeiçoamento da análise, buscando comparações e aplicações a outras realidades que, via debate metodológico, possam melhorar sua capacidade explicativa.

Este artigo, portanto, baseia-se em fontes secundárias disponibilizadas no contexto de atividades técnico-institucionais vinculadas ao programa ‘Pode Falar’. Os registros analisados são originariamente não identificados, já que o canal não coleta nem disponibiliza nomes, documentos, endereços, telefones ou outros identificadores diretos dos(as) usuários(as). O material acessado pelos autores manteve-se nesse formato, sem possibilidade de reidentificação. Não houve recrutamento, intervenção ou contato com participantes, tampouco coleta primária de dados. O acesso ao conjunto de registros ocorreu mediante anuência institucional do Unicef e no escopo de cooperação interinstitucional com a Fiocruz, com uso restrito ao objetivo analítico aqui descrito.

Como reforço das dimensões éticas de não maleficência, beneficência, sigilo e anonimato, optou-se por não reproduzir trechos literais das conversas. Essa decisão atende, em primeiro lugar, à preocupação com a forma de apresentação pública de narrativas sensíveis. Ao evitar o uso de enunciados potencialmente impactantes como recurso retórico, buscou-se evitar o sensacionalismo e a instrumentalização de experiências de sofrimento em detrimento da análise. Além disso, funciona como medida de proteção a leitores(as) vulneráveis, diminuindo a possibilidade de identificação direta com conteúdos potencialmente desencadeadores e de efeitos indesejáveis associados à exposição de relatos de autoagressão/suicídio. Assim, preservam-se a confidencialidade e a dignidade das pessoas envolvidas, sem comprometer a inteligibilidade dos achados, que são apresentados por meio de temas, frequências e descrições analíticas.

A ‘Rede Pode Falar’

Durante a pandemia da covid-19, uma enquête do Unicef com adolescentes e jovens brasileiros apontou que, embora 72%

sentissem necessidade de procurar ajuda em saúde mental, 41% não a buscaram. Em decorrência disso, foi criado, em fevereiro de 2021, o ‘Pode Falar’, canal de ajuda *online* cujo objetivo é oferecer oportunidade para que pessoas de 13 a 24 anos busquem escuta anônima, acolhedora e sem julgamentos, além de informações confiáveis em linguagem adequada.

Em 2023, visando ampliar essa atuação, foi formada a ‘Rede Pode Falar’, com 15 instituições: 11 universidades federais (Amazonas, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Uberlândia, São Paulo, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe, Alagoas e Pernambuco); 3 universidades estaduais (Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte); 1 organização da sociedade civil (Instituto Braços, Sergipe); e 1 instituição privada de atendimento em saúde mental (Instituto Acalanto, Espírito Santo).

O principal desafio dessa ‘Rede’ é financeiro, condicionando desde o número de atendentes e supervisores até o horário de funcionamento. Para superar isso, foi criado um ‘eixo transversal de sustentabilidade’ com a missão de buscar recursos que garantam sustentabilidade.

Os adolescentes e jovens podem acessar a ‘Rede’ pelo *site* institucional do ‘Pode Falar’ ou pelo WhatsApp/Telegram (61-99660-8843). Ariel, *chatbot* não binária, guia a entrada do usuário até o atendimento humano.

Os atendentes são alunos de graduação/pós-graduação de diferentes cursos/áreas, que atuam em regime de plantão. Os atendimentos acontecem exclusivamente via mensagem de texto e/ou áudio, havendo a possibilidade de envio de fotos, vídeos e imagens. Cada instituição da ‘Rede Pode Falar’ é responsável por selecionar, acompanhar e supervisionar seus atendentes, sendo que nenhum pode atuar sem passar ao menos por um dos três ciclos formativos ofertados anualmente pelo Núcleo do Cuidado Humano/ Instituto Menino Miguel, da Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Os supervisores são docentes universitários com vínculos formativos com os atendentes e/ou profissionais sêniores de organizações da sociedade civil especializadas em saúde mental. Cada supervisor realiza, no mínimo, um encontro presencial quinzenal com os atendentes, conversando sobre os casos e o bem-estar deles próprios.

Reuniões quinzenais também são realizadas entre as supervisões para discussão de casos, definição de temas para formação, ajustes de rotinas e definição de perfil dos atendentes.

A base do trabalho é a 'escuta acolhedora' (também denominada 'qualificada' ou 'empática'), inspirada em técnica utilizada há mais de sessenta anos pelo Centro de Valorização da Vida (CVV)¹⁷, parceiro de fundação do 'Pode Falar'. Objetivando estabilização e primeiros socorros emocionais, ela busca a criação de diálogo, vínculo e acolhimento, visando compreender o sofrimento psíquico por meio da valorização das experiências, das necessidades e do cotidiano.

As informações que serão discutidas a seguir foram levantadas em diálogos e conversas orientados por essa escuta acolhedora. Destaca-se que não há pretensão alguma de avaliar o 'Pode Falar'.

Resultados e discussão

Adolescentes e jovens que buscaram a 'Rede Pode Falar' devido a ideias e/ou tentativas de suicídio

Os 119 'contatos' recebidos pela 'Rede Pode Falar' entre novembro de 2023 e novembro de 2024 realizaram 1.484 'chamadas'. Apenas 42 (35,3%) fizeram 1 'chamada', enquanto 77 (64,7%) fizeram mais de 1. Destes, 23 (19,3% do total) realizaram 2 chamadas e 12 (12,1%) realizaram 3. Os demais 42 (35,3%) realizaram entre 4 e 188 'chamadas' – explicando a diferença entre média (12,5 chamadas/contato) e mediana (2 chamadas/contato) –, com destaque para 3 'contatos' que produziram, cada um, mais de 100 'chamadas' (424; 28,5% do total).

Articulando este volume de 'chamadas' ao dado da *tabela 1*, segundo o qual 90 'contatos' (75,6%) buscaram a 'Rede Pode Falar' pela primeira vez, compreende-se que, para muitos, a procura pelo serviço foi consideravelmente recorrente, reforçando a importância que a escuta acolhedora tem na prevenção do 'suicídio impulsivo'¹⁸, situação em que o contato com um ouvinte atento pode interromper a progressão do impulso.

Tabela 1. Características selecionadas de adolescentes e jovens que buscaram a 'Rede Pode Falar' para falar sobre suicídio. Distribuição por possibilidades de respostas, valor absoluto e percentual (%). Novembro de 2023 a novembro de 2024. (n = 119)

Características Selecionadas	Respostas	Valor absoluto	Percentual (%)
Gênero	Feminino	95	79,8
	Masculino	20	16,8
	Não binário	2	1,7
	Outro	2	1,7
Raça/Etnia	Parda	47	39,5
	Preta	27	22,7
	Branca	40	33,6
	Indígena	3	2,5
	Amarela	2	1,7

Tabela 1. Características selecionadas de adolescentes e jovens que buscaram a ‘Rede Pode Falar’ para falar sobre suicídio. Distribuição por possibilidades de respostas, valor absoluto e percentual (%). Novembro de 2023 a novembro de 2024. (n = 119)

Características Selecionadas	Respostas	Valor absoluto	Percentual (%)
Faixa etária ECA	Adolescente (12 a 18 anos)	70	58,8
	Jovem (19 a 24 anos)	49	41,2
Faixa etária IBGE	10 a 14 anos	13	10,9
	15 a 19 anos	68	57,1
	20 a 24 anos	38	31,9
Regiões	Sudeste	51	42,9
	Nordeste	44	37,0
	Centro-Oeste	12	10,1
	Sul	9	7,6
	Norte	3	2,5
Busca pela ‘Rede Pode Falar’	Primeira vez	90	75,6
	Já buscou antes	29	24,4
Diagnósticos de saúde mental	Sem diagnóstico	79	66,4
	Com diagnóstico	40	33,6
Isolamento social	Sim	62	52,1
	Não	57	42,9
Relação familiar	Fator de pressão	53	44,8
	Fator de proteção	12	10,4
	Ambos	20	16,7
	Sem relatos	34	28,1

Fonte: elaboração própria.

Tomando como referência as características que, na *tabela 1*, representam 50% ou mais dos contatos, a *figura 1* delineia um perfil que, desde já, demanda reflexões sobre etarismo,

desigualdades de gênero e racismo: 79,8% dos contatos são do gênero feminino e 62,7% se autodeclaram pretas ou pardas (no gênero masculino a situação é similar: 76,5%).

Figura 1. Perfil de adolescentes e jovens que, entre novembro de 2023 e novembro de 2024, buscaram a 'Rede Pode Falar' para falar sobre suicídio



Fonte: elaboração própria.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada morte por suicídio, há mais de 20 tentativas¹⁹. No Brasil, mulheres tentam mais e morrem menos²⁰. Em um dos poucos estudos sobre o tema, Dantas et al.²¹⁽¹⁶⁴⁹⁾ consideram que “[...] urge visibilizar questões estruturais que cercam o suicídio em mulheres, como a violência e as desigualdades de gênero”.

Característica importante desse perfil, ‘isolamento social’ agrega falas que expressam dissolução e rarefação de relações sociais, além de autorreclusão domiciliar. Dos 15 ‘contatos’ que fizeram mais de 30 ‘chamadas’, 12 – incluindo os 3 que fizeram mais de 100 – relataram situações como essas. A dissolução das relações sociais coloca adolescentes e jovens em uma trajetória arriscada que pode redundar na morte do ser social^{1,6,7,22}.

A ausência de diagnósticos em saúde mental é outro aspecto importante, precisando ser ponderada, por um lado, pela possibilidade de misturar aqueles que buscaram diagnóstico com os que não buscaram e, por outro, pelo relato de uma parcela significativa que mencionou passagem por serviços públicos e privados de saúde. Dentre os 40 (33,6%) que apresentaram diagnóstico, ‘depressão’ e ‘ansiedade’ destacam-se com, respectivamente, 16 e 11 menções.

A abrangência nacional dos ‘contatos’ também chama a atenção: provêm de todas as regiões do País, sendo que apenas Tocantins, Acre, Rondônia, Sergipe e Alagoas não estão representados. São Paulo (18; 15,1% do total), Bahia (17; 14,3%), Rio de Janeiro (16; 13,4%) e Minas Gerais (15; 12,6%) foram os estados que apresentaram maior número de contatos.

No topo do Perfil, 61,5% relataram a família como fator de pressão para o

suicídio, o que dialoga com trabalhos sobre feminicídio no Brasil²³⁻²⁵:

‘Tornar-se mulher’ no contexto de uma sociedade que, culturalmente, as vê como inferiores, subjugada, fragiliza e violenta, não é fácil... Foram 4.181 eventos de violência contra mulheres registrados em 2024... 11 mulheres vitimadas a cada 24 horas... 531 casos de feminicídio... 75,3% dos autores são pessoas da família da vítima. Se consideramos somente cônjuges, ex-cônjuges, namorados e ex-namorados...70,0%²⁵.

Por que buscaram a ‘Rede Pode Falar’?

A *figura 2* explicita as palavras mais repetidas por adolescentes e jovens logo em suas falas introdutórias, quando perguntados sobre o que lhes motivava a buscar o ‘Pode Falar’: o ‘suicídio’, já a palavra mais mencionada (reforçada por ‘ideação’, ‘morrer’, ‘vontade’ e ‘matar’), é comunicado pela necessidade de ‘desabafar’ (‘conversar’ e ‘falar’), evidenciando a ‘ansiedade’, ‘depressão’ e ‘culpa’ que vivenciavam.

Figura 2. ‘Nuvem de palavras’ das falas introdutórias dos adolescentes e jovens que buscaram a ‘Rede Pode Falar’ para falar sobre suicídio. Novembro de 2023 a novembro de 2024

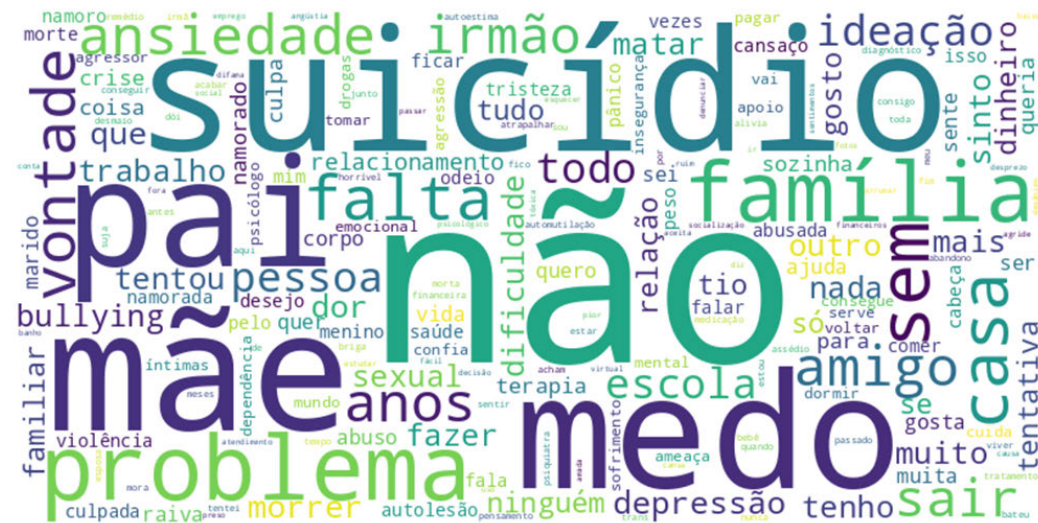


Fonte: elaboração própria.

A continuidade das conversas com os atendentes torna mais nítidas as experiências vividas. A *figura 3* foi elaborada a partir dos problemas revelados, agregando às falas iniciais situações extremamente melindrosas

e complexas, como a dolorosa relevância das palavras ‘pai’ (fonte de abandono, controle e/ou violência) e ‘mãe’ (autoras de violências e convivências ou caracterizadas como depressivas e instáveis).

Figura 3. 'Nuvem de palavras' dos problemas relatados pelos adolescentes e jovens que buscaram a 'Rede Pode Falar' para falar sobre suicídio. Novembro de 2023 a novembro de 2024



Fonte: elaboração própria.

Sobressaem, ainda, as palavras ‘não’ (que introduzia falas de falta de apoio, segurança e vontade) e ‘medo’, o sentimento mais referido. ‘Suicídio’ voltou a estar entre as principais, direcionando as conversas para dramáticas ideias e, em menor escala, para o triste relato de tentativas.

O que queriam contar?

A *tabela 2*, embora apresente o predomínio da ideação suicida, revela que cerca de 30% dos adolescentes e jovens já haviam tentado se suicidar e que, para 25%, a ‘chamada’ havia sido motivada por, naquele momento, estar pensando em se suicidar. Isto justifica por que cerca de 68% começaram a conversa falando diretamente sobre suicídio.

Tabela 2. O suicídio na fala de adolescentes e jovens que buscaram a 'Rede Pode Falar': situações selecionadas (n = 119)

Ideação ou tentativa	
Ideação	86 (72,3%)
Tentativa	12 (10,1%)
Ambas	21 (17,6%)
Motivou contato ou já havia acontecido	
Motivou	25 (21,0%)
Acontecido	32 (26,9%)
Ambas	62 (52,1%)
Fala inicial ou durante a conversa	
Fala inicial	15 (12,6%)
Durante	50 (42,0%)
Ambas	54 (45,3%)

Fonte: elaboração própria.

Impressionam as múltiplas e diferentes manifestações de violência que adolescentes e jovens contaram ter experimentado em suas curtas vidas e como isso os afeta intensamente. Foram 49 (41,2% do total) os que conseguiram relatar – por vezes, detalhadamente – serem vítimas de diferentes e cumulativas violências, em um rol que vai de *bullying* a estupro por familiar, passando por trabalhos domésticos forçados e ataques nas redes sociais. Categorizando-se tais violências, identifica-se que as ‘morais’ foram as mais recorrentes, seguidas pelas ‘sexuais’ e pelas ‘físicas’.

Nesses relatos, três aspectos precisam ser fortemente ressaltados: i) em grande parte, a casa e a escola foram os locais em que as violências aconteceram; ii) mães, pais, avós, irmãos, tios, primos, madrastas, padrastos, entre outros, foram citados como agentes das violências por metade dos que falaram sobre a questão; e iii) namoros/relacionamentos foram pouco citados.

O fato de casa e escola aparecerem como cenários recorrentes das violências relatadas alinha-se aos achados de importantes estudos brasileiros de base populacional^{26,27}. Esse aspecto desloca a violência de registros episódicos para a compreensão de que ela pode se (re)produzir em espaços que, socialmente, deveriam operar como proteção, cuidado e desenvolvimento. Quando os lugares cotidianos de socialização e pertencimento se tornam também lugares de risco, a capacidade de construir segurança, confiança e projeto de vida pode ser afetada, o que ajuda a compreender por que o sofrimento narrado extrapola eventos pontuais e se aproxima de trajetórias de vulnerabilização.

Quase em decorrência, a presença de mães, pais e outros familiares como agentes das violências em parcela expressiva dos relatos – o que também encontra respaldo na literatura nacional^{28,29} – descreve a violência intrafamiliar como um problema relevante na adolescência, que pode estar inscrita em relações de dependência, autoridade e cuidado, o que dificulta denúncia, intensifica sentimentos de

culpa/ambivalência e reduz a disponibilidade de redes protetivas imediatas. Nessa chave, o achado não é apenas ‘quem agride’, mas também o modo como a violência reorganiza o espaço doméstico e as relações de confiança, produzindo efeitos que podem se prolongar no tempo e atravessar diferentes esferas da vida do(a) adolescente.

Por sua vez, as poucas referências a namoros/relacionamentos constituem-se em aspecto que se diferencia do encontrado em estudos sobre adolescentes e jovens no Brasil, que apontam as relações afetivo-sexuais como campo relevante de experiências, inclusive de violência e impactos sobre saúde e bem-estar^{30,31}.

Isso pode sinalizar que, para os adolescentes e jovens cujas falas são aqui trabalhadas, a vida é atravessada por violências cumulativas (familiares, escolares, comunitárias e/ou institucionais) com efeitos sobre rotinas, circulação, confiança e expectativas de futuro, o que pode dificultar a construção de vínculos afetivos. Essa leitura não supõe a ausência de desejos ou afetos, mas destaca que a possibilidade de ‘namorar’ também é socialmente produzida e pode ser obstaculizada quando prevalecem a insegurança, o sofrimento psíquico e a fragilização de redes de apoio.

Quando a violência emerge em espaços cotidianos de socialização (casa/escola) e envolve a família, tende a produzir restrição de circulação, fragilização de redes de apoio e compressão de experiências de desenvolvimento, como a construção de vínculos afetivos mais estáveis, além de intensificar o sofrimento psíquico. Assim, os relatos analisados podem ser lidos como expressão de violências acumuladas e socialmente produzidas, que atravessam gênero, raça/cor, geração e condições de vida, e que demandam respostas intersetoriais (proteção social, escola, saúde, garantia de direitos etc.), para além de abordagens centradas exclusivamente no indivíduo.

É a esse conjunto de relações e condições – que se expressa em experiências concretas de discriminação e violência, moldando

o sofrimento narrado, bem como suas possibilidades de elaboração e enfrentamento – que este artigo se refere ao trabalhar com o ‘peso da sociedade’. Trata-se de um conceito descritivo e operacional que remete ao modo como desigualdades e violências atravessam a vida cotidiana e se inscrevem no sofrimento relatado. Funciona, pois, como um operador de leitura, ajudando a reconhecer, no material empírico, como violências e desigualdades se tornam experiências reiteradas e, por essa via, estruturam disposições, expectativas e limites de proteção, na linha do que Bourdieu³² discute como *habitus*.

Dialética, esta análise não aparta aspectos individuais de sociais, não compreende aqueles como decorrência unívoca destes e, nem de longe, invisibiliza-os. Postula, isto sim, que o peso da sociedade no suicídio não pode ser ignorado nem subsumido em abordagens generalizantes nas quais as situações que extrapolam a dimensão individual são apenas rotuladas e pouco ou nada discutidas.

Nesse sentido, o artigo alinha-se à abordagem teórico-metodológico de trabalhos como o de Anne Case e Angus Deaton³³ que, ao estudarem os Estados Unidos da América, trabalharam o suicídio a partir da categoria ‘mortes por desespero’, mostrando como suas taxas têm aumentado entre adultos brancos não hispânicos que não tiveram acesso à universidade, associando-as à perda de emprego e a uma constante redução em suas rendas, algo que os negros e hispânicos viveram décadas antes. Para esses autores, essa é a característica da sociedade estadunidense que pesa sobre o suicídio. Sua contribuição está em tornar mais visível o mecanismo, pois não trabalha o ‘desespero’ como um atributo psicológico isolado, mas como uma experiência socialmente produzida quando trajetórias de vida são atravessadas por perdas materiais, desfiliação e erosão de horizontes de reconhecimento.

No Brasil, o peso da sociedade parece se manifestar de maneira diferente, em especial ao concentrar a análise entre adolescentes, o que reduz muito o peso da preocupação em

ser o provedor da renda familiar ou domiciliar. Apesar disso, o mecanismo relatado por aqueles autores está presente nas falas aqui trabalhadas, que revelam o peso da violência que se manifesta no racismo, na misoginia e no etarismo.

Os impactos dessas violências são tão fortes que os que falaram sobre elas sentiam-se ‘desprezados’, ‘abandonados’, ‘descartáveis’, ‘inúteis’, sem laços de pertencimento a nenhum grupo. Nesse contexto, a ‘Rede Pode Falar’ foi o espaço-tempo que encontraram para ‘desabafar’.

Considerações finais

Por diferentes motivos, raros são os trabalhos publicados que se baseiam em relatos como os aqui estudados, especialmente pelo tamanho do universo de pesquisa, o segmento populacional eleito e o referencial analítico adotado. Essa opção justifica-se por um desafio posto pela contemporaneidade às ciências e às políticas públicas: incorporar o que as pessoas, para as quais suas ações serão direcionadas, desejam falar sobre suas vidas, problemas e demandas.

As falas aqui analisadas não são respostas a perguntas de pesquisa, mas desabafos espontâneos e voluntários de adolescentes e jovens que buscaram um serviço de escuta. Por isso, mais do que oferecer um retrato representativo de uma população, o material dá acesso a uma gramática do sofrimento em situação de urgência: o suicídio aparece como iminente e/ou já tentado ao mesmo tempo que a própria interação com um dispositivo de acolhimento orienta o modo como as experiências são narradas e, portanto, delimita o alcance interpretativo do estudo.

Mesmo com esse recorte, o conjunto de relatos torna visível a persistência de violências e discriminações que atravessam a vida cotidiana e produzem efeitos que se acumulam. Em vez de reduzir tais experiências a uma sucessão de eventos isolados, os achados

sugerem um padrão: o sofrimento e a dor frequentemente aparecem como produtos de relações sociais marcadas por agressões, humilhações, coerções e desigualdades, o que reforça a necessidade de tratar o suicídio adolescente como uma questão de saúde pública que exige respostas que lidem tanto com a abordagem individual quanto com a social, articulando-as.

No grupo estudado, os problemas apresentados atingem segmentos historicamente vulnerabilizados, que tendem a carregar maior exposição a violências e menor acesso à proteção e ao reconhecimento, o que demanda políticas públicas intersetoriais e interseccionais capazes de enfrentar, de forma concreta, as assimetrias que organizam as trajetórias de adolescentes e jovens.

Por fim, o artigo sustenta que, para o sistema de saúde, enfrentar o suicídio nessa faixa etária

requer articular, pelo menos, dois planos de ação: a escuta acolhedora e qualificada no momento em que o risco se manifesta; e uma rede de saúde mental fortalecida e integrada a políticas sociais, educacionais e de garantia de direitos. O desafio não é escolher entre dispositivos, mas construir continuidade de cuidado e capacidade institucional para responder ao sofrimento quando ele aparece e para reduzir, no cotidiano, as condições que o produzem e o intensificam.

Contribuições de autoria

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* e Oliveira MPP (0009-0002-2132-0145)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. 3ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2019.
2. Marx K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo Editorial; 2006.
3. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio em adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência saúde coletiva*. 2018;23(9):2821-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>
4. Nunes ED. O suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(1):7-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100002>
5. Cruz Neto O, Moreira MR. De Durkheim, Dolly e outros dinossauros: o museu das grandes novidades. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2):237-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200031>
6. Berkman LF, Glass T, Brissette I, et al. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
7. Tsai AC, Pierce CM, Papachristos AV. From social networks to health: Durkheim after the turn of the millennium. *Soc Sci Med*. 2015;125:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.045>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. Global Health Observatory; [data desconhecida] [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; © 2026. Indicadores brasileiros para os objetivos de desenvolvimento sustentável; [data desconhecida] [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador342>
10. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Suicide among adolescents in Brazil in times of pandemic: a perspective. *Int J Soc Psychiatry*. 2024;70(1):1-2. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640241234567>
11. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Demographic dynamics and the emergence of health policies: review for the child and youth population in Brazil. *Lancet Reg Health Am*. 2024;32:100700. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100700>
12. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021.
13. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NR. Suicide among the young population and the urgency of public health policies. *Lancet Reg Health Am*. 2024;35:100793. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100793>
14. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Protocolo de prevenção ao suicídio (PRO-MULTI-004) [Internet]. Fortaleza, CE: CH-UFC/EBSERH; 2025 [acesso em 2026 fev 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh>
15. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p.
17. Centro de Valorização da Vida. Relatório de atividades nacionais do CVV: 1º trimestre de 2025 [Internet]. São José dos Campos, SP: CVV; 2025 [acesso em 2025 ago 7]. Disponível em: <https://cvv.org.br>
18. Dunker CIL, Moreira MR. Suicídio na adolescência: uma abordagem psicanalítica. *Saúde Debate*. 2026;50(Esp 1):e11335. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982026E11335P>
19. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 ago 6]. Disponível em: <https://www.who.int/publications>
20. Meira KC, Guimarães RM, Silva GWS, et al. Suicide methods among Brazilian women from 1980 to 2019: influence of age, period, and cohort. *PLoS One*. 2024;19(12):e0311360. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311360>
21. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, et al. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1469-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>
22. Ferreira Filho VD, Moreira MR. Suicídio na adolescência: a visão da sociologia. In: Costa NR, organizador. *Pesquisa saúde de adolescentes e jovens 2023-2026*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024. p. 32.
23. Mariano S, Souza MF. A morte antecipada na forma de feminicídio: pelo direito à justiça, à verdade e à memória. *Mediacoes*. 2023;28(1):e46956. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2023v28n1e46956>
24. Caicedo-Roa M, Bandeira LM, Cordeiro RC. Femicídio e feminicídio: discutindo e ampliando os conceitos. *Rev Estud Fem*. 2022;30(3):e83829. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n383829>
25. Ramos S, Candotti F, Boaes T, et al. Elas vivem: um caminho de lutas [Internet]. Rio de Janeiro: CESEC; 2025 [acesso em 2025 ago 7]. Disponível em: <https://observatorioseguranca.com.br>
26. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, et al. Bullying em escolares brasileiros: evidências da Pesquisa

- Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rev Bras Epidemiol. 2014;17(Supl 1):92-105. 10.1590/1809-4503201400050008
27. Veloso VR, Costa FBS, Marques CCA, et al. Suffering from bullying and associated factors in Brazilian students aged 13 to 17 years old: a population study. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200097. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200097>
 28. Malta DC, Pinto IV, Silva MMA, et al. Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(4):1287-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15552017>
 29. Antunes JT, Machado IE, Malta DC, et al. Fatores de risco e proteção relacionados à violência intrafamiliar contra adolescentes. Rev Bras Epidemiol. 2020;23(Supl 1):e200003. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200003.supl.1>
 30. Oliveira QBM, Assis SG, Njaine K, et al. Namoro na adolescência no Brasil: violência psicológica. Ciênc saúde coletiva. 2014;19(3):707-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.19052013>
 31. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ, et al. Direcionalidade da violência física e psicológica no namoro entre adolescentes. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(1):217-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010017>
 32. Bourdieu P. Sociologia geral. Vol. 2, Habitus e campo. Petrópolis, RJ: Vozes; 2021. 460 p.
 33. Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2020. 312 p.

Recebido em 18/11/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023>

- Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - e-mail:

marialuciarizzotto@gmail.com

Implementação da cadeia de abastecimento farmacêutico do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: construção da avaliação

Implementation of the Pharmaceutical Services Strategic Component supply chain: Building the evaluation
Implementación de la cadena de abastecimiento del Componente Estratégico de la Asistencia Farmacéutica: construcción de la evaluación

Mayara Batista Padilha Santos¹, Maria Auxiliadora Oliveira², Vera Lucia Luiza²

DOI: 10.1590/2358-2898202615010970P

RESUMO O objetivo do artigo é apresentar o processo de construção de um estudo avaliativo para análise da implementação da cadeia de abastecimento farmacêutico do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf). Esse componente de financiamento da Assistência Farmacêutica destina-se a pessoas com doenças cujo manejo é estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), algumas consideradas negligenciadas. Para construção da avaliação, foram desenvolvidos três modelos: Modelo Teórico da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico; Modelo Teórico de funcionamento do Cesaf; e Modelo Lógico de Análise da Implementação da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico do Cesaf. A modelagem e a Matriz de Análise e Julgamento da avaliação foram elaboradas a partir da revisão da literatura e da apreciação por painel de especialistas. A matriz final foi composta por setenta e quatro indicadores, organizados em cinco dimensões: planejamento e gestão, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. O modelo avaliativo construído mostrou-se útil para identificar as características do contexto que podem interferir no abastecimento de medicamentos às unidades dispensadoras do SUS. As ferramentas apresentadas buscam suprir lacuna da literatura.

PALAVRAS-CHAVE Assistência farmacêutica. Medicamentos essenciais. Avaliação em saúde. Doenças negligenciadas.

ABSTRACT This article presents the building process of an evaluative study aimed at analyzing the implementation of the Pharmaceutical Services Strategic Component (CESAF) supply chain. This funding component of Brazil's pharmaceutical policy targets individuals with diseases whose control is strategic for the Unified Health System (SUS), including some classified as neglected diseases. To guide the evaluation, three models were developed: the Pharmaceutical Supply Chain Theoretical Model; the CESAF's Operation Theoretical Model; and the Logic Model for Analyzing the Implementation of the CESAF Supply Chain. Both the modeling and the evaluation matrix were developed based on a literature review and refined through a panel of experts. The final matrix comprised 74 indicators, organized into five dimensions: planning and management, forecasting, procurement, storage, and distribution. The proposed evaluative framework is useful for identifying contextual factors that may affect the availability of medicines at SUS dispensing units. The tools developed fill a gap in the literature.

KEYWORDS Pharmaceutical services. Drugs, essential. Health evaluation. Neglected diseases.

RESUMEN El objetivo de este artículo es presentar el proceso de construcción de un estudio evaluativo para el análisis de la implementación de la cadena de abastecimiento farmacéutico del Componente Estratégico de la Asistencia Farmacéutica (CESAF). Este componente de financiamiento de la Asistencia Farmacéutica está dirigido a personas con enfermedades cuyo manejo es estratégico para el Sistema Único de Salud (SUS), algunas consideradas desatendidas. Para la construcción de la evaluación, se desarrollaron tres modelos: el Modelo Teórico de la Cadena de Abastecimiento Farmacéutico; el Modelo Teórico de Funcionamiento del CESAF; y el Modelo Lógico de Análisis de la Implementación de la Cadena de Abastecimiento Farmacéutico del CESAF. El modelo y la matriz de análisis y juicio evaluativo se realizaron a partir de la revisión de la literatura y de la valoración por panel de expertos. La matriz final estuvo compuesta por setenta y cuatro indicadores, organizados en cinco dimensiones: planificación y gestión, programación, adquisición, almacenamiento y distribución. El modelo evaluativo construido se mostró útil para identificar las características del contexto que pueden influir en el abastecimiento de medicamentos a las unidades dispensadoras del SUS. Las herramientas presentadas buscan cubrir una laguna existente en la literatura.

PALABRAS CLAVE Servicios farmacéuticos. Medicamentos esenciales. Evaluación en salud. Enfermedades desatendidas.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

mayara.padilha@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (NAF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

No Brasil, apesar dos avanços das Políticas Farmacêuticas¹ e da busca de uma Assistência Farmacêutica (AF) integrada, ainda podem ser encontrados problemas relacionados a programação, aquisição, armazenamento ou distribuição de medicamentos nos diferentes componentes de financiamento da AF, o que pode afetar a disponibilidade dos medicamentos essenciais²⁻⁶.

Transcorridos mais de 15 anos após a criação dos componentes de financiamento da AF⁷, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) têm merecido mais atenção na literatura científica, se comparados ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf). No entanto, este foi o componente com os piores resultados relacionados à disponibilidade de medicamentos (< 40%), de acordo com os dados de pesquisa aplicada nacionalmente⁴.

O Cesaf é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 4.114/2021⁸ e contempla amplo leque de doenças com importância epidemiológica⁹. Abrange tratamento medicamentoso para controle da tuberculose, da hanseníase e endemias focais como malária, leishmaniose e doença de Chagas, entre outras. Inclui, também, os medicamentos antirretrovirais do Programa IST/Aids e do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais¹⁰. Portanto, engloba usuários considerados negligenciados ou com doenças relacionadas à pobreza¹¹. Medicamentos que exigem alto investimento na fabricação e também alguns monopólicos⁹.

O resultado aquém do esperado com relação à disponibilidade de alguns medicamentos nas unidades de dispensação⁴ aponta para fragilidades no processo de implementação da cadeia de abastecimento farmacêutico (CAbFar) do Cesaf, que envolve ações dos três entes federativos⁸.

Cadeias de abastecimento farmacêutico frágeis podem dificultar o acesso ao tratamento medicamentoso e colocar a saúde em

risco^{12,13}. No setor público, esse problema pode ser ocasionado por uma combinação de aspectos como financiamento inadequado, falta de incentivos para manutenção de estoque, incapacidade de prever a demanda com precisão, problemas na oferta e na regulação do mercado farmacêutico, desvio de medicamentos para o setor privado ou sistemas logísticos de distribuição ineficientes^{13,14}. Visando a mitigar essas barreiras, tem crescido o número de pesquisas que buscam desenvolver ferramentas e estratégias de fortalecimento da CAbFar para subsidiar a formulação de políticas e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde^{15,16}.

Assim, torna-se pertinente efetuar uma análise de implementação da cadeia de abastecimento de medicamentos do Cesaf. Verifica-se que compreender quais fatores têm interferido nessa implementação pode contribuir para que a disponibilidade de medicamentos essenciais, no âmbito do Cesaf, seja, de fato, alcançada.

Para avaliar uma intervenção, é importante defini-la e modelá-la, esclarecendo os seus elementos relevantes, tais como objetivos e metas, insumos, atividades, produtos, público-alvo e resultados^{17,18}. A modelagem consiste em explicar os vínculos, com frequência, complexos, que se articulam no curso do tempo entre as estruturas, os processos e os resultados¹⁸.

Este artigo objetiva apresentar o processo de construção de um estudo avaliativo para análise da implementação da CAbFar do Cesaf, ou seja, sua modelagem e o processo de elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), criando instrumentos que ofereçam suporte teórico à avaliação.

Material e métodos

Empreendeu-se uma pesquisa avaliativa, com caráter descritivo e exploratório contemplando o processo de modelagem e construção da MAJ da avaliação.

Devido à complexidade de se avaliar a CAbFar do Cesaf e partindo do pressuposto

de que o foco da avaliação é composto por duas intervenções distintas (a CAbFar e o Cesaf), desenvolveram-se três modelos: a) Modelo Teórico da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico (MT-CAbFar); b) Modelo Teórico de funcionamento do Cesaf (MT-Cesaf); e c) Modelo Lógico (Mlog) de Análise de Implementação da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico do Cesaf.

O desenvolvimento do MT-CAbFar objetivou entender quais atividades essenciais compõem a CAbFar e os principais fatores que influenciam o seu bom funcionamento, com base na literatura. O MT-Cesaf buscou compreender o Cesaf na perspectiva da responsabilidade dos entes federativos. O MLog buscou integrar os dois conteúdos, estabelecendo como a CAbFar do Cesaf deve ser implementada, mostrando as relações entre os insumos disponíveis e suas atividades planejadas para criar e entregar os resultados esperados.

Os modelos teóricos da intervenção e o Mlog foram elaborados a partir da revisão da literatura. Esses modelos serviram como base para elaboração da MAJ, contendo indicadores de insumos, atividades, produtos e resultados imediatos das dimensões identificadas como prioritárias na modelagem, presentes na literatura científica e cinzenta, inclusive nas normas e legislações.

O Mlog da avaliação e a MAJ propostos inicialmente foram apreciados por um painel de especialistas composto por atores-chave (gestores, farmacêuticos ou outros profissionais) comprometidos com o desenvolvimento das atividades logísticas no âmbito do Cesaf e por pesquisadores com experiência em AF.

O convite incluiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informações sobre a metodologia a ser empregada. Foi enviado aos participantes um documento de trabalho para apreciação prévia e aproximação ao tema da pesquisa, composto pela representação do Mlog e da MAJ.

A reunião de consenso foi realizada por meio do aplicativo Zoom e contou com a presença de cinco especialistas. A literatura

consultada indicou não haver consenso quanto ao número ideal de especialistas, mas técnicas de consenso cuja interação é feita face a face^{19,20} requerem interações altamente estruturadas e com menos de 15 participantes²⁰.

O consenso sobre os itens do Mlog e da MAJ foi feito de forma síncrona e envolveu discussão e preenchimento do documento de trabalho durante a reunião, conforme realizado por Pereira²¹. Antes do encerramento da reunião, abriu-se espaço para que os participantes pudessem emitir sua opinião sobre os aspectos discutidos e possíveis sugestões.

As considerações e sugestões dos participantes foram submetidas à análise descritiva, para servirem como base para possíveis inclusões ou alterações²².

Para promover uma avaliação participativa, colaboradores da Coordenação de Gestão de Assistência Farmacêutica da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (CGAF/Safie), responsável pela gestão do Cesaf em âmbito estadual no Rio de Janeiro – cenário da avaliação –, foram convidados a compor uma nova reunião de consenso. Entretanto, devido a uma mudança de gestão ocorrida no período da coleta de dados, não foi possível dar continuidade à participação sem prejudicar o andamento da pesquisa. Por isso, a própria equipe de pesquisa reuniu-se novamente para fazer ajustes necessários, a fim de garantir o andamento da avaliação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-Ensp por meio do parecer nº 6.501.402, em 10/11/2023.

Resultados e discussão

Modelo Teórico da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico

Para a elaboração do MT-CAbFar, foram realizados os seguintes questionamentos: O que são cadeias de abastecimento farmacêutico e quais são as atividades definidas na literatura

como sendo essenciais? Quais são seus objetivos? Quais fatores podem influenciar o seu bom funcionamento? Responder a essas perguntas foi crucial para conhecer a teoria sobre o funcionamento das CABFar, fornecendo subsídios para entender como deveria estar estruturada e organizada e, ainda, quais aspectos do contexto deveriam ser analisados no estudo avaliativo.

Foram selecionados e analisados cinco documentos que apresentam modelos de CABFar

e buscam compreender os seus principais influenciadores, nos países em desenvolvimento. Dos documentos selecionados, um tratava de guia elaborado pela United States Agency for International Development (Usaid)²³ para gestão da cadeia de abastecimento de produtos para saúde, e os demais eram artigos científicos^{13,24-26}. As informações relativas aos documentos estão sumarizadas no *quadro 1*, por ordem cronológica de publicação.

Quadro 1. Documentos selecionados para embasamento do modelo teórico da cadeia de abastecimento farmacêutico, segundo as atividades essenciais, objetivos e principais influenciadores da cadeia de abastecimento farmacêutico, nos países em desenvolvimento

Autor (Ano) – Título	Atividades essenciais	Objetivos	Principais influenciadores
USAID (2011) – The Logistics Handbook: A Practical Guide for the Supply Chain Management of Health Commodities	Ciclo logístico: Seleção de produtos; Quantificação e compras; Gestão de estoque, armazenamento, distribuição; Atendimento aos clientes. Monitoramento da qualidade presente entre cada atividade do ciclo logístico.	Garantir aos clientes – tantos os imediatos, quanto o cliente final que procura os serviços de saúde – o produto correto, na quantidade e qualidade apropriada, no lugar e na hora certa, a um custo adequado.	Funções de suporte: Sistema de Informação de Gestão e Logística; Organização e Pessoal; Orçamento; Supervisão; Monitoramento e Avaliação; Fatores ambientais: Políticas; Adaptabilidade do sistema.
Yadav (2015) – Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of the Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform	Programação; Aquisição; Distribuição	Assegurar a disponibilidade e cobertura consistente de medicamentos, proporcionando a qualidade, eficiência e equidade do tratamento a população.	Financiamento: Recursos disponíveis; Fluxo financeiro sincronizado; Regulação: Preços; qualidade do produto; Distribuição; Sistemas de Informação: Fluxo de informação; necessidade epidemiológica; padrões de consumo Recursos humanos: Disponibilidade de recursos humanos; qualificação das funções técnicas, da liderança e da governança Governança: Transparência; Senso de responsabilização
Fialho e Martins (2016) – Elementos institucionais e desempenho da logística de uma rede pública de assistência farmacêutica	Decisões de alocação de recursos e atividades logísticas. Não delimita quais são as atividades logísticas essenciais, mas o instrumento de coleta de dados é composto por variáveis relacionadas a programação, armazenamento, distribuição e dispensação.	Possui como objetivo garantir a provisão e recebimento dos medicamentos, propiciando às pessoas a disponibilidade do medicamento para o uso de forma racional.	Elementos institucionais: Sistema de regras, Normas e Valores, Crenças Desenho da rede: número, localização de instalações de produção e/ou armazenagem, capacidade de cada instalação e conexões entre instalações.
Sunyoto et al. (2019) – Exploring global and country-level barriers to an effective supply of leishmaniasis medicines and diagnostics in eastern Africa: a qualitative study	Fornecimento de insumos; Produção; Seleção; Programação; Aquisição; Armazenamento e Distribuição; Serviço e utilização.	Garantir a entrega mais eficiente do produto desde o ponto de fabricação até o usuário final, assegurando o acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento.	Elementos do sistema de saúde: Políticas e procedimentos regulativos; Mecanismo de financiamento; Comunicação e Coordenação.

Quadro 1. Documentos selecionados para embasamento do modelo teórico da cadeia de abastecimento farmacêutico, segundo as atividades essenciais, objetivos e principais influenciadores da cadeia de abastecimento farmacêutico, nos países em desenvolvimento

Autor (Ano) – Título	Atividades essenciais	Objetivos	Principais influenciadores
Subramanian (2020) – Enabling health supply chains for improved well-being	Não delimita as atividades principais, mas descreve que a cadeia de abastecimento em saúde corresponde às etapas envolvidas na movimentação de uma mercadoria do fornecedor ao cliente, abrangendo políticas, recursos humanos, informações e tecnologias.	Fornecer e garantir produtos de saúde com a qualidade adequada, garantindo um cuidado em saúde sustentável, acessível geográfica e economicamente, contribuindo para uma melhora na qualidade de vida e bem-estar geral a longo prazo.	Pessoas e Práticas: Liderança, Colaboração, Procedimentos Operacionais Padrão, Desenvolvimento de Capacitação, Influências Socioculturais e Demográficas, Conhecimento, Educação e Conscientização Sistemas e Dados: Tecnologia da Informação; Rastreamento dos dados; Integração de relatórios e feedback; Desenho e rede da cadeia de abastecimento; Investimentos: Financiamento; Infraestrutura; Inovação Políticas: Legislação, Governança, participação do setor privado, maturidade do setor farmacêutico, Capacidade aquisitiva sob a ótica dos governos e agências não governamentais, Inspeção da qualidade e benchmarking.

Fonte: elaboração própria.

A análise dos textos mostra que, apesar de adotarem nomenclaturas distintas para CAbFar, suas atividades essenciais e objetivos, há o entendimento de que essa intervenção não se limita apenas à gestão de armazéns e frotas. Inclusive, a conceituação parece ampliar-se ao longo do tempo.

Na primeira publicação analisada²³, os autores optaram por utilizar o termo cadeia de abastecimento e logística, muitas vezes, de forma intercambiável ao longo do texto. Entendem a CAbFar constituída operacionalmente por um ciclo logístico que abrange as atividades principais de seleção de produtos, quantificação e compras, gestão de estoque, armazenamento, distribuição e atendimento aos clientes. O monitoramento da qualidade deve estar presente entre cada atividade do ciclo logístico e refere-se não apenas à qualidade do produto, mas, também, à qualidade do trabalho. Para os autores, o objetivo é garantir aos clientes – tanto os imediatos quanto o cliente final que procura os serviços de saúde – o produto correto, na quantidade e qualidade adequada, no lugar e na hora certa, a um preço adequado. Assim, o bom funcionamento das cadeias de abastecimento aumenta o impacto dos programas de saúde pública, mediante melhora na qualidade, eficácia e eficiência do atendimento.

Yadav¹³ compreende a CAbFar como uma combinação complexa de instituições públicas, privadas e não governamentais que atuam nas atividades de programação, aquisição e distribuição. Incorpora aos seus objetivos os conceitos de disponibilidade e cobertura para assegurar não somente a qualidade e eficiência, mas, também, a equidade do tratamento à população.

Fialho e Martins²⁴ utilizam ao longo do texto a expressão ‘cadeia de suprimentos no setor público’. Em sua ótica, entendem a CAbFar como parte de uma complexa teia de organizações cujos papéis estão sujeitos a demandas sociais e políticas, tanto da comunidade quanto do governo. Trazem a decisão de alocação de recursos e as funções logísticas como fundamentais para o desempenho da cadeia de suprimentos. Não delimitam quais são as atividades logísticas essenciais, mas o instrumento de coleta de dados é composto por variáveis relacionadas a programação, armazenamento, distribuição e dispensação, que integram o ciclo da AF²⁷. Nesse estudo, o objetivo final da CAbFar do programa avaliado é garantir a provisão e o recebimento dos medicamentos, propiciando às pessoas a disponibilidade do medicamento para o seu uso de forma racional.

Sunyoto et al.²⁵ consideram a CAbFar como um ecossistema de organizações, pessoas, tecnologia, atividades, informações e recursos que se unem para garantir a entrega mais eficiente do produto desde o ponto de fabricação até o usuário final, assegurando o acesso ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento. Adicionam o fornecimento de insumos, a produção e a seleção às atividades essenciais já descritas pelos autores anteriores. Assim, discutem ao longo do texto questões relacionadas à capacidade produtiva, existência de fontes únicas para alguns medicamentos e barreiras relacionadas a Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), que podem interferir na relação entre oferta e demanda, explicada por Chaves et al.¹⁴.

Importante mencionar que Sunyoto et al.²⁵ também incorporam ‘Serviço e utilização’ às atividades essenciais da CAbFar, mas acabam por não discuti-las ao longo do artigo. Talvez porque nos países do estudo as barreiras se apresentem nas atividades anteriores. De todo modo, apresentam a descrição mais completa das atividades da CAbFar, se comparados aos demais autores mencionados.

Além disso, para Sunyoto et al.²⁵, a cadeia de abastecimento está inserida no conceito de acesso proposto por Frost e Reich²⁸, levando em consideração as dimensões adoção, capacidade aquisitiva, qualidade e disponibilidade.

Por fim, a percepção de Subramanian²⁶ sobre a CAbFar abrange todas as concepções descritas anteriormente, compreendendo políticas, recursos humanos, informações e tecnologia para fornecer e garantir produtos com a qualidade adequada, desde o fornecedor até o cliente. Não delimita exatamente quais seriam as atividades principais. Mas esse questionamento pode ser respondido com a análise das publicações anteriores, especialmente Sunyoto et al.²⁵.

Segundo Subramanian²⁶, uma CAbFar robusta deve garantir um cuidado em saúde sustentável, acessível geográfica e economicamente. Percebe-se a adoção do conceito de sustentabilidade em saúde, acessibilidade geográfica e capacidade aquisitiva. A acessibilidade

geográfica estava subentendida no documento elaborado pela Usaid²³, ao descrever que o medicamento deve estar no ‘lugar certo’ para os clientes. A capacidade aquisitiva havia sido mencionada por Sunyoto et al.²⁵.

Para Subramanian²⁶, os objetivos de uma CAbFar não devem limitar-se aos resultados imediatos. Por isso, defende a ampliação do objetivo da CAbFar para uma melhora na qualidade de vida e no bem-estar geral, em longo prazo.

O ‘bem-estar’ está inserido no conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pode ser definido como:

Um estado positivo experimentado por indivíduos e sociedades. Semelhante à saúde, é um recurso para a vida diária e é determinado por condições sociais, econômicas e ambientais²⁹⁽¹⁰⁾.

Para a OMS, a saúde e o bem-estar humanos também estão inter-relacionados com o desenvolvimento sustentável²⁹.

Como o bem-estar de uma sociedade está relacionado à distribuição equitativa de recursos, Subramanian²⁶ aponta que alcançar o estado de bem-estar pode ser mais difícil para populações mais vulnerabilizadas. E, por esse motivo, sugere que os diferentes países criem um ambiente favorável, propondo um modelo integrado de facilitadores da CAbFar e seu papel na melhoria do bem-estar geral, por meio de um cuidado em saúde sustentável.

Na perspectiva de Subramanian^{26,30}, para alcançar a sustentabilidade da CAbFar, além de considerar aspectos econômicos, sociais e ambientais, deve-se privilegiar: a colaboração das partes interessadas; a continuidade do cuidado de saúde, medido por meio dos resultados de saúde; e o monitoramento das iniciativas de qualidade de produtos/serviços e processos.

Quanto aos facilitadores para alcançar essa sustentabilidade, além da categoria investimento, descrita pela OMS²⁹, Subramanian²⁶ sugere as categorias políticas, pessoas e práticas, assim como sistemas e dados.

As demais publicações^{13,23-25} também apresentam fatores que podem influenciar o bom funcionamento da CAbFar (*quadro 1*). Apesar de não haver consenso entre todas as nomenclaturas, a maioria dos itens já está inserida, de alguma forma, na categorização feita por Subramanian²⁶. Isso demonstra a completude desse modelo com relação aos objetivos e às possíveis influências do contexto sobre a CAbFar.

No contexto nacional, são escassos os estudos que analisam fatores que afetam o funcionamento da CAbFar em programas públicos de saúde. Essa lacuna na literatura brasileira reforça a relevância do estudo de Fialho e Martins²⁴, que merece destaque na modelagem.

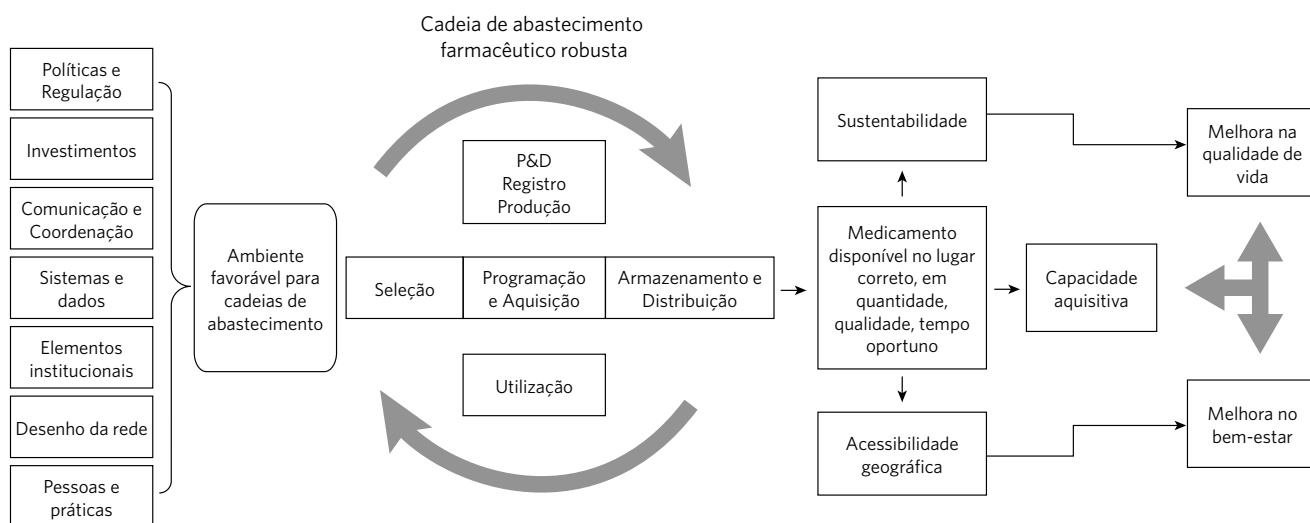
Fialho e Martins²⁴ procuraram explicar como os elementos institucionais e o desenho da rede influenciam o desempenho da logística da cadeia de abastecimento do Programa Farmácia de Minas. Os autores demonstraram, por meio de modelagem de equações estruturais, que fatores de contexto institucional, principalmente de caráter regulativo

e cognitivo, podem afetar decisões de alocação de capacidades e de recursos. Quanto ao desenho da rede, a forma como as instalações foram organizadas foi determinante para converter os elementos institucionais em resultados de performance²⁴.

Ao final do artigo, Fialho e Martins²⁴ sugerem que, em pesquisas futuras, sejam consideradas variáveis vinculadas à instabilidade decorrente de trocas de governo e à falta de coordenação entre as três esferas federativas. Para o contexto brasileiro, o aspecto ‘Comunicação e Coordenação’, que aparece no modelo proposto por Sunyoto²⁵, também demonstra se configurar como um importante influenciador da CAbFar. Uma comunicação e coordenação fracas podem resultar na perda de confiança entre os diferentes atores e prejudicar o abastecimento de medicamentos²⁵.

A partir da análise feita (*quadro 1*), foi elaborado o MT-CAbFar, para o contexto brasileiro (*figura 1*).

Figura 1. Modelo Teórico da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico, para o contexto brasileiro



Fonte: elaboração própria, adaptado de Subramanian²⁶.

Optou-se aqui por compreender a CAbFar como as diferentes conexões entre todos os componentes diretamente envolvidos na logística, tanto atores no setor privado como no setor público em suas distintas esferas de gestão, que desempenham diferentes papéis, conforme arranjos previamente pactuados entre os gestores. As tensões e os limites de coordenação são discutidos na literatura analisada e podem ser aprofundados pela avaliação proposta. A CAbFar é constituída operacionalmente, de forma genérica, pelas atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), Registro, Produção, Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Utilização.

As setas pretas em volta dessas atividades fazem alusão à necessidade de articulação entre elas. Quando essas operações falham, o que se observa é a inefetividade das ações de saúde, mesmo que haja incentivo às atividades de P&D, que os medicamentos sejam produzidos com a qualidade esperada e selecionados com base em critérios técnicos adequados. E, até mesmo, que o paciente tenha sido atendido em uma estrutura apropriada e por um profissional especializado³¹. Vale destacar que as atividades de P&D, Registro, Produção, assim como a atividade de Utilização, aparecem em níveis distintos das demais, pois dependem de decisões que muitas vezes extrapolam o sistema de saúde.

Compreende-se que o objetivo da CAbFar é, em curto prazo, garantir a disponibilidade de medicamentos com qualidade, na quantidade adequada, em tempo oportuno e no lugar correto, contribuindo, para um cuidado em saúde sustentável, acessível geograficamente e financeiramente viável, tanto para o usuário quanto para o sistema de saúde. No Sistema

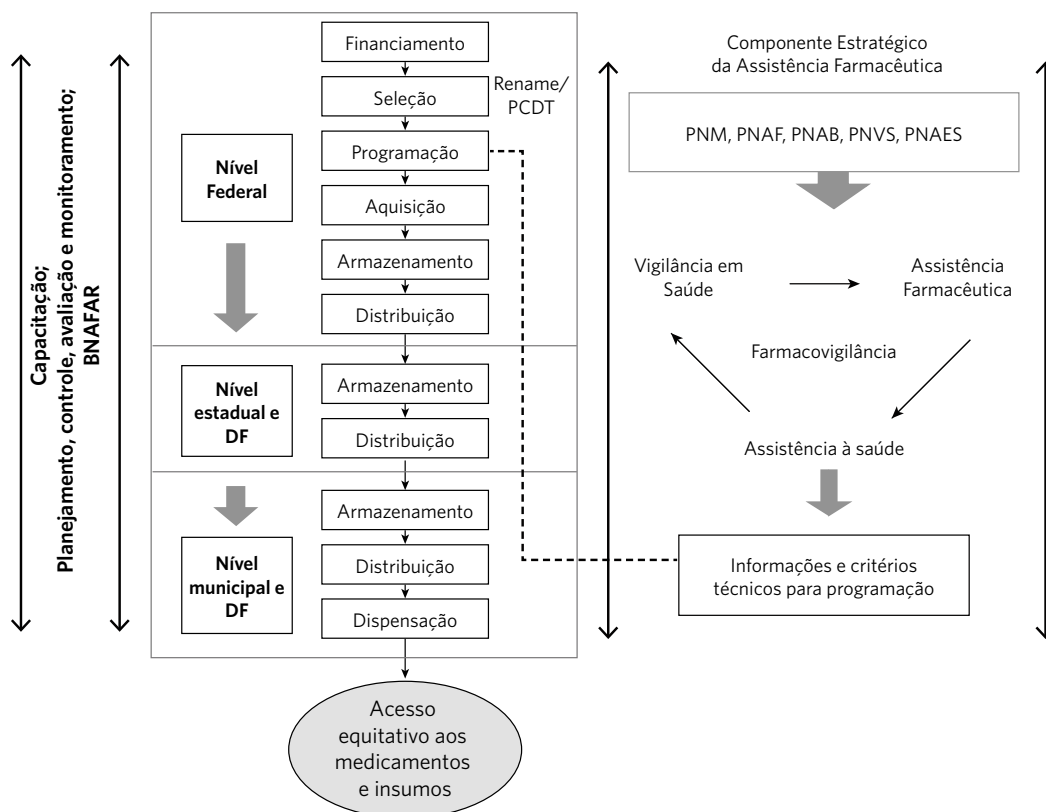
Único de Saúde (SUS), o esperado é que a CAbFar funcione de forma adequada para que os medicamentos estejam disponíveis gratuitamente para os usuários. A sustentabilidade é compreendida, nesse modelo, como uma propriedade tanto da cadeia de abastecimento farmacêutico em se manter funcional quanto da sua contribuição para o cuidado em saúde.

Pode-se dizer, ainda, que a cadeia sofre influência de variáveis dos contextos interno e externo, incluídas nas categorias pessoas e práticas, sistemas e dados, elementos institucionais, desenho da rede, investimentos, políticas e regulação. Tais aspectos precisam estar integrados mediante uma constante e forte comunicação e coordenação entre os diferentes níveis e atores, para que, no longo prazo, seja possível garantir a qualidade de vida e o bem-estar geral.

Modelo Teórico de funcionamento do Cesaf

A fim de melhor compreender o funcionamento do Cesaf, procedeu-se à análise da Portaria GM/MS nº 4.114/2021, que regula as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos dos programas sob gestão desse componente⁸. Nessa portaria, foram identificadas as responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, e suas inter-relações. As responsabilidades foram classificadas nas seguintes categorias: Financiamento; Seleção; Programação; Aquisição; Armazenamento e Distribuição; Dispensação; Planejamento e Gestão; e Farmacovigilância. A partir dessa sistematização, foi possível elaborar o Modelo Teórico de funcionamento do Cesaf (*figura 2*).

Figura 2. Modelo Teórico do funcionamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, segundo as responsabilidades dos entes federativos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021



Fonte: elaboração própria.

BNAFAR – Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica; DF – Distrito Federal; Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; PCDT – Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas; PNAB – Política Nacional da Atenção Básica; PNAF – Política Nacional da Assistência Farmacêutica; PNM – Política Nacional de Medicamentos; PNVS – Política Nacional de Vigilância Sanitária; PNAES – Política de Atenção Especializada em Saúde.

O financiamento, a seleção, a programação e a aquisição no âmbito do Cesaf são centralizados pelo nível federal, representado pelo Ministério da Saúde (MS), devendo os medicamentos e insumos estar descritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), nos Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e outros documentos técnicos oficiais de governo.

Apesar de a programação ser de responsabilidade do MS, essa atividade deve ser realizada de forma articulada e integral pela AF, Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde, de maneira ascendente e integrada, do nível local até o federal, englobando, também, as ações de farmacovigilância⁸. Por isso, a organização

e a execução das ações do Cesaf devem estar em consonância com o disposto nas Políticas Nacionais de Medicamentos, de Assistência Farmacêutica, de Atenção Básica, de Vigilância em Saúde e de Atenção Especializada em Saúde^{8,32}. As setas com ponta dupla à direita na *figura 2* representam que essa articulação deve orientar os gestores de todos os níveis na operacionalização dos demais processos, sobretudo na geração de informações para a programação, tais como dados epidemiológicos e consumo histórico.

Executado e finalizado o processo de aquisição, o MS deve receber e armazenar os medicamentos e insumos em local adequado, e, em seguida, realizar a distribuição aos estados e ao

DF. Esses, por sua vez, também devem dispor de local apropriado para o recebimento e armazenamento até realizarem a distribuição à rede pública municipal de saúde. O mesmo critério se aplica aos municípios e ao DF, que deverão armazenar e distribuir os insumos às unidades de saúde, garantindo a manutenção da regularidade no abastecimento farmacêutico de toda a rede pública. Em seguida, a atividade de dispensação de medicamentos e insumos deve ser executada sob responsabilidade do nível municipal e do DF⁸.

Adicionalmente, a capacitação de gestores e profissionais de saúde e as atividades relacionadas a planejamento, controle, avaliação e monitoramento sistemático da organização e execução do Cesaf devem ser feitas mediante cooperação entre o MS, estados, municípios e DF⁸. Tais atividades foram categorizadas como 'Planejamento e Gestão'. As setas com ponta dupla, localizadas no lado esquerdo da *figura 2*, também representam essa necessidade de articulação entre os diferentes níveis.

A Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR), pelo MS, aparece como item fundamental para promover a qualidade da articulação de informações sobre estoque,

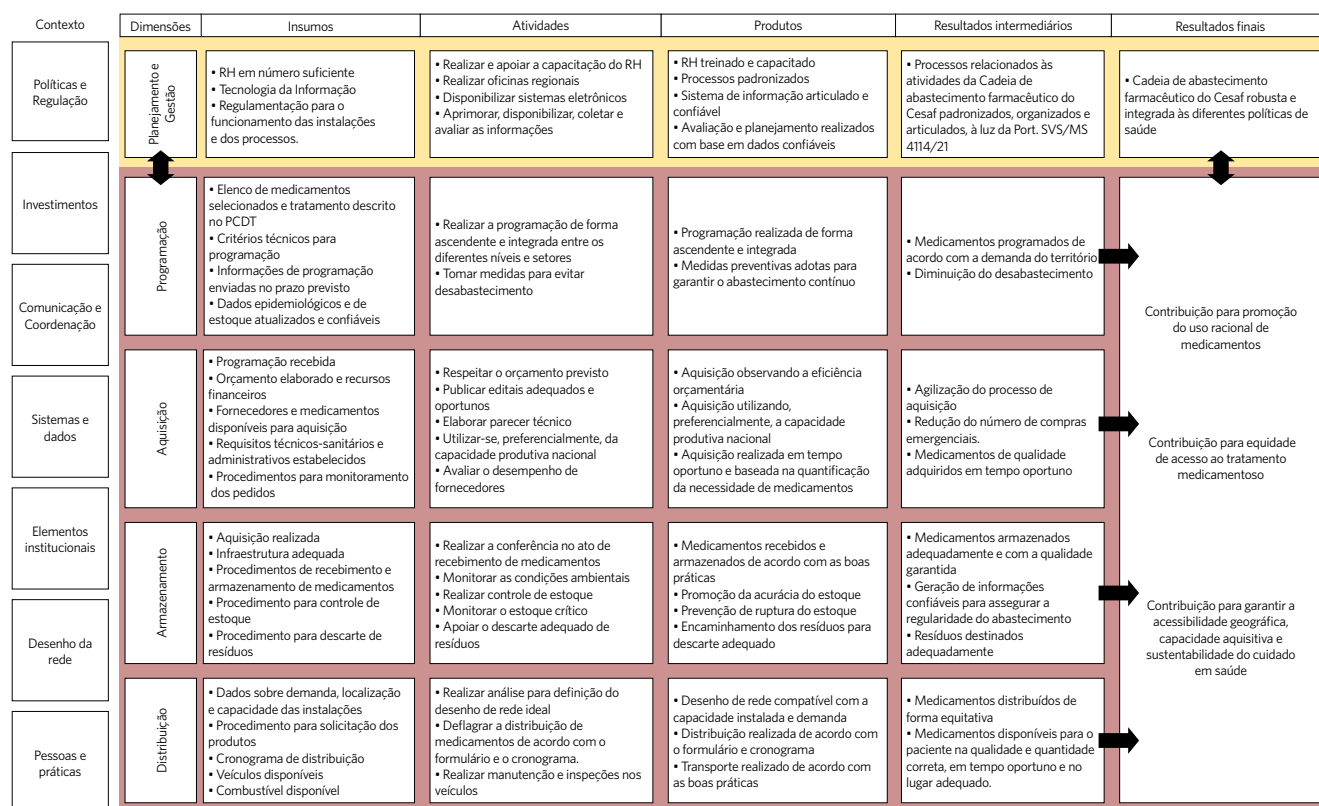
distribuição, dispensação e necessidade de novas aquisições de medicamentos e insumos do Cesaf⁸.

Finalmente, por meio da coordenação das atividades entre os diferentes níveis, o Cesaf poderá cumprir com o seu objetivo, conforme descrito na Portaria nº 4.114/2021, de contribuir para a garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS⁸.

Modelo Lógico de Análise de Implementação da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico do Cesaf

O Mlog da análise de implementação da CAbFar do Cesaf (*figura 3*) foi construído a partir da integração entre os dois modelos teóricos apresentados anteriormente, utilizando a estrutura do modelo lógico elaborado por Pereira²¹.

Figura 3. Modelo lógico de Análise de Implementação da Cadeia de Abastecimento Farmacêutico do Cesaf



Fonte: elaboração própria, baseado em Pereira²¹.

Cesaf – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; PCDT – Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas; RH – Recursos Humanos; STI – Sistema de Tecnologia da Informação.

O Mlog é um esquema visual que representa a relação entre os insumos disponíveis e as atividades planejadas para que uma intervenção possa alcançar os produtos e os resultados esperados^{33,34}. Os produtos estão diretamente relacionados às atividades, ou seja, cada atividade tem sua consequência imediata. Os resultados são as mudanças que a intervenção pretende propiciar, podendo ser subdivididos em intermediários (curto e médio prazo) e em resultados finais ou impacto (de longo prazo)³³.

Além de demonstrar a relação causal entre esses elementos, um Mlog útil deve reconhecer a influência de fatores contextuais externos na capacidade da intervenção de produzir os resultados³⁴.

As dimensões ‘P&D’ e ‘Produção’, que constam no MT-CabFar, não foram incluídas

no Mlog da avaliação, pois não estão no escopo do presente estudo.

A ‘Seleção’ também não está presente no Mlog, pois parte-se do pressuposto de que essa dimensão está bem delimitada para o Cesaf, uma vez que no Brasil a Rename abrange os medicamentos financiados por esse componente. No entanto, a existência de ‘elenco de medicamentos selecionados e tratamento descrito no PCDT’ consta como um insumo da dimensão ‘Programação’.

A dimensão ‘Utilização’ também não foi incluída, pois engloba a prescrição, a dispensação, a administração, o seguimento e a adesão do paciente³⁵. Desse modo, abarca outros fatores, como as características socioeconômicas dos usuários, sua percepção de necessidade, crenças, preferências e mais

aspectos associados em conjunto com as barreiras ao acesso, que também não estão no escopo desta pesquisa³⁶.

Portanto, entre as atividades operacionais da CAbFar, serão avaliadas as dimensões Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição, também conhecidas como etapas logísticas do ciclo da AF³⁵.

A dimensão 'Farmacovigilância' do MT-Cesaf também não foi considerada, pois não é uma atividade específica da CAbFar. Contudo, no Mlog, está descrita como um dos produtos previstos da 'Programação' a 'Programação realizada de forma ascendente e integrada'.

Baseando-se em Pereira²¹, a dimensão 'Planejamento e gestão' aparece como transversal às demais dimensões. As ações adotadas nessa dimensão afetam Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição. A padronização dos fluxos comuns aos gestores, a realização de oficinas regionais e o fomento à capacitação dos recursos humanos são alguns exemplos de itens incluídos em 'Planejamento e Gestão'.

Quanto ao contexto, foram consideradas as mesmas categorias já descritas no MT-CABFar.

Na reunião de consenso, foi pactuada a manutenção das dimensões propostas para o Mlog, assim como das categorias do contexto sem alterações. Os insumos, as atividades, os produtos e os resultados foram considerados suficientes e adequados para descrição da CAbFar do Cesaf, ainda assim, algumas alterações foram sugeridas.

A discussão feita durante a reunião de consenso e os documentos de trabalho enviados pelos especialistas ensejaram sete alterações em insumos, quatro em atividades e cinco em produtos descritos no Mlog da avaliação. Não foram sugeridas alterações nos resultados intermediários e nos resultados finais.

Matriz de Análise e Julgamento da avaliação

No campo da avaliação em saúde, a MAJ é constituída por critérios, indicadores e padrões. Isso é importante para delimitar com

mais clareza que aspectos deverão ser focados na avaliação³⁷.

A construção da matriz para a análise de implementação da CAbFar do Cesaf levou em consideração os insumos, atividades, produtos e resultados imediatos, segundo cada aspecto do Mlog (figura 3).

Inicialmente, foram elaborados setenta indicadores, distribuídos entre cinco dimensões e quarenta e sete aspectos de avaliação. A literatura existente foi utilizada como base para a estruturação semântica, forma de cálculo e critérios de julgamento dos indicadores.

Vale explicar que os aspectos de avaliação são os itens descritos no Mlog. Cada aspecto de avaliação pode compreender mais de um indicador. Em contrapartida, alguns aspectos de avaliação presentes no Mlog não estão descritos na MAJ, por limitação das fontes de dados utilizadas. Esses aspectos foram abordados de forma exploratória ou analítica no decorrer da avaliação de implementação.

A etapa subsequente de construção da MAJ contou com a revisão da sua estrutura inicial, para incorporação das propostas do painel de especialistas e demais ajustes necessários.

Todos os especialistas consideraram os indicadores adequados para medir o grau de implementação da CAbFar do Cesaf. Contudo, foi necessário revisar a MAJ de forma a adequá-la às alterações do Mlog sugeridas na reunião de consenso. Por isso, foram incorporados três novos aspectos de avaliação e quatro indicadores. Também foram feitas alterações em oito indicadores. A construção do Mlog e da MAJ é um processo interdependente, ou seja, quando um deles é alterado, o outro precisa ser revisto²¹.

Não foram propostas alterações para os critérios de julgamento e cálculo dos indicadores, sendo estes considerados adequados pelos especialistas.

Após obter acesso à base de dados a ser utilizada na avaliação de implementação e após melhor compreender o fluxo de processos da CAbFar do Cesaf entre os três níveis de gestão, foi verificada a necessidade de

readequar alguns indicadores. A impossibilidade de acessar algumas fontes de dados inicialmente previstas, tais como a BNAFAR, também implicou a necessidade de ajustes.

De modo a solucionar essa problemática, a própria equipe de pesquisa, composta por pesquisadores em saúde pública e AF, reuniu-se e, em decisão consensual, realizou alterações necessárias. Ao todo, foram feitas uma exclusão, quatro inclusões e vinte e duas alterações na MAJ.

Para permitir a comparação entre as dimensões de análise e os níveis de gestão, percebeu-se, também, a necessidade de atribuir peso a cada um dos indicadores. A equipe de pesquisa definiu que o cálculo dos pesos deveria levar

em consideração o tipo e o número total de indicadores em cada dimensão de análise. Inicialmente, os pesos foram definidos da seguinte forma: indicadores de insumo receberam peso 2, indicadores de atividade e produto receberam peso 3, e indicadores de resultado receberam peso 5. O peso final de cada indicador foi obtido dividindo o peso inicial pelo número de indicadores do mesmo tipo dentro de cada dimensão de análise. Para dimensões sem indicadores de resultados, foi atribuído peso 5 para os indicadores de atividade e produto (*quadro 2*). Ao final do ajuste, cada dimensão de análise poderia obter no máximo 100 pontos.

Quadro 2. Número de indicadores e seus pesos finais, por tipo, dimensão e nível de gestão

Nível de gestão	Dimensão da avaliação	Insumo	Atividade/ Produto	Resultado
		Pesos iniciais		
		2	3	5
Federal	Número de indicadores			
	Aquisição	6	5	5
	Programação	5	3	1
	Armazenamento	4	11	0
	Distribuição	3	6	1
	Planejamento e Gestão	7	8	1
	Pesos finais dos indicadores			
	Aquisição	0,3	0,6	1
	Programação	0,4	1,0	5
	Armazenamento	1,3*	0,5*	n/a
	Distribuição	0,7	0,5	5
	Planejamento e Gestão	0,3	0,4	5
Estadual	Número de indicadores			
	Programação	5	3	2
	Armazenamento	3	11	0
	Distribuição	2	4	0
	Planejamento e Gestão	7	7	1
	Pesos finais dos indicadores			
	Programação	0,4	1,0	2,5
	Armazenamento	1,7*	0,5*	n/a
	Distribuição	2,5*	1,3*	n/a
	Planejamento e Gestão	0,3	0,4	5

Quadro 2. Número de indicadores e seus pesos finais, por tipo, dimensão e nível de gestão

Nível de gestão	Dimensão da avaliação	Insumo	Atividade/ Produto	Resultado
		Pesos iniciais		
		2	3	5
Municipal	Número de indicadores			
	Programação	0	0	0
	Armazenamento	2	7	0
	Distribuição	0	1	1
	Planejamento e Gestão	3	1	0
	Pesos finais dos indicadores			
	Programação	n/a	n/a	n/a
	Armazenamento	2,5*	0,7*	n/a
	Distribuição	n/a	5,0*	5,0*
	Planejamento e Gestão	1,7*	5,0*	n/a

Fonte: elaboração própria.

n/a = não se aplica, pois o número de indicadores é igual a zero;

* = neste caso o peso inicial do indicador de insumo, atividade, produto ou resultado foi equivalente a cinco.

A matriz foi elaborada de forma que o julgamento do grau de implementação fosse feito de acordo com as classificações sugeridas por Cosendey et al.³⁸: crítico (< 25%), incipiente (25-49%), insatisfatório (50-75%) e aceitável (> 75%). A matriz final pode ser consultada em Santos³⁹.

Conclusões e considerações finais

A modelagem da intervenção permitiu demonstrar a relação entre os insumos, atividades, produtos e resultados esperados para implementação da CAbFar do Cesaf. Isso foi crucial para a construção de uma MAJ capaz de gerar dados suficientes para descrição da organização e da estrutura de intervenção, e, assim, estimar o grau de implementação da CAbFar do Cesaf nos níveis de gestão federal, estadual e municipal. O modelo avaliativo construído foi útil para identificar as características do contexto que podem interferir no abastecimento de medicamentos, especialmente do Cesaf, às unidades dispensadoras do SUS.

Devido à troca de gestão da CGAF/Safie, o número de participantes do painel de especialistas para consenso do Mlog e da MAJ ficou abaixo do esperado, e não houve uma participação efetiva dos atores que seriam futuramente envolvidos na avaliação. Contudo, o consenso contou com a experiência pregressa de especialistas pesquisadores da área de AF e de uma ex-gestora, que atuou na implementação da CAbFar do Cesaf, no estado do Rio de Janeiro.

O Mlog e a MAJ precisaram ser adaptados às fontes de dados que estiveram disponíveis para a equipe avaliadora, o que requereu um esforço adicional importante para tornar a avaliação viável.

Apesar de alguns indicadores serem iguais para os três níveis de gestão, outros indicadores são distintos, tendo em vista as diferentes atividades desempenhadas por cada nível. Assim, houve diferenças na quantidade de indicadores factíveis para insumo, atividade, produto e resultado entre os níveis de gestão, o que foi solucionado com a aplicação de pesos.

Essas limitações não impedem que o Mlog (figura 3) e a MAJ embasem outros estudos cujo objeto de pesquisa seja o Cesaf. Pelo

contrário, eles suprem uma lacuna existente na literatura e são passíveis de adaptação, assim como os modelos teóricos apresentados. No caso do MT-CAbFar (*figura 1*), sua utilização pode ser ampliada para estudar outros componentes de financiamento da AF.

Tendo em vista o exposto, este artigo descreveu produtos com potencial para embasamento de estudos futuros, incluindo o percurso metodológico para construção da avaliação em si e seus percalços, assim como os modelos aqui apresentados.

Contribuições de autoria

Santos MBP (0000-0001-7343-4748)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Oliveira MA (0000-0003-2400-536X)* e Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1937-1949. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
2. Costa EA, Araújo PS, Pereira MT, et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev saúde pública*. 2017;51(Supl 2):12s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007106>
3. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. *Rev saúde pública*. 2017;51(Supl 2):15s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
4. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra AA, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev saúde pública*. 2017;51(Supl 2):10s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>
5. Rover MRM, Faraco EB, Vargas-Peláez CM, et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5499-5508. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020>
6. Bueno MAM, Simões TC, Luz TCB. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(3):1191-1203. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.38782020>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde de 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2006 fev 23 [acesso em 2025 ago 6]; Seção 1:43-51. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021. Dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de pro-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- gramas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 jan 3 [acesso em 2025 ago 6]; Seção 1:38. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4114_03_01_2022.html
9. Santos MBP, Luiza VL, Oliveira MA. Panorama das doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: dados epidemiológicos de 2016 a 2020 e oferta de medicamentos. *Physis*. 2025;35(2):e350227. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350227pt>
 10. Ministério da Saúde (BR). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. [acesso em 2025 fev 8]. 265 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename/rename-2024>
 11. Santana RS, Lupatini EO, Leite SN. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1417-1428. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32762016>
 12. World Health Organization. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. (Report WHO/EDM/2004.4). [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [acesso em 2022 dez 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68571>
 13. Yadav P. Health product supply chains in developing countries: diagnosis of the root causes of underperformance and an agenda for reform. *Health Syst Reform*. 2015;1(2):142-154. DOI: <https://doi.org/10.4161/23288604.2014.968005>
 14. Chaves LA, Osorio-de-Castro CGS, Caetano MC, et al. Desabastecimento, uma questão de saúde pública global: sobram problemas, faltam medicamentos [Internet]. In: Portela MC, Reia LGC, Lima SML, organizadores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022 [acesso em 2022 maio 28]; p. 103-115. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/06>
 15. Eller AJ, DiDomizio EE, Madden LM, et al. Strengthening systems of care for people with or at risk for HIV, HCV and opioid use disorder: a call for enhanced data collection. *Ann Med*. 2022;54(1):1714-1724. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2084154>
 16. Saeed G, Kohler JC, Cuomo RE, et al. A systematic review of digital technology and innovation and its potential to address anti-corruption, transparency, and accountability in the pharmaceutical supply chain. *Expert Opin Drug Saf*. 2022;21(8):1061-1088. DOI: <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2091543>
 17. Mendes MF, Cazarin G, Bezerra LCA, et al. Avaliação ou pré-avaliação de um programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiroa AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
 18. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, François C, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
 19. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376-380. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>
 20. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74(9):979-983. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.9.979>
 21. Pereira NC. Análise da implementação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária brasileira. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2022 jan 8]. p. 129. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/0a357e24-dc92-47a3-a786-c942cec2446d>
 22. Vitorino SAS. Avaliação da implantação da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde: estudos de caso em municípios de pequeno porte de Minas Gerais. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017 [acesso em 2022 jan 8]. p. 329.

- Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/f02e-f13e-3af5-4d9b-a09a-3169f570986b>
23. United States Agency for International Development (USAID). The logistics handbook: a practical guide for the supply chain management of health commodities [Internet]. 2nd ed. Arlington (VA): USAID, DELIVER Project, Task Order 1; 2011 [acesso em 2022 jan 8]. Disponível em: <https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2019/04/Logistics%20handbook-USAID.pdf>
 24. Fialho RCN, Martins RS. Elementos institucionais e desempenho da logística de uma rede pública de assistência farmacêutica. *Rev Adm Pública*. 2016;50(5):819-841. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612146817>
 25. Sunyoto T, Potet J, den Boer M, et al. Exploring global and country-level barriers to an effective supply of leishmaniasis medicines and diagnostics in eastern Africa: a qualitative study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e029141. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029141>
 26. Subramanian L. Enabling health supply chains for improved well-being. *Supply Chain Forum Int J*. 2020;21(4):229-236. DOI: <https://doi.org/10.1080/16258312.2020.1776091>
 27. Marin N, Luzia VL, Osório-de-Castro CGS, et al., organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais [Internet]. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. [acesso em 2022 set 26]. 373 p. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4863>
 28. Frost LJ, Reich MR. Creating access to health technologies in poor countries. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(4):962-973. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.962>
 29. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso em 2023 maio 7]. 44 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
 30. Subramanian L, Alexiou C, Nellis JG, et al. Developing a sustainability index for public health supply chains. *Sustain Futures*. 2020;2:100019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sftr.2020.100019>
 31. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, et al., organizadores. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 767 p.
 32. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 out 20 [acesso em 2025 ago 6]; Edição 200; Seção 1:87. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>
 33. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA, et al. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico IC, Felisberto E, Figueiroa AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
 34. Petersen D, Taylor EF, Peikes D. The logic model: the foundation to implement, study, and refine patient-centered medical home models [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 [acesso em 2025 jul 31]. AHRQ Publication No. 13-0029-EF. 12 p. Disponível em: <https://pcmh.ahrq.gov/page/logic-model-foundation-implement-study-and-refine-patient-centered-medical-home-models>
 35. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 97 p.
 36. Luiza VL. Acesso a medicamentos essenciais no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003 [acesso em 2022 jan 8]. p. 227. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/4c6bce87-e70b-461d-b6af-55b1c0952daf>

37. Natal S, Alves KA, Felisberto E, et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico IC, Felisberto E, Figueiroa AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-107.
38. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ, et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):395-406. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200006>
39. Santos MBPS. Análise de implementação da cadeia de abastecimento farmacêutico do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2025. p. 298.

Recebido em 09/08/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: este artigo foi publicado com o apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, por meio de recursos da Capes/Proex

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

Qualidade de vida numa comunidade quilombola urbana

Quality of life in an urban quilombola community

Calidad de vida en una comunidad quilombola urbana

Caroline de Menezes Cavalcanti¹, Liliane Lins-Kusterer¹, Fernando Martins Carvalho¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011069P

RESUMO Objetivou-se avaliar a qualidade de vida e fatores associados de moradores do quilombo Quingoma, Lauro de Freitas, Bahia. Embora certificado pela Fundação Cultural Palmares, o quilombo vem sendo expropriado do seu território por projetos de desenvolvimento para expansão urbana que causam conflitos sociais e modificações ambientais. Um estudo censitário identificou 318 moradores maiores de 18 anos, que responderam a um questionário sobre aspectos sociodemográficos, habitacionais, ocupacionais, sanitários e ao WHOQOL-Bref para avaliar sua qualidade de vida. Modelos de regressão linear múltipla estimaram que o escore médio do domínio Físico foi mais alto em quilombolas com emprego formal e informal e mais baixo naqueles que referiram religião evangélica e estar doentes; o domínio Psicológico foi mais alto naqueles com maior renda mensal e mais baixo nos que referiram risco de poeiras e estar doentes; o domínio Social associou-se positivamente à idade e foi mais baixo naqueles que referiram risco de desmatamento; o domínio Ambiental foi mais alto naqueles com mais idade, maior renda, que referiram ausência de esgotamento sanitário e receavam perder terra/casa; e mais baixo nos que declararam estar doentes. A escassa literatura sobre qualidade de vida avaliada pelo questionário WHOQOL-Bref em comunidades quilombolas brasileiras dificultou melhor avaliação desses resultados.

PALAVRAS-CHAVE Quilombolas. Grupos de risco. Qualidade de vida.

ABSTRACT This study aimed to evaluate the quality of life and associated factors among residents of the Quilombo de Quingoma, in the municipality of Lauro de Freitas, Bahia, Brazil. Despite official certification, this quilombo has experienced territorial expropriation driven by urban expansion projects, resulting in social conflict and environmental change. A census-based study included 318 residents aged 18 years and older, who completed a questionnaire addressing sociodemographic, housing, occupational, and health characteristics, as well as the WHOQOL-Bref for quality-of-life assessment. Multiple linear regression models showed that Physical domain scores were higher among quilombolas engaged in formal or informal employment and lower among those reporting Evangelical affiliation and illness. Psychological domain scores were higher among individuals with higher monthly income and lower among those reporting dust exposure and illness. The Social Relations domain was positively associated with age and negatively associated with perceived risk of deforestation. The Environmental domain was positively associated with age and income, higher among those reporting a lack of household sewage and fear of losing land or housing, and lower among those reporting illness. The limited literature on WHOQOL-Bref-based quality-of-life assessment in Brazilian quilombola communities hindered interpretation and comparison of findings.

KEYWORDS Quilombola communities. Risk groups. Quality of life.

RESUMEN El objetivo fue evaluar la calidad de vida y los factores asociados de los residentes del quilombo Quingoma, Lauro de Freitas, Bahía. Un estudio censal identificó a 318 residentes mayores de 18 años, que respondieron un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos, de vivienda, ocupacionales y sanitarios, y el WHOQOL-Bref para evaluar su calidad de vida. Los modelos de regresión lineal múltiple estimaron que el puntaje promedio en el dominio Físico fue más alto en los quilombolas con empleo formal e informal y más bajo en aquellos que reportaron religión evangélica y estar enfermos; el dominio Psicológico fue más alto en aquellos con mayores ingresos mensuales y más bajo en aquellos que reportaron riesgo de polvo y estar enfermos; el dominio Social se asoció positivamente con la edad y fue más bajo en aquellos que reportaron riesgo de deforestación; el dominio Ambiental fue más alto entre aquellos que eran mayores, tenían mayores ingresos, reportaron falta de saneamiento y temían perder su tierra/hogar; y los valores más bajos se registraron entre quienes reportaron estar enfermos. La escasa bibliografía sobre la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-Bref en comunidades quilombolas brasileñas dificultó una mejor evaluación de estos resultados.

PALABRAS CLAVE Quilombolas. Grupos de riesgo. Calidad de vida.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. cavalcanti863@gmail.com

Introdução

Comunidades tradicionais são grupos culturalmente diferenciados, que ocupam e usam seus territórios e recursos naturais para sua reprodução cultural, social, econômica, religiosa e ancestral, utilizando conhecimentos e práticas geradas e transmitidas pela tradição. Nessas comunidades, a relação estabelecida com a natureza difere daquela na vida urbana¹. A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à propriedade definitiva aos remanescentes quilombolas que estejam ocupando o território. De acordo com a legislação vigente, o Estado deve identificar, reconhecer, delimitar, demarcar e titular as terras ocupadas por comunidades remanescentes de quilombos². O Censo Demográfico 2022 identificou 1.327.802 pessoas quilombolas, distribuídas em 7.666 comunidades de 1.696 municípios, de 24 estados e no Distrito Federal, o que equivale a 0,65% da população brasileira³.

A comunidade do quilombo de Quingoma, no município de Lauro de Freitas, na Bahia, vem, ao longo do tempo, sendo expropriada do seu território por projetos de desenvolvimento para expansão urbana. Decorrem daí diversos conflitos ambientais e disputas territoriais com impactos diversos na saúde e qualidade de vida dos quilombolas⁴. Nesse cenário, acontece modificação da paisagem, alteração de hábitos e costumes e violações aos direitos à terra e ao território, ao ambiente e à preservação da cultura. No quilombo de Quingoma, são patentes as desigualdades estruturais, a violação de direitos territoriais e a determinação social de baixos níveis de saúde e da qualidade de vida⁵. Este estudo também se justifica pela escassa literatura sobre qualidade de vida em comunidades quilombolas.

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e fatores associados em moradores no quilombo de Quingoma, em Lauro de Freitas, Bahia.

Material e métodos

Realizou-se um estudo transversal, censitário e descritivo, com moradores da região de Quingoma de Dentro, no quilombo Quingoma, em Lauro de Freitas, Bahia. Quingoma é uma área certificada, desde 22 de março de 2013, com código IBGE 2919207 e registro 1909, entre as demais 3382 comunidades certificadas, como remanescente de Quilombo pela Fundação Cultural Palmares⁶, e, desde então, luta pela conclusão do processo de titulação do seu território quilombola. A comunidade do quilombo luta pela preservação de práticas tradicionais. Além disso, o acesso a serviços de saúde é difícil, apesar da estreita proximidade com o Hospital Metropolitano. Uma Unidade de Saúde da Família num bairro próximo é responsável pelo atendimento aos moradores do quilombo. Uma cooperativa particular de ‘carrinhos’ faz o transporte dos moradores até a Estrada do Coco, e, recentemente, ônibus passaram a circular até a estação do metrô Aeroporto, em horários alternados. Entretanto, atualmente, predominam os conflitos fundiários e a resistência do quilombo à especulação imobiliária em seu território⁵.

A pesquisa foi realizada entre os meses de junho a novembro de 2024, por uma equipe composta por seis pessoas (dois professores orientadores, duas pesquisadoras e duas auxiliares de pesquisa) devidamente treinadas para a coleta de dados, que durou de junho a agosto de 2024.

O total de moradores, autoidentificados como quilombolas ou não, foi obtido por meio de busca ativa realizada em toda área de Quingoma de Dentro, uma das três regiões que formam o quilombo Quingoma. Foram excluídos da pesquisa os domicílios, embora identificados durante as visitas ao quilombo, cujos moradores não foram encontrados durante o período de coleta de dados. Os participantes foram classificados de acordo com o local de residência, sendo distribuídos em quatro grandes áreas: Rua Dejanira Maria Bastos (n = 98) e adjacências, Rua Santo Amaro

de Ipitanga e adjacências (n = 76), Rua Eliane Barbosa (n = 45) e adjacências e Pandeirão e adjacências (n = 99). A amostra final resultou em 318 moradores.

A abordagem inicial aos participantes se deu através da explicação do objetivo e dos procedimentos da pesquisa, e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguida da realização de entrevista na residência dos participantes. As entrevistas duraram cerca de trinta minutos, quando foram coletados dados socioeconômicos e demográficos (idade, raça/cor autorreferida, sexo, renda mensal, acesso a benefícios, estado civil, tempo no quilombo, número de pessoas na casa), receio de perder casa/terra e percepção de riscos ambientais de poeiras, queimadas, poluição de rios, alteração da paisagem, desmatamento, grandes empreendimentos e ausência de esgotamento sanitário. O estado de saúde foi operacionalizado pela criação da variável 'Doente', codificada positivamente quando a pessoa referiu ter hipertensão arterial, diabetes, depressão, doença respiratória, cardiopatia, anemia falciforme ou dor crônica. Essas doenças foram selecionadas por conta de sua gravidade e prevalência numa população quilombola.

O WHOQOL-Bref foi utilizado para avaliar a qualidade de vida. O WHOQOL-Bref é um questionário composto por 26 perguntas, sendo as duas primeiras perguntas relacionadas a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde. As demais 24 perguntas compõem os quatro domínios: Físico, Psicológico, Social e Ambiental. As respostas seguem uma escala tipo Likert de cinco pontos que permitem o cálculo de escore por dimensão, que, depois de aplicar transformações matemáticas, variam de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida^{7,8}.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS⁹.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada pelo índice de confiabilidade composta, também conhecida como Composite Reliability (CR), cujos valores de referência

$CR \geq 0,70$ indicam boa confiabilidade, $0,60 \leq CR < 0,70$ indicam que a consistência pode ser melhorada e $CR < 0,60$ indicam baixa confiabilidade¹⁰. Outros autores propõem que índices de confiabilidade composta acima de 0,700¹¹ ou, ainda, acima de 0,600¹² representam boa consistência. Para avaliar a adequação do uso do WHOQOL-Bref na população quilombola, foi realizada uma análise fatorial exploratória, com uso do *software* JASP 0.17.3¹³. Para verificar a adequação dos dados para a Análise Fatorial, foram conduzidos o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett¹⁴.

A correlação entre e as variáveis contínuas idade, anos no quilombo, número de pessoas no domicílio e os escores de cada domínio do WHOQOL-Bref foi avaliada por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson (R). Variáveis que apresentaram valores de $R > 0,10$ foram selecionadas para compor os quatro modelos de regressão linear múltipla que tiveram como variável dependente os domínios Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente. Por sua vez, as variáveis que foram estratificadas foram selecionadas para compor os modelos de regressão linear múltipla quando apresentaram Razão de Médias $\geq 1,05$ entre estratos.

Usou-se o método ENTER para rodar os modelos de regressão linear múltipla. Os casos que apresentaram variação de ± 3 desvios-padrão na análise dos resíduos estudantizados foram excluídos da respectiva equação. A análise de resíduos considerou dois tipos de diagramas de dispersão para a respectiva variável dependente: a) regressão de resíduos padronizados, plotando a probabilidade cumulativa esperada versus a probabilidade cumulativa esperada; e b) regressão de resíduos padronizados versus valor predito padronizado.

Neste estudo, não foi realizada amostragem probabilística; portanto, não se aplicam procedimentos de inferência estatística a partir dos resultados encontrados. A técnica de regressão linear múltipla foi utilizada com

o fim exclusivo de ajustar os coeficientes de regressão brutos e padronizados (ou coeficientes BETA, obtidos pela transformação dos dados em Z-escores, antes da realização da regressão) obtidos para as variáveis preditoras em cada modelo, sem que fosse realizada inferência estatística. Os coeficientes de regressão padronizados BETA permitem comparações diretas entre as variáveis preditoras incluídas no modelo, porque independem das escalas nas quais as diversas variáveis foram medidas⁹.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia, pelo parecer 6.830.409, de 16 de maio de 2024 (CAAE 79664024.4.0000.5577).

Resultados

Os 318 participantes da pesquisa responderam assim às duas primeiras questões do WHOQOL-Bref: ‘Como você avaliaria sua qualidade de vida?’: 1 – Muito ruim: 2,8%; 2 – ruim: 2,2%; 3 – nem ruim nem boa: 32,7%; 4 – boa: 45,9%; e 5 – muito boa: 16,4%, com escore médio de 3,7±0,9 e mediana de 4. ‘Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?’: 1 – muito insatisfeito: 4,1%; 2 – insatisfeito: 6,9%; 3 – nem insatisfeito nem satisfeito: 22,0%; 4 – satisfeito: 54,1%; e 5 – muito satisfeito: 12,4%, com escore médio de 3,7±0,9 e mediana de 4.

As características estatísticas de cada um dos quatro domínios de qualidade de vida estão apresentadas na *tabela 1*.

Tabela 1. Domínios da qualidade de vida do WHOQOL-BREF de moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Estatística	Domínio			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Média ± Desvio padrão	60,9±17,9	65,8±15,7	61,4±21,9	42,7±15,8
Mediana	60,7	66,7	66,7	40,6
Mínimo-máximo	11-100	21-100	0-100	3-81
Índice de Confiabilidade Composta – ICC	0,858	0,804	0,752	0,846

Fonte: elaboração própria.

Os dados dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref apresentaram boa consistência interna, avaliados pelo Índice de Confiabilidade Composta. As escalas apresentaram os seguintes resultados: Físico = 0,858; Psicológico = 0,804; Social = 0,752; e Ambiental = 0,846 (*tabela 1*). O índice geral do Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi 0,834, indicando boa adequação para a realização da Análise Fatorial, conforme os critérios estabelecidos por Kaiser e Rice¹⁵, que consideram valores acima de 0,80 como indicativos de uma matriz de correlação adequada para esse tipo de análise. O Teste de

Esfericidade de Bartlett revelou valor qui-quadrado de 2091,383 (df = 325, p < 0,001), indicando que a matriz de correlação é significativamente diferente de uma matriz identidade, sugerindo que há correlações suficientes entre os itens para justificar a realização da Análise Fatorial¹⁴. A adequação do modelo foi avaliada por meio de cinco índices de ajuste. O Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) apresentou um valor de 0,037, com um intervalo de confiança de 90% entre 0,027 e 0,047, indicando um bom ajuste, conforme os critérios de Browne e Cudeck¹⁶, que sugerem que valores abaixo

de 0,05 representam um ajuste muito bom do modelo. O Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) foi de 0,035, dentro do limite aceitável de até 0,08 para um ajuste adequado. Os índices de ajuste incremental também indicaram uma boa adequação do modelo aos dados. O Tucker-Lewis Index (TLI) foi 0,917 e o Comparative Fit Index (CFI) 0,949, ambos superiores ao critério de 0,90, indicando um bom ajuste do modelo¹⁷.

Análises bivariadas (Seleção de variáveis para o modelo de regressão linear múltipla)

Os escores do domínio Físico estavam fortemente associados com as variáveis: sexo, religião, emprego, renda mensal, recebe benefício social (*tabela 2*), número de pessoas no domicílio (*tabela 3*), risco de poeiras, risco de queimadas, receio de perder terra/casa e estado de saúde (*tabela 4*).

Tabela 2. Razão de médias (RM) dos escores dos domínios de qualidade de vida (média $\pm$ desvio-padrão) segundo características sociodemográficas e ocupacionais de moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Características ^a	n	%	Físico (x $\pm$ dp)	RM	Psicológico (x $\pm$ dp)	RM	Social (x $\pm$ dp)	RM	Ambiental (x $\pm$ dp)	RM
Sexo				1,12		1,09		1,02		1,15
Feminino	169	53,1	57,8 $\pm$ 18,2		63,2 $\pm$ 16,3		60,8 $\pm$ 22,3		39,9 $\pm$ 15,7	
Masculino	149	46,9	64,8 $\pm$ 18,2		68,8 $\pm$ 14,5		62,0 $\pm$ 21,4		45,7 $\pm$ 15,3	
Raça/Cor autorreferida				1,03		1,04		1,01		1,01
Branca/Amarela	25	7,8	61,7 $\pm$ 20,2		68,5 $\pm$ 17,8		62,0 $\pm$ 24,6		43,0 $\pm$ 18,4	
Preta/Parda	293	92,2	60,0 $\pm$ 15,5		65,7 $\pm$ 14,4		61,3 $\pm$ 21,6		42,6 $\pm$ 15,5	
Escolaridade				1,03		1,03		1,04		1,03
Até Fundamental II	147	46,3	59,1 $\pm$ 16,8		64,8 $\pm$ 16,0		60,1 $\pm$ 24,4		41,9 $\pm$ 16,3	
Médio/Superior	171	53,7	61,1 $\pm$ 15,1		66,9 $\pm$ 13,5		62,5 $\pm$ 19,3		43,3 $\pm$ 15,3	
Estado Civil				1,00		1,04		1,09		1,07
Solteiro	199	62,6	60,1 $\pm$ 15,7		64,9 $\pm$ 14,9		59,4 $\pm$ 22,1		41,6 $\pm$ 15,4	
Casado	119	37,4	60,3 $\pm$ 16,3		67,7 $\pm$ 14,3		64,7 $\pm$ 21,1		44,4 $\pm$ 16,2	
Religião										
Católica/ Espírita	86	27,0	61,9 $\pm$ 14,4	1,10	69,5 $\pm$ 13,0	1,15	62,2 $\pm$ 22,6	1,09	44,3 $\pm$ 15,8	1,08
Evangélica	121	38,0	56,3 $\pm$ 16,9	-	65,9 $\pm$ 14,6	1,05	64,5 $\pm$ 22,0	1,13	42,1 $\pm$ 15,5	1,02
Matriz Africana	9	2,8	62,7 $\pm$ 19,7	1,11	68,5 $\pm$ 11,2	1,09	62,1 $\pm$ 15,6	1,09	48,9 $\pm$ 14,4	1,18
Sem religião	102	32,2	63,0 $\pm$ 14,8	1,12	62,9 $\pm$ 15,8	-	57,0 $\pm$ 21,3	-	41,3 $\pm$ 16,1	-
Quilombola				1,03		1,01		1,14		
Sim	273	85,8	60,6 $\pm$ 18,0		65,6 $\pm$ 15,6		60,2 $\pm$ 21,3		42,7 $\pm$ 15,7	1,02
Não	45	14,2	62,5 $\pm$ 17,6		66,5 $\pm$ 16,2		68,3 $\pm$ 23,8		42,0 $\pm$ 16,2	
Emprego										
Trabalho formal	49	15,4	63,5 $\pm$ 14,8	1,16	71,1 $\pm$ 12,9	1,12	65,3 $\pm$ 21,4	1,11	48,3 $\pm$ 15,5	1,20
Trabalho informal	123	38,7	65,1 $\pm$ 13,6	1,19	67,0 $\pm$ 14,4	1,06	63,0 $\pm$ 20,0	1,07	43,3 $\pm$ 15,8	1,08
Outros	146	45,9	54,8 $\pm$ 16,4	-	63,4 $\pm$ 15,0	-	58,7 $\pm$ 23,2	-	40,2 $\pm$ 15,3	-
Renda mensal (SM)				1,08		1,11				1,23
< 2 SM	251	78,9	59,2 $\pm$ 15,6		64,5 $\pm$ 14,8		61,1 $\pm$ 22,2	1,03	40,7 $\pm$ 15,3	
$\geq$ 2 SM	67	21,1	63,9 $\pm$ 16,5		71,5 $\pm$ 12,9		62,7 $\pm$ 21,0		50,1 $\pm$ 15,6	

Tabela 2. Razão de médias (RM) dos escores dos domínios de qualidade de vida (média ± desvio-padrão) segundo características sociodemográficas e ocupacionais de moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Características ^a	n	%	Físico (x±dp)	RM	Psicológico (x±dp)	RM	Social (x±dp)	RM	Ambiental (x±dp)	RM
Recebe benefício social				1,07		1,04		1,03		1,08
Sim	119	37,4	57,8±15,7		64,4±15,3		60,2±22,8		40,6±15,9	
Não	199	62,6	61,6±15,9		66,9±14,3		62,2±21,3		43,9±15,6	

Fonte: elaboração própria.

^a O estrato de referência foi aquele que apresentou o menor escore médio em cada variável.

Tabela 3. Coeficientes de correlação de Pearson entre escores dos domínios de qualidade de vida e idade em anos, anos de residência no quilombo e número de pessoas no domicílio de moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Características	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Idade em anos	-0,05	0,15	0,23	0,16
Anos de residência no quilombo	0,07	-0,00	0,05	0,01
Número de pessoas no domicílio	-0,12	-0,16	-0,10	-0,17

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Razão de Médias (RM) dos escores dos domínios de qualidade de vida (média ± desvio-padrão) segundo riscos ambientais e estado de saúde referidos por moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Percepção de riscos ambientais ^a	N	%	Físico (x ± dp)	RM	Psicológico (x ± dp)	RM	Social (x ± dp)	RM	Ambiental (x ± dp)	RM
Poeiras				1,07		1,09		1,04		1,09
Sim	171	53,8	58,9±16,9		63,1±14,4		60,4±20,8		40,9±14,5	
Não	147	46,2	63,2±18,9		68,9±16,6		62,6±23,0		44,6±16,9	
Queimadas				1,05		1,04		1,09		1,11
Sim	216	67,9	59,9±17,2		65,0±15,4		59,7±22,2		41,2±15,0	
Não	102	32,1	62,9±19,4		67,3±16,3		65,1±20,8		45,8±16,9	
Poluição dos rios				1,04		1,00		1,02		1,01
Sim	65	20,4	58,9±20,1		65,6±15,7		62,4±21,6		42,5±15,0	
Não	253	79,6	61,4±17,4		65,8±15,8		61,1±21,9		42,7±16,0	
Alteração da paisagem				1,01		1,01		1,05		1,04
Sim	67	21,1	60,4±19,3		65,5±17,7		61,6±21,5		41,2±16,4	
Não	251	78,9	61,0±17,4		65,8±15,2		61,3±22,0		43,0±15,6	
Desmatamento				1,02		1,00		1,05		1,06
Sim	114	35,8	61,7±16,9		65,9±14,0		63,3±20,8		44,3±13,8	
Não	204	64,2	60,4±18,5		65,7±16,6		60,3±22,4		41,7±16,7	

Tabela 4. Razão de Médias (RM) dos escores dos domínios de qualidade de vida (média $\pm$ desvio-padrão) segundo riscos ambientais e estado de saúde referidos por moradores no quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, 2024

Percepção de riscos ambientais ^a	N	%	Físico (x $\pm$ dp)	RM	Psicológico (x $\pm$ dp)	RM	Social (x $\pm$ dp)	RM	Ambiental (x $\pm$ dp)	RM
Grandes empreendimentos				1,03		1,07		1,03		1,05
Sim	58	18,2	59,7 $\pm$ 14,9		62,3 $\pm$ 14,7		63,1 $\pm$ 19,6		44,3 $\pm$ 12,0	
Não	260	81,7	61,2 $\pm$ 18,6		66,5 $\pm$ 15,8		61,0 $\pm$ 22,4		42,3 $\pm$ 16,5	
Ausência esgotamento sanitário				1,01		1,07		1,02		1,09
Sim	118	37,1	61,3 $\pm$ 16,6		65,2 $\pm$ 15,9		62,0 $\pm$ 19,9		44,9 $\pm$ 14,2	
Não	200	62,9	60,6 $\pm$ 18,7		66,1 $\pm$ 15,6		61,0 $\pm$ 22,9		41,3 $\pm$ 16,5	
Receia perder terra/casa				1,05		1,03		1,09		1,13
Sim	172	54,0	59,6 $\pm$ 17,8		65,0 $\pm$ 14,8		58,9 $\pm$ 21,9		40,2 $\pm$ 14,3	
Não	146	46,0	62,5 $\pm$ 18,0		66,6 $\pm$ 16,7		64,4 $\pm$ 21,4		45,4 $\pm$ 17,0	
Estado de saúde				1,09		1,07		1,01		1,13
Doente ^b	124	39,0	56,9 $\pm$ 16,2		63,2 $\pm$ 14,8		61,0 $\pm$ 22,5		39,4 $\pm$ 14,6	
Não doente	194	61,0	62,2 $\pm$ 15,4		67,7 $\pm$ 14,4		61,6 $\pm$ 21,4		44,7 $\pm$ 16,2	

Fonte: elaboração própria.

^a O estrato de referência foi aquele que apresentou o menor escore médio em cada variável.^b Diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia, doença respiratória, depressão, anemia falciforme e/ou dor crônica.

Os escores do domínio Psicológico estavam fortemente associados às variáveis sexo, religião, emprego, renda mensal (*tabela 2*), idade, número de pessoas na casa (*tabela 3*), risco de poeiras, risco de grandes empreendimentos, ausência de esgotamento sanitário e estado de saúde (*tabela 4*).

Os escores do domínio Social estavam fortemente associados às variáveis estado civil, religião, declarar-se quilombola, emprego (*tabela 2*), idade, número de pessoas no domicílio (*tabela 3*), risco de queimadas, risco de alteração na paisagem, risco de desmatamento e receio de perder terra/casa (*tabela 4*).

Os escores do domínio Ambiental estavam fortemente associados às variáveis sexo, estado civil, religião, emprego, renda mensal, recebe benefício social (*tabela 2*), idade, número de pessoas na casa (*tabela 3*), risco de poeiras, risco de queimadas, risco de grandes

empreendimentos, risco de desmatamento, ausência de esgotamento sanitário, receio de perder terra/casa e estado de saúde (*tabela 4*).

O estado de saúde foi referido como ‘Doente’ por 39,0% da população. As prevalências de cada uma das sete condições clínicas que compunham essa variável foram: hipertensão arterial (21,7%), diabetes (10,7%), depressão (6,3%), doença respiratória (5,7%), cardiopatia (2,5%), anemia falciforme (4,1%) e dor crônica (4,1%).

Análises de regressão linear múltipla

O modelo de regressão linear múltipla revelou que o escore médio do domínio Físico da qualidade de vida dos moradores que referiram ter emprego informal foi 8,091 unidades (%) maior em comparação com aqueles que referiram não ter emprego; e 7,079 unidades maior

nos que referiram ter emprego formal, em comparação com aqueles que referiram não ter emprego. Moradores que referiram seguir a religião evangélica apresentaram escore médio do domínio Físico 5,407 unidades menor que dos indivíduos que referiram não seguir qualquer religião. Para moradores que referiram doenças (diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia, doença respiratória, depressão,

anemia falciforme ou dor crônica), estimou-se um escore do domínio Físico 3,929 unidades menor que para aqueles que não as referiram. Em comparação com as demais variáveis na equação, a variável que mais contribuiu para a variação no escore médio do domínio Físico foi Emprego informal, a julgar pelo valor de seu coeficiente BETA, de 0,254 (*tabela 5*).

Tabela 5. Coeficientes de regressão não padronizados e padronizados de equações de regressões lineares múltiplas, tendo os quatro domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF como variáveis dependentes segundo variáveis preditoras em moradores do quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, Brasil, 2024

Preditor (referente)	Físico (n=317)			Psicológico (n=314)			Social (n=318)			Ambiental (n=317)		
	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA
Idade em anos				0,038	0,060	0,041	0,385	0,087	0,265	0,153	0,065	0,147
Sexo (feminino)	0,819	2,141	0,026	1,044	1,833	0,037				2,109	2,074	0,067
Quilombola (não)							-5,124	3,474	-0,082			
Número de pessoas na casa	-0,666	0,558	-0,068	0,977	0,533	-0,110				-1,117	0,579	-0,113
Solteiro/div./viúvo (cas./convive)							3,924	2,482	0,087	3,249	1,764	0,100
Emprego formal (não)	7,079	2,710	0,165	4,397	2,395	0,114	6,657	3,523	0,110	3,176	2,624	0,086
Emprego informal (não)	8,091	2,102	0,254	0,772	1,881	0,027	4,075	2,580	0,091	-0,540	2,041	-0,017
Renda mensal ≥ 2 SM (< 2 SM)	2,165	2,176	0,057	5,600	1,959	0,163				7,640	2,157	0,198
Recebe benefício social (não)	1,530	2,021	0,048							0,926	2,005	0,029
Religião evangélica (não)	-5,407	2,004	-0,177	3,287	1,893	0,114	4,364	2,902	0,097	-0,696	2,011	-0,022
Religião católica/espírita (não)	-2,292	2,283	-0,063	3,223	2,206	0,103	-1,840	3,387	-0,037	-0,833	2,379	-0,024
Religião matriz africana (não)	-2,438	5,466	-0,026	1,799	4,940	0,021	-7,769	7,639	-0,059	2,538	5,352	0,027
Percebe risco de poeiras (não)	-2,360	1,910	-0,076	-4,512	1,702	-0,161				-3,780	1,994	-0,120
Percebe risco desmatam. (não)							5,667	2,636	0,125	3,078	1,909	0,094
Percebe ausência esgotos (não)				-0,157	1,836	-0,005				6,344	1,981	0,196
Percebe risco queimadas (não)	-0,753	2,080	-0,023				-3,899	2,708	-0,083	-1,021	2,072	-0,030
Percebe risco alt. paisagem (não)							-0,169	3,021	-0,003			
Percebe risco grandes empreendimentos (não)				0,254	2,212	0,007				-0,722	2,564	-0,018
Receia perder terra/casa (não)	1,100	1,735	0,035				4,956	2,480	0,113	5,153	1,712	0,164
Doente (não)	-3,929	1,815	-0,123	-4,234	1,679	-0,148				-6,045	1,784	-0,188
Constante	61,220	4,336	-	67,118	3,567	-	39,084	9,247	-	30,278	5,153	-

Tabela 5. Coeficientes de regressão não padronizados e padronizados de equações de regressões lineares múltiplas, tendo os quatro domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF como variáveis dependentes segundo variáveis preditoras em moradores do quilombo de Quingoma, Lauro de Freitas/BA, Brasil, 2024

Preditor (referente)	Físico (n=317)			Psicológico (n=314)			Social (n=318)			Ambiental (n=317)		
	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA	b	b _(EP)	BETA
ANOVA			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Tolerância (1-R ²)			0,591-0,904			0,575-0,868			0,595-0,933			0,589-0,867
Durbin-Watson			1,653			1,946			2,034			1,801
R ² ajustado			0,153			0,113			0,104			0,188

Fonte: elaboração própria.

b – Coeficiente de regressão não padronizado; b_(EP) – Erro padrão de b; BETA – Coeficiente de regressão padronizado.

Para o domínio Psicológico, valores mais influentes, revelados por BETA com módulo igual ou maior do que 0,12, foram encontrados para as variáveis renda mensal, risco de poeiras e estar doente. O modelo estimou que o escore médio do domínio Psicológico foi 5,600 unidades mais elevado nos indivíduos com renda mensal ≥ 2 salários-mínimos, comparados àqueles com renda < 2 salários-mínimos. Valores médios do escore do domínio Psicológico mais baixos foram estimados para indivíduos que referiram risco de poeiras (-4,512 unidades) ou que referiram estar doentes (-4,234 unidades) do que indivíduos de seus respectivos grupos de referência (*tabela 5*).

A variação nos escores médios do domínio Social associou-se a um aumento estimado de 0,347 unidade para cada ano de vida, com um elevado coeficiente BETA = 0,265. Nesse domínio, o escore estimado para pessoas que referiram perceber risco de desmatamento foi 5,667 unidades mais elevado do que para pessoas que não percebiam tal risco (*tabela 5*).

Os escores médios estimados para o domínio Ambiental estavam associados positivamente à idade e foram mais elevados naqueles que referiram maior renda mensal, percebiam o risco de ausência de esgotamento sanitário no quilombo e receavam perder terra/casa. O escore médio estimado para o domínio Ambiental estava forte e negativamente associado (6,045 unidades mais baixo) em indivíduos que se

declararam doentes, comparados àqueles que não se referiram doentes (*tabela 5*).

Foram excluídos indivíduos que, na análise dos resíduos estudatizados, excederam 3,000 desvios-padrão nas equações que avaliaram os domínios Físico (um caso, com -3,694), Psicológico (quatro casos, com -3,036, -3,093, -3,631 e -3,665) e Ambiental (um caso com -3,199). A análise de resíduos revelou diagramas de dispersão e resultados de testes de normalidade satisfatórios. Os modelos de regressão utilizados demonstram-se adequados nos quatro domínios analisados (Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente), tendo satisfeito os pressupostos para regressão linear múltipla, bem como apresentaram valores de $p < 0,001$ para a estatística ANOVA. A estatística de colinearidade, medida pela Tolerância, variou de 0,575 a 0,933 nos quatro modelos analisados. Esses níveis elevados demonstram que a colinearidade entre os preditores foi irrelevante. Os coeficientes R² ajustados variaram de 0,104 a 0,188 (*tabela 5*).

A estatística de Durbin-Watson avalia a autocorrelação nos erros de um modelo de regressão. Neste estudo, as estatísticas de Durbin-Watson estavam dentro da faixa aceitável (de 1,500 a 2,500); variando de 1,653 a 2,034 nas quatro equações de regressão linear múltipla (*tabela 5*).

Os 318 moradores do quilombo estudado referiram que a principal fonte de abastecimento

de água é a rede geral da Embasa (93,7%); o escoamento de dejetos sólidos e líquidos ocorre por meio de fossa rudimentar (83%); 82,7% têm acesso à coleta de lixo, 75,8% têm moradia própria; 86,5% com construção em alvenaria; 15,1% apontaram o uso de banheiro no quintal como única forma de escoamento de dejetos; e 6,0% disseram que buscam atendimento em unidades de saúde da rede privada (dados não apresentados em tabelas).

Discussão

As características gerais da população deste estudo, com predominância da raça/cor autorreferida preta/parda, do sexo feminino e elevada prevalência de doenças, corroboram os resultados de outros estudos da mesma natureza em comunidades quilombolas¹⁸⁻²⁰.

A comparação dos resultados sobre qualidade de vida deste estudo com os de outros estudos da literatura foi muito prejudicada devido às grandes diferenças metodológicas e de características das populações estudadas. O estudo no quilombo Quingoma foi um censo, envolvendo todos os moradores de 18 ou mais anos de idade. Por outro lado, a literatura sobre artigos de qualidade de vida em quilombolas que usaram o WHOQOL-Bref registra estudos que: investigaram idosos com 60 ou mais anos de idade^{18,21}; pessoas de 14 a 81 anos de idade²² não apresentaram resultados para a população global, mas estratificadas por sexo²⁰⁻²²; e um estudo de casos e controle sobre hipertensão arterial que apresentou resultados de qualidade de vida expressos em medianas, não em médias²³, estratificados por síndrome metabólica¹⁹, ou por sexo, escolaridade, faixa etária e aposentado/não aposentado²⁰.

O escore médio da resposta à Questão 1 do WHOQOL-Bref, 'Como você avaliaria sua qualidade de vida?', foi de 3,71, cujo valor recai entre as respostas 'nem ruim nem boa' e 'boa'. E o escore médio à Questão 2, 'Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?', foi de 3,65, cujo valor médio recai entre as respostas 'nem

insatisfeito nem satisfeito' e 'satisfeito'. Esses escores indicam percepção razoavelmente positiva dos moradores do quilombo sobre sua qualidade de vida e satisfação com a saúde. Estudos que usaram o WHOQOL-Bref em populações quilombolas¹⁸⁻²³ não registraram resultados a essas duas questões que pudessem ser aproveitados para efeito de comparação.

Cada uma das quatro dimensões do WHOQOL-Bref mede construtos diferentes que têm médias e variâncias específicas; portanto, os resultados de seus escores não podem ser comparados entre si. Esse erro foi cometido em alguns dos estudos com quilombolas^{18,21,22}.

Um estudo com 327 pessoas de duas comunidades quilombolas de Sergipe relatou resultados de escores de todas as quatro dimensões do WHOQOL-Bref que foram sistematicamente mais elevados que os encontrados no quilombo Quingoma, denotando melhor qualidade de vida. Análises bivariadas do estudo em Sergipe relataram que a dimensão Física da qualidade de vida associou-se à idade maior que 50 anos, baixa escolaridade e a ser aposentado/pensionista; a dimensão Psicológica associou-se à baixa escolaridade e a ser aposentado/pensionista; e a dimensão Ambiental associou-se à idade maior que 50 anos e a ser aposentado/pensionista²⁰.

Os resultados deste estudo revelam a importância do emprego formal, comparado à condição de sem emprego, para a variação nos escores médios das dimensões Física e Social da qualidade de vida dos quilombolas. O emprego formal pode garantir maior estabilidade financeira, acesso a melhores serviços de saúde e rede de relações para interação social, além de uma rotina com alimentação e sono regulares, influenciando positivamente a qualidade de vida dos quilombolas.

Declarar-se adepto da religião evangélica associou-se à redução no escore médio do domínio Físico, indicando que evangélicos quilombolas apresentam esse componente da qualidade de vida menos favorável em relação aos demais quilombolas que referiram não ter religião. Nas análises bivariadas, os

evangélicos apresentaram 6,7 pontos percentuais menos do que o seu referente, os sem religião (63,0% - 56,3%), que se tornaram -5,407, após controle pelas demais variáveis no modelo. Em análises bivariadas (não mostradas neste artigo), a diferença no escore bruto de 6,7 não se deveu a outras variáveis que foram excluídas do modelo, como escolaridade, declarar-se quilombola e tempo de residência no quilombo. A análise multivariada deste artigo não incluiu interações, sequer as de primeira ordem, que talvez pudessem explicar o baixo escore dos evangélicos. Para a interpretação dos escores individuais dos domínios do WHOOL-Bref, seria muito útil se houvesse avaliações bem estabelecidas da Diferença Clínica Minimamente Importante (DCMI). DCMI é definida como o menor valor da mudança ou diferença que possa ser considerada importante para o paciente ou seu avaliador²⁴, seja ele médico, fisioterapeuta ou pesquisador social. Para pacientes com estágios avançados de câncer de pulmão, foram estimados os seguintes valores da Diferença Clínica Minimamente Importante, segundo domínios do WHOQOL-Bref: Físico, 1,545; Psicológico, 1,259; Relações sociais, 1,274; e Ambiental, 1,142²⁵. Para pacientes adultos com neurofibromatose, a DCMI estimada variou de 2.6 a 8.1 pontos percentuais, dependendo do domínio: Físico, 3.9 a 7.3; Psicológico, 4.7 a 8.1; Relações sociais, 2.6 a 5.9; e Ambiental, 4.1 a 6.6²⁶. Valores de DCMI derivadas da aplicação do WHOQOL-Bref diferem bastante na literatura e não estão disponíveis para populações gerais, tampouco para populações quilombolas. A normatização dos corpos e comportamentos pela Igreja Evangélica exerce forte influência sobre os cuidados de si, resultando na limitação de determinadas práticas que poderiam impactar positivamente a saúde individual²⁷.

Renda mensal ≥ 2 SM esteve associada positivamente à variação nos escores do domínio Psicológico e, negativamente, ao número de pessoas em casa, a estar exposto a risco ambiental de poeiras e referir estar doente. Essas

condições têm relação direta com o bem-estar psicológico, já que, considerando a situação de vulnerabilidade social em que grande parte dos quilombolas estão inseridos, o alto número de pessoas no domicílio compromete o acesso a alimentação adequada, ambiente salubre, mediação adequada de gestão de conflitos familiares, além de prejudicar a privacidade e um bom descanso.

Neste estudo, os resultados revelam a importância de referir alguma das sete doenças investigadas para a variação nos escores médios das dimensões Física, Psicológica e Ambiental da qualidade de vida. O diagnóstico de uma ou mais dessas doenças impacta vários aspectos da capacidade física e do bem-estar do quilombola, comprometendo sua qualidade de vida. Um estudo de caso-controle com quilombolas do Espírito Santo relatou que a mediana dos escores do domínio Físico era maior em hipertensos (mediana = 57,14) do que em normotensos (mediana = 60,71)²³.

Chamou atenção a forte associação positiva entre idade e os escores médios das dimensões Social e Ambiental, e associação fraca ou inexistente entre idade e os domínios Físico e Psicológico. Um estudo com 930 usuários de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, com 18 ou mais anos de idade, usando análises multivariadas, relatou níveis mais elevados de escores do domínio Ambiental em indivíduos ≥ 60 do que naqueles com 18-39 anos²⁸. Para a população de Quingoma com 60 ou mais anos de idade, o senso de pertencimento ao quilombo, vínculo com o território, manutenção das tradições quilombolas e das redes de interação social são fatores que podem estar ligados à sua melhor avaliação nos domínios social e ambiental da qualidade de vida.

Os escores no domínio Ambiental foram 6,045 unidades mais baixos entre pessoas que referiram estar doentes, o que revela a importância e o papel do ambiente na determinação e no enfrentamento do grupo de doenças no estado de saúde da população quilombola. A variação no domínio Ambiental também foi muito influenciada por renda mensal ≥ 2

salários-mínimos, receio de perder a casa/terreno e à percepção do risco de ausência de esgotamento sanitário na localidade. Essas associações deixam transparecer que uma boa parcela dos quilombolas percebe e têm consciência da estreita relação entre esses fatores e o componente ambiental de sua qualidade de vida. Ou seja, aqueles que têm melhor escore médio de qualidade de vida no domínio ambiental, provavelmente, são os mesmos que têm melhor renda, receiam perder terra/casa e percebem a importância do risco de ausência de saneamento básico no quilombo. Convém lembrar que o domínio ambiental é composto a partir de oito questões que avaliam, entre outros, a satisfação do entrevistado acerca de recursos financeiros, acesso e disponibilidade de serviços sociais e de saúde, transporte, aspectos do ambiente físico – como poluição, ruído, trânsito e clima –, segurança física e proteção e recreação e lazer. Em estudo com 129 idosos quilombolas no Nordeste Brasileiro, o domínio ambiental apresentou-se particularmente afetado em decorrência de um reassentamento compulsório que a comunidade sofreu, impossibilitando práticas tradicionais de pesca, caça e extrativismo que garantiam a autossuficiência às comunidades²⁹. De acordo com dados do Censo Quilombola 2022, 347 (70,24%) dos 494 territórios quilombolas oficialmente delimitados ainda estão com processo de titulação para serem concluídos³.

A comunidade de Quingoma de Dentro reside em uma área de conflitos, devido à especulação imobiliária e à falta de demarcação do seu território. Além disso, nesse quilombo, localiza-se a Central de Podas e Entulhos, rodeada por moradias de ocupação irregular, o que explica a vulnerabilidade ambiental da área em Quingoma de Dentro. 83% dos participantes da pesquisa usavam fossa rudimentar para eliminação de dejetos sólidos e líquidos da residência, ocasionando contaminação do solo e da água, já que a vedação desse tipo de fossa não é adequada. O banheiro no quintal como única forma de escoamento de dejetos é realidade para um número expressivo de

moradores do quilombo, demonstrando a situação de vulnerabilidade ambiental e sanitária dessa comunidade. Corroborando este estudo, o Censo Quilombola 2023 aponta que 9,75% da população quilombola possuem apenas sanitário ou buraco para dejeções, inclusive os localizados no terreno. Nos territórios quilombolas, 90% dos moradores quilombolas convivem com alguma precariedade no saneamento básico, seja com relação ao abastecimento de água, à destinação do esgoto ou à coleta de lixo³. Um amplo estudo revelou que o perfil demográfico de 927 quilombolas de Vitória da Conquista/BA foi semelhante ao da população brasileira, quanto à idade e sexo, porém, no quilombo, o acesso ao saneamento básico era mais precário, e o nível socioeconômico mais baixo²³.

O construto qualidade de vida é autorreferido, demandando métodos adequados para sua aferição. Para superar essa limitação, foi utilizado o WHOQOL-Bref, instrumento amplamente divulgado, de fácil utilização e alta confiabilidade. Dada a escassez na produção científica sobre avaliação da qualidade de vida em populações quilombolas, essa pesquisa contribuiu para a compreensão de fatores que influenciam a qualidade de vida de quilombolas. Assim, investigou-se a importância de fatores ainda pouco estudados, como emprego formal e emprego informal, religião, renda mensal, número de pessoas na casa, receio de perder terra/casa e diversos riscos ambientais. No entanto, o estudo possui algumas limitações, a saber: ocorreu um número indefinido de perdas que, apesar de pequeno, impediu a universalidade da cobertura do censo realizado. A ausência de informações prévias sobre o número de moradores do quilombo Quingoma impossibilitou uma estimativa precisa da população local.

Conclusões

Conclui-se que as quatro dimensões da qualidade de vida avaliadas em membros da comunidade quilombola Quingoma de Dentro associaram-se fortemente a diversos fatores.

O componente Físico associou-se a emprego formal, emprego informal, à religião evangélica e a estar doente; o domínio Psicológico associou-se à renda mensal, ao número de pessoas na casa, risco de poeiras e a estar doente; o domínio Social associou-se à idade e a emprego formal; e o domínio Ambiental associou-se a idade, renda mensal, ausência de esgotamento sanitário, número de pessoas na casa, risco de poeiras, receio de perder terra/casa e a estar doente. A comparação desses resultados foi prejudicada pela escassa literatura sobre a qualidade de vida avaliada pelo questionário WHOQOL-Bref em comunidades quilombolas.

Qualidade de vida em população quilombola é uma temática que demanda maior apropriação e difusão pela comunidade científica. A escassez de estudos com população quilombola dificultou análises mais abrangentes sobre os desafios e as realidades enfrentadas pelos quilombolas. Investir na ampliação de estudos com essa população é essencial para fortalecer o reconhecimento e a valorização dessas comunidades. No território de Quingoma de Dentro, desenrolam-se fenômenos sociais que impactam pesadamente a qualidade de vida e a saúde de seus moradores.

Entre as injustiças que remontam aos tempos da escravidão, sobressai o desrespeito à posse da terra. Apesar de certificado

pela Fundação Cultural Palmares, o quilombo de Quingoma vem resistindo à invasão e expropriação do seu território por projetos de desenvolvimento para expansão urbana que causam conflitos sociais e modificações ambientais. A titulação definitiva dessas terras quilombolas será, em última instância, uma ação de Vigilância em Saúde, dentro do referencial que norteia a saúde coletiva brasileira. O caso de Quingoma revela a necessidade da discussão da estreita relação entre saúde e qualidade de vida³⁰.

Contribuições de autoria

Cavalcanti CM (0009-0007-1409-3008)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e em sua revisão crítica; e aprovou a versão final. Lins-Kusterer L (0000-0003-3736-0002)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados; redação preliminar do artigo e em sua revisão crítica; e aprovou a versão final. Carvalho FM (0000-0002-0969-0170)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação preliminar do artigo e em sua revisão crítica; e aprovou a versão final. ■

Referências

1. Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima (BR). Povos e comunidades tradicionais [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima; 2026 [acesso em 2026 abr 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/povos-e-comunidades-tradicionais>
2. Presidência da República (BR). Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombolas de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias [Internet]. Diário Oficial da

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- União. Brasília, DF. 2003 nov 21 [acesso em 2026 abr 1]; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
3. Ministério da Igualdade Racial (BR). Informe MIR: monitoramento e avaliação nº 1 – edição Censo Quilombola 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Igualdade Racial; 2023 [acesso em 2026 abr 3]. Disponível em: https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/informe-edicao-censo-quilombola-2022_31-08.pdf
4. Souza A. A luta de um quilombo contra a especulação imobiliária. Deutsche Welle [Internet]. 2024 ago 17 [acesso em 2026 abr 3]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/a-luta-de-um-quilombo-contra-a-especulacao/C3%A7%C3%A3o-imobili%C3%A1ria/a-69941206>
5. Cavalcanti CM. Qualidade de vida numa comunidade quilombola urbana [dissertação na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2025 [acesso em 2026 abr 3]. 73 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/43431>
6. Fundação Cultural Palmares. Comunidades quilombolas certificadas [Internet]. 2022 nov 11 [acesso em 2026 abr 3]. Disponível em: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1WBjixnnjJWrDXsA2WvElj65rrZ4nkNM-u5LclRV0lGs>
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
9. SPSS Inc. SPSS base 7.0 applications guide. Chicago: SPSS Inc.; 1996. p. 171.
10. Colwell SR. The composite reliability calculator user's guide [Internet]. 2016 [acesso em 2026 abr 3]. Disponível em: https://www.thestatisticalmind.com/calculators/compres/composite_reliability.htm.
11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate data analysis. 8th ed. Andover: Cengage Learning; 2019. 834 p.
12. Bagozzi RP, Yi Y. On the evaluation of structural equation models. J Acad Mark Sci. 1988;16(1):74-94. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02723327>
13. JASP Team. JASP (Version 0.17.3) [software] [Internet]. Amsterdam: University of Amsterdam; 2023 [acesso em 2026 abr 3]. Disponível em: <https://jasp-stats.org/previous-versions/>
14. Furr RM. Scale construction and psychometrics for social and personality psychology. London: Sage Publications; 2011.
15. Kaiser HF, Rice J. Little Jiffy, Mark IV. Educ Psychol Meas. 1974;34(1):111-17. DOI: <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
16. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. Sociol Methods Res. 1992;21(2):230-58. DOI: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
17. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling. 1999;6(1):1-55. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
18. Santos VC, Boery EM, Pereira R, et al. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Texto Contexto Enferm. 2016;25(2):e1300015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>
19. Sousa LVA, Maciel ES, Quaresma FRP, et al. Quality of life and metabolic syndrome in Brazilian quilombola communities: a cross-sectional study. J Hum Growth Dev. 2018;28(3):316-28. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152182>

20. Torales A, Vargas M, Oliveira C. Qualidade de vida e autoestima em comunidades quilombolas do Nordeste: percepção e fatores associados. *Rev Relicario*. 2018;5(10):128-49.
21. Sardinha A, Aragão F, Silva C, et al. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e190011. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190011>
22. Sousa L, Maciel ES, Quaresma F, et al. Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(2):199-205. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.147239>
23. Velten APC, Moraes NA, Oliveira ERA, et al. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. *Rev Bras Pesq Saude*. 2013;15(1):9-16.
24. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis*. 1987;40(2):171-78. DOI: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90069-5](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90069-5)
25. Mol M, Visser S, Aerts JGJV, et al. Satisfactory results of a psychometric analysis and calculation of minimal clinically important differences of the World Health Organization quality of life-BREF questionnaire in an observational cohort study with lung cancer and mesothelioma patients. *BMC Cancer*. 2018;18:1173. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4793-8>
26. Pietrzykowski MO, Vranceanu AM, Macklin EA, et al. Minimal clinically important difference in the World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) for adults with neurofibromatosis. *Qual Life Res*. 2024;33:1233-40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03596-7>
27. Rigoni VC, Daolio J. Corpos na escola: reflexões sobre educação física e religião. *Movimento*. 2014;20(3):875-94. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.40678>
28. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of primary health care. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1705-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
29. Bezerra VM, Medeiros S, Gomes KO, et al. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(6):1835-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
30. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):7-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

Recebido em 24/08/2025

Aprovado em 02/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico #304085/2022-7 e #303398/2021-3

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

Migração, vulnerabilidade e sífilis congênita na saúde materno-infantil: um estudo transversal no Brasil

Migration, vulnerability, and congenital syphilis in maternal and child health: A cross-sectional study in Brazil

Migración, vulnerabilidad y sífilis congénita en la salud materno-infantil: un estudio transversal en Brasil

Priscila Campos de Matos Lacerda^{1,2}, Marco Aurélio Pereira Horta²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011141P

RESUMO Objetivou-se avaliar como desigualdades sociodemográficas e assistenciais impactam a condução da sífilis congênita em maternidade pública de fronteira no extremo Norte do Brasil, considerando a migração venezuelana. Estudo observacional, transversal e analítico com 235 fichas de notificação extraídas do banco de dados da maternidade pública de referência de Roraima, entre janeiro e dezembro de 2023. Compararam-se gestantes brasileiras e migrantes venezuelanas quanto a variáveis sociodemográficas, clínicas e de atenção, aplicando testes estatísticos (qui-quadrado ou exato de Fisher para proporções; Mann-Whitney para variáveis contínuas sem normalidade). Das fichas, 39,1% referiam-se a migrantes, que apresentaram menor escolaridade e inserção ocupacional. A cobertura de pré-natal e triagem foi inferior entre migrantes: realização de VDRL no pré-natal 37,0% vs 58,0% ($p=0,002$) e testes treponêmicos 65,2% vs 79,7% ($p=0,02$), considerando venezuelanas e brasileiras, respectivamente; o diagnóstico tardio foi mais frequente entre migrantes (42,4% vs 27,3%; $p=0,02$). O tratamento adequado foi baixo em ambos os grupos (10,9% vs 14%; $p=0,49$). Na avaliação neonatal, observaram-se lacunas de seguimento clínico e terapêutico, independentemente da nacionalidade materna. Conclui-se que a condição migratória agrava iniquidades e barreiras de acesso, exigindo ações intersetoriais que ampliem o pré-natal oportuno, fortaleçam a vigilância e promovam cuidado culturalmente sensível em regiões de fronteira.

PALAVRAS-CHAVE Sífilis congênita. Migração humana. Cuidado pré-natal. Acessibilidade aos serviços de saúde. Emigrantes e imigrantes.

ABSTRACT This study aimed to evaluate how sociodemographic and care-related inequalities affect the management of congenital syphilis in a public maternity hospital in Brazil's far-north border region, considering Venezuelan migration as a contextual factor. We conducted an observational, cross-sectional, analytical study using 235 congenital syphilis notification forms extracted from the database of the state referral maternity hospital in Roraima, Brazil, between January and December 2023. Brazilian and Venezuelan migrant pregnant women were compared across sociodemographic, clinical, and care variables, applying statistical tests (chi-square or Fisher's exact for proportions; Mann-Whitney for non-normally distributed continuous variables). Migrants accounted for 39.1% of cases and had lower schooling and labor-market participation. Prenatal care coverage and screening were lower among migrants: prenatal VDRL testing 37.0% vs 58.0% ($p=0.002$) and treponemal tests 65.2% vs 79.7% ($p=0.02$), considering Venezuelan and Brazilian women, respectively; late diagnosis was more frequent among migrants (42.4% vs 27.3%; $p=0.02$). Adequate treatment was low in both groups (10.9% vs 14%; $p=0.49$). Neonatal assessment revealed gaps in clinical and therapeutic follow-up regardless of maternal nationality. Venezuelan migration exacerbates pre-existing inequities and access barriers, undermining the management of gestational and congenital syphilis. Intersectoral actions are needed to expand timely prenatal care, strengthen surveillance, and promote culturally responsive care in border settings.

KEYWORDS Congenital syphilis. Human migration. Prenatal care. Health services accessibility. Emigrants and immigrants.

RESUMEN El objetivo fue evaluar cómo las desigualdades sociodemográficas y de acceso a la atención médica impactan el manejo de la sífilis congénita en un hospital materno-infantil público en la frontera del extremo norte de Brasil, considerando la migración venezolana. Este fue un estudio observacional, transversal y analítico que utilizó 235 formularios de notificación extraídos de la base de datos del hospital materno-infantil público de referencia en Roraima, entre enero y diciembre de 2023. Se compararon mujeres embarazadas brasileñas y migrantes venezolanas con respecto a variables sociodemográficas, clínicas y de acceso a la atención médica, aplicando pruebas estadísticas (prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para proporciones; prueba de Mann-Whitney para variables continuas sin normalidad). De los formularios, el 39,1% correspondía a migrantes, quienes presentaban menor nivel educativo e inserción laboral. La cobertura de atención prenatal y cribado fue menor entre las migrantes: la prueba VDRL durante la atención prenatal fue del 37,0% frente al 58,0% ($p=0,002$) y la prueba treponémica fue del 65,2% frente al 79,7% ($p=0,02$), considerando a las mujeres venezolanas y brasileñas, respectivamente; el diagnóstico tardío fue más frecuente entre las migrantes (42,4% frente al 27,3%; $p=0,02$). El tratamiento adecuado fue bajo en ambos grupos (10,9% frente al 14%; $p=0,49$). La evaluación neonatal reveló deficiencias en el seguimiento clínico y terapéutico, independientemente de la nacionalidad materna. Se concluye que la condición migratoria exacerba las inequidades y las barreras de acceso, lo que requiere acciones intersectoriales que amplíen la atención prenatal oportuna, fortalezcan la vigilancia y promuevan una atención culturalmente sensible en las regiones fronterizas.

PALABRAS CLAVE Sífilis congénita. Migración humana. Atención prenatal. Accesibilidad a los servicios de salud. Emigrantes e inmigrantes.

¹Universidade Federal de Roraima (UFRR) - Boa Vista (RR), Brasil.
primatoslacerda3@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A noção de vulnerabilidade em saúde amplia a compreensão do processo saúde-doença ao considerar os determinantes sociais, culturais e individuais que condicionam o adoecimento, indo além da visão biomédica tradicional. Nesse contexto, agravos como as sífilis gestacional e congênita ganham relevância epidemiológica ao refletirem iniquidades estruturais e lacunas persistentes nas políticas públicas de prevenção e cuidado, sobretudo entre populações em maior risco^{1,2}.

A sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, evolui em fases clínicas distintas – primária, secundária, latente e terciária – e pode ser transmitida por via sexual ou vertical; esta última, embora amplamente evitável, persiste como um desafio de saúde pública. A triagem sorológica, especialmente com o teste VDRL, no primeiro e terceiro trimestres da gestação e no momento do parto, é fundamental para o diagnóstico oportuno. Diretrizes internacionais reforçam a importância dessa triagem ampliada como ferramenta essencial para interromper a cadeia de transmissão vertical^{3,4}.

Evidências científicas recentes demonstram que a presença da infecção durante a gestação pode elevar em até 4,5 vezes o risco de desfechos perinatais adversos, como aborto espontâneo, prematuridade, natimortalidade e morte neonatal^{5,6}. O tratamento oportuno da gestante, aliado à abordagem adequada das parcerias sexuais, figura entre as estratégias mais eficazes na prevenção desses agravos^{5,6}. Ainda assim, estima-se que menos de 10% dos cerca de dois milhões de casos anuais de sífilis gestacional no mundo sejam efetivamente diagnosticados e tratados, segundo a Organização Mundial da Saúde¹.

A região das Américas concentra aproximadamente 25% dessa carga global, evidenciando falhas nos sistemas de vigilância, rastreamento e atenção à saúde da mulher, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade⁷. No Brasil, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, sendo seu

monitoramento considerado um marcador sensível da qualidade da atenção pré-natal. Em 2022, a taxa nacional de detecção de sífilis em gestantes atingiu 34 casos por mil nascidos vivos, enquanto a incidência de sífilis congênita chegou a 9,9 por mil nascidos vivos⁸.

A situação é particularmente preocupante no estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela, e registrou, em 2021, uma taxa de transmissão vertical estimada em 45,9%, refletindo fragilidades estruturais regionais e desafios impostos por intensos fluxos migratórios, bem como pela descontinuidade do cuidado pré-natal⁷⁻⁹. Esse cenário se agrava com a intensificação da migração venezuelana desde 2014, impulsionada por uma prolongada crise política, econômica e humanitária no país. O deslocamento forçado, além de interromper o acompanhamento pré-natal no país de origem, também compromete a continuidade do cuidado no território brasileiro, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis gestacional, o que potencializa o risco de transmissão vertical¹⁰.

Adicionalmente, estudos recentes demonstram que barreiras linguísticas, culturais e institucionais – particularmente vivenciadas por gestantes migrantes – impactam negativamente a qualidade do pré-natal. Investigação¹¹ conduzida em unidades da atenção primária em Boa Vista revelou que a ausência de estratégias de acolhimento culturalmente sensível prejudica o vínculo e compromete a adesão ao cuidado. Tais barreiras, associadas a desigualdades estruturais como pobreza, discriminação e fragilidade documental, acentuam as dificuldades de acesso à atenção materno-infantil e exigem respostas integradas, equitativas e humanizadas¹².

Assim, diante da sobreposição de vulnerabilidades estruturais e contextuais, este estudo tem como objetivo avaliar como desigualdades sociodemográficas e assistenciais impactam a condução dos casos de sífilis congênita em uma maternidade pública de referência localizada na região fronteira de Roraima. Ao considerar a condição migratória como uma

variável contextual de análise, a investigação busca contribuir para a compreensão dos entres que interferem no diagnóstico oportuno, no tratamento adequado e na integralidade do cuidado materno-infantil em cenários de fronteira, propondo evidências que subsidiem políticas públicas mais equitativas e culturalmente sensíveis.

Material e métodos

Local do estudo

O estudo foi conduzido no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima, localizado na região Norte do Brasil, inserido na Amazônia Legal. Trata-se da capital brasileira mais ao Norte e a única situada integralmente acima da linha do Equador. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Boa Vista, em 2023, era de 413.486 habitantes. No mesmo ano, Roraima apresentou o maior crescimento populacional do País (12,58%), impulsionado pela intensa migração de cidadãos venezuelanos^{13,14}.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) é a principal maternidade pública do estado, sendo referência em atenção materno-infantil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Após reforma estrutural, a unidade passou a contar com 294 leitos de enfermaria, 68 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e cinco leitos de UTI Materna, distribuídos em 13 blocos e três anexos. O hospital atende gestantes de todos os municípios de Roraima, além de usuárias provenientes de países vizinhos, como Venezuela e Guiana Inglesa, incluindo populações indígenas.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico realizado a partir da análise documental de fichas de notificação de sífilis

congênita e sífilis em gestantes, preenchidas ao longo do ano de 2023 pela equipe da Seção de Vigilância Epidemiológica do HMINSN. Esses formulários, padronizados pelo Ministério da Saúde e preenchidos por profissionais da rede pública, serviram de base para os registros encaminhados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As fichas foram obtidas diretamente do acervo físico do Departamento de Vigilância Epidemiológica do hospital.

Amostragem

Foram, inicialmente, recuperadas 248 fichas de notificação de sífilis congênita registradas no HMINSN, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2023. Após triagem, 13 formulários foram excluídos: nove por incompletude ou ilegitimidade, que inviabilizaram a análise, e quatro por corresponderem a casos de cicatriz sorológica materna, conforme classificação técnica da vigilância epidemiológica. Dessa forma, foram analisadas 235 fichas de notificação válidas para casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes.

Os critérios de inclusão contemplaram todos os casos notificados no período e que apresentavam informações suficientes para o rastreamento e a vinculação dos dados da mãe e do recém-nascido. Foram excluídas fichas duplicadas, ilegíveis, incompletas ou classificadas como cicatriz sorológica materna após o cruzamento de informações. A definição de caso de sífilis congênita precoce seguiu os critérios do Ministério da Saúde: (i) recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente; (ii) recém-nascido com sinais clínicos, alterações líquóricas ou radiológicas compatíveis com sífilis congênita; ou (iii) títulos de testes não treponêmicos superiores aos da mãe em pelo menos duas diluições, com coleta simultânea no parto.

Vale destacar que, embora tenham sido analisadas 235 fichas, a composição da amostra variou conforme a etapa analítica. Para a

estimativa da prevalência, foram considerados apenas 193 casos classificados como nascidos vivos, conforme os critérios do Ministério da Saúde para cálculo da taxa por mil nascimentos; casos de aborto ou natimortos foram excluídos dessa base denominadora. De forma semelhante, as análises de variáveis neonatais limitaram-se aos recém-nascidos vivos, por se tratarem de indicadores não aplicáveis às perdas fetais.

Variáveis do estudo

Como todas as fichas analisadas se referiam a casos confirmados de sífilis congênita, não foi possível definir uma variável-desfecho no sentido tradicional. Assim, o estudo concentrou-se na análise de variáveis principais de interesse, relacionadas ao perfil materno, ao momento do diagnóstico, ao tratamento instituído, às condutas adotadas na atenção ao recém-nascido e à presença de sinais clínicos neonatais, considerados desfechos secundários neste estudo. Entre essas variáveis, a nacionalidade da gestante foi considerada central para a análise, dada sua relevância no contexto de fluxos migratórios intensos na região.

Desde 2017, a Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde de Boa Vista orienta o preenchimento obrigatório desse campo nas fichas de notificação¹⁵; quando essa informação não estava disponível, recorreu-se ao setor de estatística hospitalar, utilizando o nome da mãe como critério de identificação. Essa estratégia permitiu distinguir os casos de sífilis congênita entre gestantes brasileiras e venezuelanas, contornando uma limitação metodológica recorrente na literatura e possibilitando uma análise mais precisa do impacto da condição migratória sobre o cuidado materno-infantil.

Análise estatística

Os dados foram organizados em um banco estruturado no Microsoft Excel e analisados com o auxílio do *software* Statistical Package

for the Social Sciences (SPSS), versão 30.0. Realizou-se análise descritiva, com cálculo de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e de mediana e intervalo interquartil (IIQ) para a variável contínua 'idade materna', dada a sua distribuição não normal. A normalidade dessa variável foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$). Para a comparação entre grupos segundo a nacionalidade, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para a variável contínua e o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Por se tratar de um estudo censitário, que incluiu todas as fichas de notificação válidas registradas no período de interesse, não foi realizado cálculo de tamanho amostral. Quanto aos dados ausentes (*missing data*), optou-se pela exclusão dos registros com informações incompletas para as variáveis analisadas em cada etapa, sem a aplicação de técnicas de imputação. O número final de observações consideradas foi especificado nas respectivas tabelas de resultados.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, conforme os preceitos da Resolução nº 466/2012¹⁶ do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação foi registrada sob o número de protocolo CAAE: 75143823.1.0000.5302. Parecer: 6.540.020.

Resultados

A incidência estimada de sífilis congênita em Boa Vista, no ano de 2023, foi de 16,4 casos por 1.000 nascidos vivos (IC95%: 14,2–18,9), valor calculado a partir das fichas de notificação arquivadas no HMINSN e referentes, exclusivamente, a nascidos vivos. No período, foram identificadas 248 notificações, das quais, 235 foram consideradas elegíveis para análise após

a exclusão de nove por incompletude ou ilegitimidade e quatro por corresponderem a casos classificados como cicatriz sorológica materna.

Variáveis sociodemográficas das gestantes

Das 235 fichas de notificação de sífilis congênita analisadas, 143 (60,9%) referiam-se a gestantes brasileiras, e 92 (39,1%) a venezuelanas. A variável idade materna apresentou distribuição assimétrica em ambos os grupos, sendo comparada pelo teste de Mann-Whitney. A mediana foi de 23 anos (IIQ: 20–27) entre as brasileiras, e de 24 anos (IIQ: 20–28) entre as venezuelanas. A diferença entre as distribuições não foi estatisticamente significativa ($p = 0,50$), sugerindo perfis etários semelhantes entre os grupos.

A análise das variáveis sociodemográficas revelou disparidades significativas associadas à nacionalidade das gestantes atendidas. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, apenas 30 mulheres (12,8%) relataram exercer atividade remunerada, com proporção significativamente maior entre brasileiras ($n = 25$; 17,5%) do que entre venezuelanas ($n = 5$; 5,4%) ($p = 0,01$), evidenciando maior vulnerabilidade econômica entre as migrantes.

Com relação à escolaridade, observou-se predominância do ensino médio (completo ou incompleto) em ambos os grupos (57%), embora essa proporção tenha sido maior entre brasileiras (61,6%) do que entre venezuelanas (50,0%). Por outro lado, o ensino fundamental foi mais prevalente entre as migrantes (37,0%) em comparação às brasileiras (19,8%). O ensino superior teve baixa representatividade na amostra, sendo relatado por nove gestantes (3,9%), das quais, oito eram brasileiras. Apenas três mulheres (1,3%) não possuíam qualquer instrução formal, e 11,1% das fichas apresentavam dados ignorados. A distribuição da escolaridade diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0,01$), refletindo desigualdades no acesso à educação formal.

Quanto à raça/cor da pele, a maioria das gestantes se autodeclarou parda ($n = 218$; 92,8%), com distribuição semelhante entre brasileiras (91,6%) e venezuelanas (94,6%). As categorias branca, preta e indígena foram minoritárias e apresentaram variação discreta entre os grupos. A comparação entre as distribuições não revelou associação estatisticamente significativa com a nacionalidade ($p = 0,42$), indicando perfil étnico-racial semelhante entre as populações analisadas. Os dados completos estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 ($n = 235$)

Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total n (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Ocupação com remuneração				0,01^a
Não	205 (87,2)	118 (82,5)	87 (94,6)	
Sim	30 (12,8)	25 (17,5)	5 (5,4)	
Escolaridade da gestante				0,01^a
Sem instrução	3 (1,3)	2 (1,4)	1 (1,1)	
Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	63 (26,8)	29 (19,8)	34 (37)	
Ensino Médio Completo ou Incompleto	134 (57)	88 (61,6)	46 (50)	
Ensino Superior Completo ou Incompleto	9 (3,9)	8 (5,6)	1 (1,1)	
Ignorado	26 (11,1)	16 (11,2)	10 (10,9)	

Tabela 1. Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total n (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Raça da gestante				0,42¹
Branca	5 (2,1)	2 (1,4)	3 (3,3)	
Preta	2 (0,9)	1 (0,7)	1 (1,1)	
Indígena	9 (3,8)	8 (5,6)	1 (1,1)	
Parda	218 (92,8)	131 (91,6)	87 (94,6)	
Ignorada	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínico-epidemiológicas maternas

A *tabela 2* compara variáveis clínico-epidemiológicas maternas segundo a nacionalidade, evidenciando disparidades significativas no acesso ao pré-natal, na cobertura sorológica e no manejo terapêutico. A maioria das gestantes realizou acompanhamento pré-natal (84,3%), com cobertura superior entre brasileiras (88,8%) em relação às venezuelanas (77,2%) ($p = 0,02$). Quanto ao número de consultas, 41,7% das mulheres compareceram de 0 a 3 vezes, padrão mais frequente entre migrantes (57,6%) do que entre brasileiras (31,4%). Em contraste, 35,0% das brasileiras realizaram mais de seis consultas, frente a apenas 13,1% das venezuelanas ($p < 0,001$), revelando menor adesão ao acompanhamento entre migrantes.

A cobertura sorológica também foi inferior entre gestantes venezuelanas. Apenas 49,8% das gestantes realizaram o VDRL durante o pré-natal, sendo essa proporção maior entre brasileiras (58,0%) do que entre venezuelanas (37,0%) ($p = 0,002$). O teste treponêmico foi registrado em 74,0% dos casos, com maior frequência entre brasileiras (79,7%) do que entre

venezuelanas (65,2%) ($p = 0,02$). O diagnóstico da sífilis ocorreu, majoritariamente, durante o pré-natal (66,4%), sendo mais comum entre brasileiras (72,0%) em comparação às migrantes (57,6%). A diferença no momento do diagnóstico entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p = 0,02$), sugerindo que a identificação tardia da infecção, no parto ou após, é mais frequente entre migrantes.

Com relação ao tratamento, 56,2% das gestantes receberam prescrição terapêutica durante o pré-natal, com maior proporção entre brasileiras (61,5%) do que entre venezuelanas (47,8%) ($p = 0,002$). A prescrição para o parceiro sexual ocorreu em apenas 22,6% dos casos, sendo inferior entre as migrantes, embora sem diferença estatística significativa ($p = 0,07$). Apenas 12,8% das mulheres foram classificadas como tendo recebido tratamento adequado segundo os critérios do Ministério da Saúde, sem diferença significativa entre brasileiras (14,0%) e venezuelanas (10,9%) ($p = 0,49$). Esses achados apontam falhas persistentes na linha de cuidado, inclusive entre gestantes que acessaram os serviços de saúde.

Tabela 2. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n=235) (%)	Brasileiro (n = 143) n (%)	Venezuelano (n = 92) n (%)	
Realizou pré-natal				0,02¹
Sim	198 (84,3)	127 (88,8)	71 (77,2)	
Não	37 (15,7)	16 (11,2)	21 (22,8)	
Número de consultas				<0,001¹
0 a 3 consultas	98 (41,7)	45 (31,4)	53 (57,6)	
4 a 6 consultas	46 (19,6)	30 (21)	16 (17,4)	
Mais de 6 consultas	62 (26,4)	50 (35)	12 (13,1)	
Ignorado	29 (12,3)	18 (12,6)	11 (12)	
Fez VDRL no pré-natal				0,002¹
Sim	117 (49,8)	83 (58)	34 (37)	
Não	118 (50,2)	60 (42)	58 (63)	
Fez teste treponêmico no pré-natal				0,02¹
Sim	174 (74)	114 (79,7)	60 (65,2)	
Não	61 (26)	29 (20,3)	32 (34,8)	
Momento do diagnóstico de sífilis gestacional				0,02¹
Durante o pré-natal	156 (66,4)	103 (72,0)	53 (57,6)	
No momento do parto/curetagem	71 (30,2)	38 (26,6)	33 (35,9)	
Após o parto	7 (3)	1 (0,7)	6 (6,5)	
Ignorado	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0)	
Tratamento prescrito à gestante no pré-natal				0,043¹
Sim	132 (56,2)	88 (61,5)	44 (47,8)	
Não	103 (43,8)	55 (38,5)	48 (52,2)	
Tratamento prescrito ao parceiro no pré-natal concomitantemente				0,07¹
Sim	53 (22,6)	38 (26,6)	15 (16,3)	
Não	182 (77,4)	105 (73,4)	77 (83,7)	
Tratamento adequado realizado na gestante				0,49¹
Sim	30 (12,8)	20 (14)	10 (10,9)	
Não	205 (87,2)	123 (86)	82 (89,1)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos

A *tabela 3* apresenta os desfechos gestacionais registrados nos 235 casos notificados de sífilis congênita, segundo a nacionalidade materna. A maioria das gestações evoluiu para nascidos

vivos (n = 193; 82,1%), sendo essa proporção discretamente maior entre gestantes brasileiras (n = 122; 85,3%) do que entre venezuelanas (n = 71; 77,2%). Foram registrados 29 casos de aborto (12,3%), com distribuição relativamente equilibrada entre os grupos (11,2% nas brasileiras e 14,3% nas venezuelanas). Ocorreram,

ainda, seis natimortos (2,6%), igualmente distribuídos entre brasileiras e venezuelanas (três em cada grupo). Identificaram-se seis óbitos neonatais atribuídos à sífilis congênita (2,6% do total), com maior frequência proporcional entre os recém-nascidos de mães venezuelanas (4,4%) em comparação às brasileiras (1,4%). Adicionalmente, foi registrado um óbito

por outra causa (n = 1; 0,4%), classificado no grupo de gestantes venezuelanas para fins de fechamento da variável evolução. Apesar das variações observadas nos desfechos perinatais, as diferenças entre os grupos não alcançaram significância estatística (p = 0,39), indicando padrão global semelhante de evolução gestacional entre brasileiras e venezuelanas.

Tabela 3. Distribuição da variável categórica ‘evolução’ dos recém-nascidos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Evolução dos Casos Notificados	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n=235) (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Evolução				0,39¹
Nascidos vivos	193 (82,1)	122 (85,3)	71 (77,2)	
Aborto	29 (12,3)	16 (11,2)	13 (14,3)	
Natimorto	6 (2,6)	3 (2,1)	3 (3,3)	
Óbitos por sífilis congênita	6 (2,6)	2 (1,4)	4 (4,4)	
Óbito por outra causa	1 (0,4)	0 (0)	1 (1,1)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínicas e laboratoriais dos recém-nascidos vivos com sífilis congênita

A avaliação clínica e laboratorial dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita revelou que a maioria foi submetida ao exame VDRL em sangue periférico (n = 174; 90,2%), com proporções semelhantes entre filhos de gestantes brasileiras (89,3%) e venezuelanas (91,5%) (p = 0,81). A punção lombar foi realizada em apenas 12,4% dos casos, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,76), o que pode refletir lacunas na investigação neurológica. Entre os poucos submetidos à punção, apenas um recém-nascido (0,5%) – filho de mãe venezuelana – apresentou VDRL reagente no líquido. A maioria dos

prontuários, contudo, foi classificada como ‘não realizado’ ou ‘ignorado’ (87,6%), dificultando a avaliação conclusiva da neurosífilis. De forma semelhante, alterações bioquímicas no líquido foram raras (1,6%), observadas exclusivamente entre recém-nascidos de mães brasileiras (p = 0,67). Radiografias de ossos longos foram solicitadas para 45,0% dos casos, com achados sugestivos de sífilis congênita em apenas três neonatos (1,6%), todos filhos de brasileiras, sem diferença significativa entre os grupos (p = 0,32). O baixo número de exames realizados ou registrados pode indicar falhas na abordagem diagnóstica sistemática. Do ponto de vista clínico, a maioria dos recém-nascidos foi considerada assintomática (77,2%), com distribuição equilibrada entre brasileiros e venezuelanos. A manifestação

clínica mais comum foi a icterícia (19,6%), seguida de sinais como anemia, hidrocefalia, hepatomegalia e descamação palmo-plantar, todos com baixa frequência (< 2%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos maternos quanto à apresentação clínica ($p = 0,35$).

Com relação ao tratamento instituído, a penicilina G cristalina foi o esquema terapêutico mais utilizado (75,6%), com distribuição semelhante entre os grupos analisados; a penicilina

G benzatina foi empregada em 8,8% dos casos. Vale destacar que 22 neonatos (11,4%) não receberam nenhum tipo de tratamento, o que representa uma falha grave na linha de cuidado, embora a diferença entre grupos não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,48$). Esses achados estão detalhados na *tabela 4* e revelam importantes lacunas na investigação diagnóstica e no tratamento adequado dos recém-nascidos com sífilis congênita, independentemente da nacionalidade materna.

Tabela 4. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos vivos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 193)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n = 193) (%)	Brasileira (n = 122) n (%)	Venezuelana (n = 71) n (%)	
Realizou VDRL no sangue				0,81¹
Sim	174 (90,2)	109 (89,3)	65 (91,5)	
Não	19 (9,8)	13 (10,7)	6 (8,5)	
Realizou punção lombar				0,76¹
Sim	24 (12,4)	14 (11,5)	10 (14,1)	
Não/ignorado	169 (87,6)	108 (88,5)	61 (85,9)	
VDRL no líquido				0,41¹
Reagente	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	
Não reagente	23 (11,9)	14 (11,5)	9 (12,7)	
Não realizado/ignorado	169 (87,6)	108 (88,5)	61 (85,9)	
Alteração bioquímica no líquido				0,67¹
Sim	3 (1,6)	3 (2,5)	0 (0,0)	
Não ou não realizado	190 (98,4)	119 (97,5)	71 (100,0)	
Realizou Rx de ossos longos				0,45¹
Sim	87 (45)	58 (47,5)	29 (40,8)	
Não	106 (55)	64 (52,5)	42 (59,2)	
Alteração(ões) de Rx de ossos longos				0,32¹
Sim	3 (1,6)	3 (2,5)	0 (0)	
Não	84 (43,5)	55 (45,1)	29 (40,8)	
Não realizado	106 (55)	64 (52,5)	42 (59,2)	
Sinais e sintomas clínicos				0,35¹
Assintomático	149 (77,2)	94 (77)	55 (77,5)	
Icterícia	38 (19,6)	26 (21,3)	12 (16,9)	
Anemia	3 (1,6)	1 (0,8)	2 (2,8)	
Hidrocefalia	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	
Hepatomegalia	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	

Tabela 4. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos vivos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 193)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n = 193) (%)	Brasileira (n = 122) n (%)	Venezuelana (n = 71) n (%)	
Descamação palmo-plantar	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	
Tratamento realizado no RN				0,48¹
Penicilina G Cristalina	146 (75,6)	93 (76,2)	53 (74,6)	
Penicilina G Benzatina	17 (8,8)	9 (7,4)	8 (11,3)	
Penicilina G Procaína	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	
Outros esquemas	7 (3,6)	3 (2,5)	4 (5,6)	
Tratamento não realizado	22 (11,4)	16 (13,1)	6 (8,5)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Discussão

Os achados deste estudo revelam um quadro persistente e alarmante de sífilis congênita em Roraima, evidenciando não apenas falhas pontuais na assistência pré-natal, mas limitações estruturais nos mecanismos de vigilância em saúde. A concentração de casos entre gestantes migrantes venezuelanas ilustra a incapacidade das políticas atuais de responder de forma equitativa às demandas impostas pelo contexto da migração forçada. Tal cenário, mais do que um reflexo da crise humanitária na Venezuela, expõe as fragilidades de um sistema de saúde que, mesmo amparado pelos princípios universais do SUS, não tem conseguido garantir acesso oportuno e resolutivo em territórios de fronteira.

A incidência estimada de 16,4 casos por 1.000 nascidos vivos em Boa Vista, em 2023, é quase o dobro da média nacional no mesmo período (9,9/1.000 nascidos vivos)⁸, e sugere um problema que ultrapassa a esfera clínica, alcançando dimensões sociais e institucionais. Embora a análise tenha se restringido a nascidos vivos, a magnitude do agravamento tende a ser subestimada, uma vez que não incorpora natimortos e abortos espontâneos

relacionados à infecção materna¹⁷. Essa limitação da própria vigilância, já apontada em outros estudos, reforça a hipótese de que a carga real da doença seja significativamente maior do que a captada pelas notificações oficiais.

As disparidades identificadas entre gestantes migrantes e brasileiras – especialmente baixa escolaridade, ausência de renda, precariedade habitacional e barreiras linguísticas – não podem ser compreendidas apenas como variáveis contextuais, mas como determinantes estruturais que perpetuam a exclusão dessas mulheres do sistema de saúde¹⁸⁻²⁰. A menor cobertura pré-natal, o número reduzido de consultas e a baixa adesão a exames laboratoriais demonstram que, na prática, o SUS tem funcionado de forma seletiva e desigual, mesmo em serviços oficialmente abertos a todos. Nesse sentido, os achados convergem com evidências nacionais de que a migração acentua iniquidades já existentes no cuidado materno-infantil²¹⁻²⁷.

A elevada proporção de gestantes sem VDRL ou teste treponêmico durante a gestação é particularmente preocupante. Ambos os exames são de baixo custo, disponíveis na atenção básica e de execução

obrigatória no pré-natal, de acordo com protocolos nacionais e internacionais. Sua ausência, portanto, não decorre de barreiras tecnológicas, mas de falhas institucionais que refletem desorganização da linha de cuidado e negligência no cumprimento de diretrizes estabelecidas^{16,17}. Mais do que uma lacuna operacional, esse dado traduz a violação de direitos sanitários básicos e a perpetuação de um padrão de diagnóstico tardio, frequentemente realizado apenas no parto^{28,29}.

Embora falhas também tenham sido observadas entre gestantes brasileiras, os efeitos adversos recaem de maneira desproporcional sobre as migrantes, evidenciando um processo de iniquidade institucionalizada. A baixa adesão às recomendações do algoritmo diagnóstico reverso do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) demonstra que a distância entre norma e prática continua sendo um obstáculo central para o controle da sífilis congênita. Tal contradição – diretrizes bem definidas versus execução precária – compromete a efetividade das ações preventivas e reforça a necessidade de estratégias de monitoramento e responsabilização dos serviços.

No plano terapêutico, as diferenças identificadas na prescrição de tratamento para gestantes venezuelanas durante o pré-natal, em comparação com as brasileiras, evidenciam uma dimensão de desigualdade que vai além do acesso inicial ao cuidado. Embora ambas compartilhem a mesma rede pública de assistência, as migrantes foram menos frequentemente tratadas conforme o preconizado, revelando falhas de equidade na oferta de um cuidado que deveria ser universal. Mais preocupante, contudo, é constatar que, em ambos os grupos, a proporção de gestantes que receberam tratamento adequado e de parceiros tratados foi alarmantemente baixa. Esse dado não pode ser interpretado apenas como uma deficiência operacional, mas como reflexo de um sistema que falha em assegurar a integralidade do cuidado. Outros estudos nacionais

corroboram esses resultados, mostrando que, mesmo após o diagnóstico de sífilis gestacional, o acesso à terapêutica adequada continua a ser um desafio concreto e recorrente^{30,31}. A ausência do tratamento em dupla perpetua o risco de reinfecção, reduz a efetividade da intervenção e compromete diretamente o controle da transmissão vertical, configurando um fracasso coletivo da rede de atenção.

Na esfera neonatal, embora os desfechos clínicos tenham sido semelhantes entre os grupos, as falhas na condução diagnóstica imediata após o parto expõem a fragilidade da linha de cuidado. A não realização de exames essenciais, como punção lombar e radiografia de ossos longos, compromete a estratificação adequada dos casos e induz ao uso empírico e, por vezes, prolongado de esquemas terapêuticos como a penicilina G cristalina³²⁻³⁵. Esse padrão revela uma prática clínica defensiva e despadronizada que sobrecarrega a infraestrutura hospitalar e expõe recém-nascidos a riscos adicionais, ao mesmo tempo que mascara a real magnitude da doença.

Algumas limitações metodológicas devem ser reconhecidas, mas também merecem ser interpretadas criticamente. A identificação da nacionalidade das gestantes mostrou-se um desafio, dada a ausência de padronização nos registros oficiais, o que revela não apenas uma limitação técnica, mas a negligência do sistema em registrar informações fundamentais para a vigilância em saúde em territórios de fronteira. A heterogeneidade na formação e na experiência dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas pode ter comprometido a qualidade dos dados, com potenciais vieses decorrentes da subnotificação de sinais clínicos neonatais e de inconsistências em campos descritivos. Estratégias como critérios rigorosos de inclusão, verificação cruzada das informações e exclusão de registros inconsistentes foram adotadas para mitigar esses riscos, mas o problema estrutural permanece: a fragilidade dos sistemas de informação reflete a falta de prioridade dada ao monitoramento qualificado desse agravo. Ademais,

a ausência de variáveis como tempo de residência no Brasil, status documental, grau de integração ao sistema de saúde e fluência no idioma limita a compreensão aprofundada dos determinantes migratórios. Considera-se, ainda, que o recorte amostral centrado em uma única maternidade restringe a generalização dos achados. Entretanto, o fato de a unidade analisada concentrar a maior parte da demanda obstétrica da região confere ao estudo alta relevância epidemiológica.

Apesar dessas limitações, os resultados apresentados fornecem evidências concretas e críticas para a formulação de políticas públicas de saúde materno-infantil em contextos de fronteira. A complexidade dos fluxos migratórios e a sobreposição de vulnerabilidades demandam respostas institucionais que não sejam apenas normativas, mas efetivas e sensíveis às especificidades territoriais. A sífilis congênita, nesse cenário, emerge não apenas como marcador de falhas assistenciais, mas como expressão de uma crise social, ética e estrutural. Sua persistência sinaliza a incapacidade do sistema de transformar diretrizes em práticas resolutivas e evidencia a urgência de estratégias institucionais que superem respostas fragmentadas e considerem a equidade como eixo central do cuidado.

Conclusões

A elevada incidência de sífilis congênita em Roraima, particularmente, entre gestantes migrantes, evidencia a persistência de falhas estruturais na assistência pré-natal e na linha de cuidado materno-infantil. Os resultados reforçam que, em regiões de fronteira, a resposta institucional permanece insuficiente diante da sobreposição de vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso. Mais do que protocolos, o enfrentamento desse agravo exige compromisso político, investimento em infraestrutura e estratégias voltadas à equidade, capazes de transformar diretrizes em práticas resolutivas e assegurar, de forma efetiva, o direito à saúde de todas as gestantes e seus filhos.

Contribuições de autoria

Lacerda PCM (0000-0009-0158-657X)* contribuiu para a concepção e o desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. Horta MAP (0000-0003-4117-5379)* contribuiu para o desenho do estudo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pan American Health Organization; World Health Organization. Guidance for the elimination of syphilis and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2024 [acesso em 2025 nov 15]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-elimination-syphilis-and-congenital-syphilis-americas>
2. Florêncio RS, Moreira TMM. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00353. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for syphilis infection in pregnancy [Internet]. Washington, DC: ACOG; 2024 [acesso em 2025 nov 15]. Disponível em: <https://www.acog.org>
4. US Preventive Services Task Force, Silverstein M, Wong JB, et al. Screening for syphilis infection in pregnancy: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2025;333(22):2006-2012. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.5009>
5. Gao L, Li K, Zhou X, et al. Maternal syphilis and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;160(3):594-604. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14503>
6. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(3):217-26. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminación de la transmisión materno-infantil de infecciones [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2021 [acesso em 2025 nov 15] Disponível em: <https://www.paho.org>
8. Ministério da Saúde (BR). Sífilis. Boletim Epidemiol MS [Internet]. 2024 [acesso em 2025 nov 15];(Esp):1-59. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2024.pdf>
9. Secretaria de Estado da Saúde (RR). Doenças negligenciadas no estado de Roraima, 2018-2023 [Internet]. Boa Vista: SESAU; 2024 [acesso em 2026 jan 25]. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/relatorio-doencas-negligenciadas-roraima-2018-2023.pdf>
10. Triani A, Silveira LC, Santos TM, et al. Fragmentação do cuidado pré-natal em gestantes migrantes na Amazônia: desafios à eliminação da sífilis congênita. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(2):e00009822. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009822>
11. Costa ABO, Silva GF, Silva PS. Práticas assistenciais de acolhimento à puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde. In: Pereira RSF, Passinho RS, organizadores. *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.* Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p. 49-57. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c06>
12. Pescarini JM, Rocha JV, Barros AJD, et al. Perinatal health outcomes of international migrant women in Brazil: language barriers, discrimination, and access to antenatal care. *Travel Med Infect Dis.* 2024;57:102672. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102672>
13. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ©2017. Panorama Roraima censo 2022. [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=14>
14. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ©2017. Panorama Roraima censo 2022 – Domicílios. [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=14&tema=2>
15. Roraima. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Nota Técnica nº 03/2017. Boa Vista: SMSA; 2017.

16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59.
17. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [2022]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022 ago 3 – [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022-isbn-1.pdf>
18. Organização Pan-Americana da Saúde. ETMI Plus: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017 [acesso em 2026 jan 25]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstreams/07cdbc9-6422-4b4a-be07-ae5784e87991/download>
19. Portela B, Carneiro Júnior N, Bastos S, et al. Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal de mulheres migrantes internacionais e brasileiras. Periplos [Internet]. 2024 [acesso 2025 nov 15];8(1):41-58. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/48546/39052
20. Rodrigues CB, Thomaz EBAF, Batista RFL, et al. Prenatal care and human rights: addressing gaps between medical and legal frameworks in Brazil. PLoS One. 2023;18(2):e0281581. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>
21. Cabieses B, Hill PS, Oyeyemi-Oleha F, et al. Impact of stigma on healthcare access for migrant populations. Lancet Reg Health Am. 2024;22:100620. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100620>
22. Leal MC, Carvalho TDG, Santos YRP, et al. Migration of Venezuelan women to Brazil: living conditions and health service use. BMC Public Health. 2024;24:1051. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18021-3>
23. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, et al. Maternal health among Venezuelan migrants at the Brazilian border. BMC Public Health. 2020;20:1771. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09880-3>
24. Zaman M, McCann V, Friesen S, et al. Experiences of pregnant Venezuelan migrants in Latin America. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:157. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06341-2>
25. Supimpa LS, Souza SRRK, Prandini NR, et al. Immigrant women's experience of labor and birth. Rev Esc Enferm USP. 2024;57:e20220444. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444>
26. Zarth MD, Fernández PA, Baggio MA, et al. Cross-cultural nursing care for immigrant women. Rev Gaucha Enferm. 2024;45:e20230161. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161>
27. Cavalcante Neto AS, Oliveira MAC, Egry EY. Vulnerability of Venezuelan immigrants in Boa Vista. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230074. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0074>
28. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines. MMWR [Internet]. 2021;70(4):1-192. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
29. Uchôa TLDA, Araújo EDC, Silva RAR, et al. Determinants of gestational syphilis in the Brazilian Amazon. Front Public Health. 2022;10:930150. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.930150>
30. Freitas CHSM, Silva J, Santos M, et al. Inequalities in access to HIV and syphilis testing in prenatal care in Brazil. Cad Saúde Pública. 2019;35(6):e00170918. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170918>
31. Oliveira GL, Azevedo LJ, Marcelino ICS, et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy. Lancet Reg Health Am. 2023;13:100362. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100362>
32. Costa IB, Pimenta IDSF, Aiquoc KM, et al. Congenital syphilis in Brazil: an ecological study. PLoS One.

2024;19(6):e0306120. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306120>

33. Pires CP, Mareto LK, Medeiros MJ, et al. Associated factors and management of gestational and congenital syphilis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2024;66:e21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202466021>

34. American Academy of Pediatrics. Syphilis in pregnancy: fetal and neonatal complications. *NeoReviews*. 2024;25(6):e375-e389. DOI: <https://doi.org/10.1542/neo.25-6-e375>

35. Villarreal D, Lewis K, Cielo M, et al. Congenital syphilis at Los Angeles General Medical Center. *Open Forum Infect Dis*. 2025;12(Supl 1):ofae631.1556. DOI: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae631.1556>

Recebido em 16/06/2025

Aprovado em 22/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. O estudo utilizou fichas de notificação compulsória de sífilis congênita, que contêm informações sensíveis e sigilosas, não passíveis de divulgação pública por razões éticas e legais

Suporte financeiro: não houve

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

O dispositivo ambulatorial e o cuidado em saúde mental: modelos em análise

The outpatient setting and mental health care: Models under analysis

El entorno ambulatorio y la atención de la salud mental: modelos en análisis

Fabiola Ferreira de Souza¹, Gustavo Zambenedetti¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011246P

RESUMO As Redes de Atenção Psicossocial (Raps) têm passado por constantes reconfigurações nos últimos anos, tensionando a inserção dos ambulatorios em saúde mental em sua constituição formal. Este artigo analisa os modelos de cuidado e as tensões que atravessam o dispositivo ambulatorial nesse campo. A discussão decorre de um recorte de tese de doutorado, desenvolvida por meio de pesquisa-intervenção, com abordagem cartográfica, em um ambulatório de saúde mental de um município de médio porte da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Como estratégias de produção de dados, utilizaram-se análise documental sobre a (re)composição da Raps (2011–2023), observação participante na posição de pesquisadora-trabalhadora e proposição de grupo terapêutico no serviço. Identificam-se três momentos: o primeiro, sob modelo tradicional; o segundo, marcado por mudanças normativas e recomposição da equipe, impulsionando revisão das práticas em direção ao modelo psicossocial; e o terceiro, caracterizado por perda de autonomia profissional, especialização e fragmentação das ações. Argumenta-se que persistem tensões entre os modelos asilar/biomédico e psicossocial, além de disputas entre integração matricial e especialização fragmentada. A experiência de campo indica que, tão relevante quanto criar serviços, é definir modelos de cuidado que orientem práticas voltadas à integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Assistência ambulatorial. Atenção psicossocial. Sistema Único de Saúde. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT Psychosocial Care Networks (RAPS) have undergone constant reconfiguration in recent years, creating tension in the integration of mental health outpatient clinics into their formal structure. This article analyzes the care models and tensions that permeate the outpatient setting within this field. The discussion stems from a section of a doctoral thesis, developed through intervention research with a cartographic approach, in a mental health outpatient clinic in a medium-sized municipality in the metropolitan region of Curitiba, Paraná. Data collection strategies included document analysis of the (re)composition of the RAPS (2011–2023), participant observation as a researcher-worker, and the proposal of a therapeutic group within the service. Three phases are identified: the first, under a traditional model; the second, marked by normative changes and team recomposition, driving a review of practices towards the psychosocial model; and the third, characterized by loss of professional autonomy, specialization, and fragmentation of actions. It is argued that tensions persist between the asylum/biomedical and psychosocial models, as well as disputes between matrix integration and fragmented specialization. Field experience indicates that, as relevant as creating services, is defining care models that guide practices aimed at the comprehensiveness of the Brazilian Unified Health System (SUS).

KEYWORDS Ambulatory care. Psychiatric rehabilitation. Unified Health System. Psychiatric Reform.

RESUMEN Las Redes de Atención Psicosocial (RAPS) han experimentado una constante reconfiguración en los últimos años, generando tensiones en la integración de las clínicas ambulatorias de salud mental a su estructura formal. Este artículo analiza los modelos de atención y las tensiones que impregnan el ámbito ambulatorio dentro de este campo. El análisis surge de una sección de una tesis doctoral, desarrollada mediante investigación de intervención con un enfoque cartográfico, en una clínica ambulatoria de salud mental en un municipio mediano de la región metropolitana de Curitiba, Paraná. Las estrategias de recolección de datos incluyeron el análisis documental de la (re)composición de las RAPS (2011-2023), la observación participante como investigador-trabajador y la propuesta de un grupo terapéutico dentro del servicio. Se identifican tres fases: la primera, bajo un modelo tradicional; la segunda, marcada por cambios normativos y recomposición del equipo, impulsando una revisión de las prácticas hacia el modelo psicossocial; y la tercera, caracterizada por la pérdida de autonomía profesional, especialización y fragmentación de las acciones. Se argumenta que persisten tensiones entre los modelos de asilo/biomédico y psicossocial, así como disputas entre la integración matricial y la especialización fragmentada. La experiencia de campo indica que, tan relevante como la creación de servicios, es la definición de modelos de atención que orienten las prácticas hacia la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño.

PALABRAS CLAVE Atención ambulatoria. Rehabilitación psiquiátrica. Sistema Único de Salud. Reforma Psiquiátrica.

¹Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) – Irati (PR), Brasil.
fabialafsouza11@gmail.com

Introdução

Desde a década de 1970, o modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil vem sendo questionado, dando espaço à emergência de um paradigma que busca atribuir um ‘novo lugar social para a loucura’ e ampliar as estratégias de cuidado de base comunitária¹.

No contexto brasileiro, essa transformação é conhecida como Reforma Psiquiátrica (RP), um processo profundamente relacionado à Reforma Sanitária e à redemocratização do país, com influência da experiência italiana. A proposta de constituição de redes de cuidado em saúde mental, em substituição ao modelo manicomial, acompanha a trajetória da RP, estando presente, com variações de sentido, em diversas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, assim como em documentos que orientaram a política de saúde mental entre o final do século XX e o início do século XXI². Entretanto, somente em 2011 é publicada a primeira portaria que busca explicitar, de modo integrado, a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), assim como as suas diretrizes de funcionamento, componentes e pontos de atenção³. Após a primeira portaria, outras surgiram, alterando a configuração dos componentes da Raps^{4,5}.

Enquanto alguns pontos se mantiveram nas diferentes publicações – como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) – outros pontos de atenção, dentre os quais destacamos os ambulatórios, foram ora excluídos ou incluídos na Raps, expressando as disputas em torno de sua constituição. A despeito de fazer parte ou não das portarias que formalizam a Raps, os ambulatórios seguiram existindo na realidade de muitos municípios brasileiros, justificando pesquisas que possam colocar em análise a sua existência no cenário atual da RP.

No Brasil, os ambulatórios de saúde mental apresentam modos de funcionamento diversos, expressando diferentes concepções de cuidado, propostas de intervenção e relação com o público atendido. É possível distinguir

dois modelos principais: o ambulatório tradicional e o ambulatório alinhado à RP, cada um refletindo paradigmas específicos de atenção e organização do trabalho em saúde mental⁶.

Historicamente, o ambulatório tradicional está ancorado em uma lógica médico-centrada, orientada pela busca de normalização dos sujeitos, baseada na centralidade da prescrição medicamentosa e no manejo de sintomas – os quais, conforme sua intensidade, definiriam se o sujeito permaneceria no ambulatório ou teria como destino a internação⁷. Bezerra Jr⁸ descreve que, nas práticas médicas no setor público ambulatorial da década de 1980, os psiquiatras não atendiam, mas sim despachavam, assim como não medicavam, mas sim repetiam receitas a pacientes sem rosto e sem história. Nesse mesmo caminho, existe também a compreensão de que o hospital psiquiátrico e o ambulatório forjados ao longo das décadas de 1970 e 1980 faziam parte de um mesmo modelo institucional dominante, centralizado na figura do médico, da doença, operando pelo ajuste de medicamentos à expressividade de sintomas⁷. As equipes multiprofissionais, quando existentes, eram acessadas a partir do encaminhamento médico, sob perspectiva verticalizada de relação.

Essa configuração reflete o ‘paradigma da exclusão’⁹, no qual o sofrimento psíquico é reduzido a uma disfunção individual a ser corrigida e o sujeito é destituído de sua voz e de sua história. O predomínio do saber psiquiátrico e a ênfase sobre o controle dos sintomas reforçam uma forma de cuidado pautada na tutela e na medicalização, que desconsidera a complexidade das experiências subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento mental. Nesse modelo, o atendimento tende a se organizar de maneira fragmentada, com pouca abertura para o diálogo entre diferentes saberes e escassa articulação com outros dispositivos de atenção, distanciando-se de uma concepção ampliada e comunitária de cuidado⁶.

O modelo tradicional é perpassado pela adoção de práticas de seleção de usuários mais aderentes às abordagens clínicas tradicionais,

especialmente no que se refere às práticas psicológicas, o que reforça a manutenção de um dispositivo centrado no atendimento em consultório, de médio e longo prazo. Como consequência, produz longas filas de espera que dificultam o acesso da população. A própria existência dessas filas e a ausência de tecnologias de acolhimento revelam o caráter excludente e hierarquizado desse modelo. Historicamente, também houve uma crítica à seleção de uma clientela que possui um corte de classe e renda que tende a excluir as populações periféricas e vulnerabilizadas¹⁰.

Desse modo, as primeiras experiências de Caps surgem visando a proporcionar outras formas de cuidado, superando o binômio hospital psiquiátrico-ambulatorio⁷. Ao longo dos anos 2000, a partir da Portaria nº 336/2002, os Caps se tornam dispositivos estratégicos para a implantação da RP, em articulação com outros pontos da rede. A priorização e incentivo aos Caps não fez, entretanto, com que os ambulatorios desaparecessem das realidades concretas de diversos municípios.

Nesse contexto, em contraposição ao modelo tradicional, emergem também experiências de ‘ambulatorios da Reforma Psiquiátrica’, incorporando os princípios e diretrizes da atenção psicossocial, que priorizam a escuta do sujeito em sua singularidade¹¹. Nessa perspectiva, o cuidado é concebido de forma ampliada, orientado pelas necessidades específicas de cada usuário e pela construção de redes de apoio e corresponsabilidade⁶. Espera-se, desse dispositivo reformulado, a adoção de práticas interprofissionais¹², com caráter mais horizontalizado, sustentadas em reuniões de equipe, trocas sistemáticas, bem como a construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a articulação com outros pontos da Raps. As ações passam a incluir dispositivos de acolhimento, ampliando as ofertas de cuidado além do atendimento individual em consultório tradicional. A proposta incorpora práticas grupais, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e ações de promoção e prevenção em saúde mental articuladas ao

território e às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A integração do ambulatorio com a ESF e outros dispositivos da atenção primária passa a ser um avanço significativo na construção de uma rede territorializada e conectada às necessidades dos usuários¹³. Por meio do matriciamento e do apoio matricial, pretende-se fortalecer o cuidado no território, aproximando a clínica especializada do cotidiano dos usuários.

Embora os Caps sejam fundamentais para o cuidado de casos mais graves, há uma lacuna importante na atenção a sujeitos com sofrimentos leves ou moderados¹⁴. Onocko Campos et al.¹⁵ mostram que, no contexto dos Caps de Campinas, embora exista uma rede de centros bem estabelecida, persiste a necessidade de dispositivos suplementares tais como ambulatorios especializados, ações comunitárias, centros de convivência para preencher lacunas na gestão, na oferta de recursos humanos e no atendimento diferenciado das demandas não-graves.

Nesse cenário, os ambulatorios ganham centralidade como espaços de disputa e reinvenção. Apesar da relevância dos ambulatorios alinhados à RP, um dos desafios persistentes refere-se à sua posição institucional na Raps. Até 2017, esses dispositivos não eram oficialmente reconhecidos como pontos de atenção da rede¹⁶. A normativa posterior alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6^{4,5}, incluiu formalmente tanto os ambulatorios especializados como os hospitais psiquiátricos na Raps, no bojo da chamada ‘nova política de saúde mental’, implantada a partir da incorporação de diretrizes mais conservadoras na política de saúde mental, pelo governo de Michel Temer, seguido pelo de Jair Bolsonaro. Tal inclusão foi amplamente debatida e vista como um retrocesso em relação às diretrizes originais da RP¹⁷. Isso, porque ela representou o fortalecimento simultâneo de duas lógicas historicamente criticadas: a hospitalar/manicomial, pela reintrodução dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção, e a especializada, pela valorização dos dispositivos ambulatoriais em

detrimento da atenção territorial e comunitária. Esse reposicionamento institucional tensiona o campo da saúde mental, uma vez que recolocou em evidência o risco de reforço do modelo biomédico e da fragmentação do cuidado⁶.

Nos anos seguintes, novas portarias foram publicadas, reformulando novamente a estrutura da Raps e evidenciando a constante disputa de paradigmas no campo da saúde mental. Em 2023, houve a revogação da normativa anterior, promovendo mudanças significativas na rede¹⁸. Entre as alterações, extinguiu as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e dos Caps AD IV, ao mesmo tempo em que reintroduziu os leitos de saúde mental em hospitais gerais como dispositivos estratégicos para a internação, no lugar dos hospitais psiquiátricos.

Essas transformações revelam que o campo da saúde mental no Brasil segue marcado por movimentos pendulares entre a Reforma e a contrarreforma, em que a disputa entre modelos de atenção, ora mais centrados na lógica comunitária ora mais próximos da racionalidade médico-hospitalar e especializada, molda continuamente a configuração dos dispositivos e a efetividade das políticas públicas. No contexto deste trabalho, destacamos o movimento inaugurado pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017, cuja inclusão dos ambulatórios e hospitais psiquiátricos na Raps reabriu a discussão sobre os rumos da Reforma e os riscos de retorno a práticas que ela historicamente buscou superar.

Este artigo tem o objetivo de analisar os modelos de cuidado em saúde mental e as tensões que perpassam o dispositivo ambulatorial no campo da saúde mental. É um recorte analítico de uma pesquisa de doutorado cujo objetivo foi o de cartografar a saúde mental da população imigrante em um ambulatório¹⁹.

Metodologia

Este artigo constitui um recorte analítico de uma pesquisa mais ampla que buscou

cartografar a saúde mental da população imigrante atendida em um ambulatório de um município de médio porte da região metropolitana de Curitiba, Paraná, Brasil¹⁹. No entanto, o recorte proposto se atém à discussão sobre os modelos de cuidado que perpassam o dispositivo ambulatorial, embora as especificidades relacionadas aos imigrantes não serão abordadas neste artigo.

A pesquisa respeitou a abordagem cartográfica²⁰, configurando-se como uma pesquisa-intervenção, desenvolvida entre 2021 e 2025. Um dos desafios aos quais a cartografia se propõe é o de acompanhar processos, colocando em análise seus efeitos e deslocamentos. As estratégias de produção dos dados envolveram a análise documental, a análise de viabilidade e proposição de um grupo terapêutico para imigrantes e a observação participante das reuniões de equipe. A pesquisadora atuava como servidora pública e integrava a equipe técnica do referido serviço, participando diretamente das atividades de cuidado, tanto no âmbito individual como coletivo, no envolvimento nas discussões de equipe, na reorganização das práticas e na experimentação de estratégias de cuidado grupais.

Entre final de 2024 e início de 2025, diante da instauração de novas diretrizes de funcionamento do serviço, a pesquisadora desligou-se do serviço, o que também compôs sua posição ética e política frente às transformações institucionais observadas. Essa trajetória pode ser compreendida por meio de da noção de ‘prático-pesquisador’²¹, na medida em que a produção do conhecimento se deu em estreita articulação com o fazer profissional, em um movimento contínuo entre intervenção e análise, no próprio campo de atuação²¹. Nesta perspectiva não existe neutralidade mas implicação, a qual deve ser constantemente colocada em análise em momentos de supervisão, em discussões no grupo de pesquisa, na arguição das bancas de qualificação e defesa de tese etc.

A equipe realizou registros no diário de pesquisa, envolvendo tanto o registro de notas

descritivas de momentos vivenciados no cotidiano do serviço como de impressões, afetos e desassossegos que acompanharam a inserção do campo-tema e compõe a pesquisa²².

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Conep) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), sob o CAAE nº 74164223.2.0000.8967, com parecer, número 6.386.931, emitido em 4 de outubro de 2023.

Para o recorte analítico proposto, destacamos documentos que incidem sobre a composição dos pontos de atenção da Raps e o componente ambulatorial em saúde mental no período 2011 a 2023; e uma análise de como essas transições se expressaram no campo de intervenção da pesquisa, tensionando modelos de atenção mais convergentes ao modo psicossocial ou ao modelo asilar e biomédico²³.

Em relação à proposição de um grupo para imigrantes com sofrimento psíquico, não faremos uma análise exaustiva, mas de alguns analisadores emergentes em seu processo de proposição e execução que convergem para o recorte analítico proposto. O analisador é compreendido como aquilo que irrompe no processo de pesquisa e força a análise a acontecer, revelando os atravessamentos institucionais²². Tomamos como analisador dois momentos distintos: quando a pesquisa foi proposta, havia condições para criar um grupo voltado a imigrantes com sofrimento psíquico, em consonância com o modelo de atenção do serviço. Posteriormente, essa proposta, ou qualquer outra proposta de grupo ou articulação em rede, deixou de convergir com as novas diretrizes, tornando-se um analisador das disputas de modelos de atenção no serviço.

A partir desse enquadramento, delimitam-se três momentos na trajetória do ambulatorio: um primeiro, marcado pela organização inicial sob um modelo tradicional; um segundo, atravessado por mudanças normativas e pela recomposição da equipe, que impulsionaram a revisão das práticas de cuidado, em convergência ao modelo psicossocial; e um terceiro, caracterizado pela perda de autonomia e por

retrocessos nas ações, em articulação com transformações nas políticas de saúde.

Resultados e discussão

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado por níveis de densidade tecnológica, dispostos em redes, adotando uma lógica de estratificação das demandas dos usuários, pensando o cuidado mais adequado conforme sua necessidade no momento. No campo da saúde mental, essa organização sofre impactos diretos das políticas de governo, que influenciam a configuração das redes, alterando suas nomenclaturas, diretrizes e perspectivas de atuação. Giovanella, Franco e Almeida¹⁷ afirmam que, durante o governo Bolsonaro, houve retrocessos significativos nas políticas sociais, com perdas de direitos e enfraquecimento da democracia, agravando os determinantes sociais do processo saúde-doença.

O campo da saúde mental passou por transformações significativas na regulamentação da Raps. A Portaria nº 3.088/2011, que originalmente instituiu a Raps, foi posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, responsável por reunir e sistematizar as normas vigentes no âmbito do SUS. Na sequência, a Portaria nº 3.588/2017 introduziu modificações na composição da rede, com destaque para a inclusão dos hospitais psiquiátricos como pontos de atenção, além da inserção dos ambulatorios de saúde mental no componente de atenção especializada, que até então era constituído apenas pelos Caps, em suas diferentes modalidades. Esse movimento reorientou as diretrizes da política de saúde mental brasileira, exercendo impacto direto na configuração dos serviços e na lógica de cuidado.

De modo análogo, as transformações nas portarias que regulamentam o trabalho em saúde evidenciam uma mudança de diretrizes e prioridades na Atenção Primária à Saúde (APS). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado pela Portaria nº 154/2008²⁴ e reordenado pela Portaria nº 2.488/2011²⁵,

vinculada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tinha como eixo estruturante o apoio matricial, a transversalidade do cuidado e a construção de redes de referência e contrarreferência voltadas ao fortalecimento da atenção básica, em consonância com a proposta de clínica ampliada²⁶.

Com a Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Programa Previne Brasil²⁷, houve uma redefinição dos critérios de financiamento da APS, aprofundando a descontinuidade do modelo anterior e fragilizando a sustentabilidade dos Nasf. Com a Nota Técnica nº 3/2020, que revogou os parâmetros de custeio e composição das equipes dos Nasf²⁸, houve o desfinanciamento e consequente credenciamento progressivo dos Nasf em diversos municípios. Sob a justificativa de conferir maior autonomia aos gestores locais, o governo federal retirou o incentivo financeiro, resultando na redução expressiva dessas equipes, processo que se acentuou durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022).

Ao mesmo tempo em que houve um desinvestimento nos NASF, emergiu a proposição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)²⁹, privilegiando o cuidado especializado em detrimento do matriciamento¹¹. Essas equipes se estruturaram prioritariamente em torno das especialidades, reforçando uma lógica mais verticalizada e fragmentada de atenção. Entendemos que as EMAESM configuram uma atualização da lógica ambulatorial em saúde mental no SUS, na medida em que atualizam práticas centradas no atendimento individual e na organização do cuidado a partir de uma racionalidade médico-centrada, expressando uma política de governo que colocou mais ênfase na perspectiva da especialização do cuidado.

A partir de 2023, na vigência de um novo governo, novas revisões na política de saúde mental passaram a ser realizadas, visando a um realinhamento aos princípios da RP. Nesse movimento, o financiamento das EMAESM já existentes seguiu, embora o credenciamento de novas EMAESM tenha sido desestimulado. Como alternativa, a Portaria nº 635/2023³⁰

regulamentou as Equipes Multiprofissionais (eMulti) na APS para recompor a oferta multiprofissional na APS, buscando uma atuação mais descentralizada e adaptável às demandas locais. Enquanto a EMAESM corresponde ao componente especializado da Raps, as eMulti vinculam-se ao componente da atenção básica em saúde da Raps, expressando diferentes intencionalidades e projetos no desenho das redes.

Esse percurso evidencia que o período de 2017 a 2025 foi marcado por movimentos de ruptura e posterior recomposição na política de saúde mental. A inclusão ou exclusão de determinados serviços ou a mudança de nomenclaturas revela uma intencionalidade, que expõe os modelos de atenção que se pretende fortalecer e incentivar.

A transição de modelos no campo de intervenção

Esta pesquisa, desenvolvida entre 2021 e 2025 em um ambulatório de saúde mental, insere-se no contexto de coexistência e transição de serviços, em que práticas associadas ao apoio matricial convivem com a expansão de formatos voltados à especialização e segmentação do cuidado. Analisaremos algumas linhas de constituição histórica e contextuais do serviço ambulatorial que se constitui como campo de intervenção da pesquisa, na relação com a Raps do município.

Em 2019, o município contava com o Nasf, no âmbito da atenção básica. Sua presença na Raps fazia com que pessoas com sofrimento psíquico leve não chegassem nos pontos relacionados à média densidade tecnológica; ou fossem encaminhadas ao ambulatório, que, na época, contava com duas psicólogas.

Em 2020, sob o impacto da Nota Técnica nº 3/2020²⁸, o município deixou de ter Nasf e as demandas antes atendidas na atenção básica passaram a ser encaminhadas ao ambulatório. Além disso, em função das medidas de restrição sanitária decorrentes da pandemia de covid-19, os Caps deixaram de realizar atendimentos em grupos, dentre outras ações estratégicas dos

serviços de saúde mental tais como visitas domiciliares, espaços de convivência e reuniões de rede. Tais aspectos foram especialmente desafiadores, entendendo que o Caps é baseado na dimensão coletiva do cuidado.

Redes de saúde de todo o país estavam em um momento crítico de incertezas e as demandas de atendimento em saúde mental aumentaram no ambulatório. Em 2020, sob a coordenação de uma enfermeira responsável pela organização da rede e dos fluxos em saúde mental, houve uma recomposição da equipe de saúde mental do Município, caracterizada pela entrada de uma nova psicóloga, pelo remanejamento de uma psicóloga do antigo Nasf, pela transferência de uma profissional da Secretaria de Educação e pelo retorno de outra psicóloga após licença maternidade. Nesse mesmo período, iniciou-se a primeira turma da residência em saúde mental no município, o que contribuiu para intensificar os movimentos de reflexão e revisão das práticas no serviço.

A partir dessa nova composição da equipe, foi construído um novo protocolo de atendimento no ambulatório de especialidades que propunha a ampliação do cuidado e implicou o redimensionamento dos processos de trabalho no serviço. Em 2021, o serviço habilitou uma EMAESM e a equipe passou a contar com duas psicólogas e um psiquiatra vinculadas ao ambulatório; e duas psicólogas, um psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira vinculadas à EMAESM.

Como já descrito na metodologia, para fins de análise, propomos três momentos distintos para compreender a trajetória do ambulatório. O primeiro refere-se à organização inicial do serviço, marcada por um modelo mais tradicional de atendimento. O segundo considera o contexto histórico, incluindo tanto as mudanças normativas como a composição de profissionais que passaram a integrar o serviço e a buscar novas formas de cuidado. O terceiro corresponde a um período caracterizado por perda de autonomia e retrocesso nas ações, refletindo mudanças nas políticas de saúde que impactam o funcionamento do ambulatório.

O primeiro momento é caracterizado pela identificação de desafios relacionados à duração prolongada das terapias no serviço e filas de espera estagnadas. Além disso, muitas vezes, os profissionais não tinham conhecimento prévio da gravidade das demandas aguardando atendimento nem existia uma perspectiva de cuidado compartilhado com outros pontos da rede. Essas características evidenciam uma aproximação do serviço ao modelo ambulatorial tradicional, marcado pela fragmentação do cuidado, ausência de reuniões de equipe e discussões de caso entre diferentes áreas profissionais, bem como pela não utilização do PTS.

Esse diagnóstico levou à proposta de um novo projeto para o serviço, caracterizando um segundo tempo que coincide com a ampliação da equipe, conforme já descrito. O serviço passou a propor a psicoterapia breve focal e, caso surgissem novas demandas, os usuários eram encaminhados para outras estratégias de atenção na rede ou inseridos em outras terapêuticas no próprio serviço que não exclusivamente centradas no atendimento individual. Essa reorganização teve por objetivo otimizar o fluxo de usuários, ampliar a cobertura e promover uma articulação mais efetiva com a rede de cuidado.

Visando a redefinir a relação de acesso ao serviço, foi definido um dia na semana para a realização dos acolhimentos. O ambulatório e a EMAESM não tinham porta aberta: o encaminhamento era realizado pela equipe de ESF de referência do usuário, passava por uma Central de Marcação de Consultas para, então, chegar no serviço. O serviço ocupava o lugar de atendimento às pessoas que apresentavam transtornos mentais prevalentes e de gravidade moderada, as quais, muitas vezes, não demandavam a atenção mais intensiva dos Caps, entendidas pelas equipes de ESF como demandas de suporte especializado.

A inserção no serviço iniciava com o acolhimento, que ajudou a substituir a perspectiva da fila de espera, qualificando o modo de acesso ao serviço. Essa reorientação do

funcionamento do ambulatório, mais afinado à perspectiva psicossocial, foi sustentada no período de 2020 a 2023. Após o acolhimento, o caso era discutido em reunião de equipe e no encontro seguinte do profissional de referência com o usuário era realizado o PTS, o que envolvia decidir quais recursos terapêuticos seriam acessados naquele momento.

A partir da discussão de caso em reunião de equipe, eram pensadas possibilidades de atendimentos individuais e coletivos, sem desprezar as restrições sanitárias decorrentes da pandemia de covid-19. Com a flexibilização das normas sanitárias a partir do final de 2021 e ao longo de 2022, houve o gradativo retorno de reuniões e foi possível dar início aos pequenos grupos. Os grupos eram propostos conforme as demandas emergentes no serviço e por afinidades ou situações comuns a um grupo de sujeitos, por exemplo, o ‘grupo de luto para crianças’ e o ‘grupo de familiares de usuários de substância psicoativas’, que foram necessários por um período e depois deixaram de ser demanda, o que não impedia que voltassem a acontecer.

Nesse processo, foram propostas diversas estratégias de atendimentos: psicoterapia breve individual, grupo de luto, grupo de saúde alimentar, grupo de mulheres, grupo de homens, grupo de adolescentes, grupo de habilidades socioemocionais para crianças, grupo de saúde mental I para pessoas com sofrimento psíquico grave de longa data; grupo de saúde mental II para manejo da ansiedade; grupo de orientação parental; grupo de cuidadores; grupo de juventude; grupo de idosos; grupo de 17+ para jovens entre 16 e 18 anos; monitoramento realizado pela assistente social; grupo de saúde mental e arte. Diante desse modo de funcionamento, também foi possível propor, no âmbito da pesquisa, a realização de um grupo terapêutico para imigrantes, após levantamento que identificou e caracterizou a presença de demandas específicas.

Em 2024, após quatro anos em que a equipe estava funcionando sob modos de cuidar mais ampliado, a gestão decidiu retomar o

modelo anterior, centrado no dispositivo dos atendimentos individuais ou ‘consultação’, justificando a medida como uma forma de aumentar a produtividade do serviço. Nesse processo, passaram a ser suspensos o acolhimento, as triagens e as reuniões de equipe, além de reduzido o tempo destinado a cada atendimento. O desgaste da resistência das equipes às mudanças gerou não só afastamentos e desligamentos de membros da equipe como também um processo de conformação às novas diretrizes de gestão. Tal reorganização instituiu uma lógica fragmentada, comprometendo a integralidade do cuidado e a autonomia dos profissionais.

Nesse momento, tornou-se inviável o desenvolvimento de algumas estratégias formuladas no âmbito da pesquisa, que envolviam a proposição de um novo grupo terapêutico para imigrantes ou a possibilidade de composição de um grupo de saúde mental para imigrantes numa perspectiva compartilhada com equipes de ESF. Verificou-se que a inexistência de diretrizes bem estabelecidas na política nacional para os serviços ambulatoriais dificultou um amparo à equipe no processo de enfrentamento às mudanças. Diferentemente dos Caps, que tem diretrizes bem estabelecidas, os ambulatórios oscilam entre compor ou não a macropolítica e, quando não compõem, fica a cargo do próprio Município configurar suas diretrizes de funcionamento, que podem estar mais alinhadas ao modelo psicossocial ou ao modelo tradicional.

Esse contexto de transformações no serviço e na rede fez emergir analisadores importantes. Por um lado, a confusão entre os níveis de densidade tecnológica no percurso revelou tensões próprias do instituído; por outro, abriram-se linhas de fuga que favoreceram processos de transversalidade, entendida como uma forma de relação institucional que amplia a circulação de sentidos além das hierarquias fixas³¹.

Esses processos possibilitaram a promoção de maior autonomia profissional em momentos estratégicos, a criação de grupos orientados pelas demandas concretas e a formação de

encontros entre pessoas com demandas semelhantes, configurando movimentos instituintes que atravessam e renovam o modo de funcionamento da rede. A autonomia profissional dos técnicos em saúde mental potencializou a qualidade do atendimento, pois, diferente de protocolos rígidos e centralizados, possibilita responder às demandas específicas dos usuários, promovendo um cuidado mais humanizado. O profissional, na condição de um sujeito ativo, está correlacionado às relações de poder e processos de subjetivação em um estabelecimento, pois auxilia na construção de uma postura mais democrática de cuidado³².

No tocante aos modelos de atenção que perpassam o dispositivo ambulatorial em análise, Costa-Rosa²³ traz contribuições à discussão ao diferenciar o modelo asilar do modelo psicossocial, dado que as configurações de atenção estabelecem uma relação de causa e efeito e os aspectos teórico-técnicos não podem ser dissociados dos aspectos históricos, político-ideológicos. Para o autor, o modelo asilar pressupõe maior valorização dos pontos de atenção especializados, especialmente hospitalares, focados na remissão de sintomas e desconsiderando outros aspectos da vida do sujeito, modelo esse muito alinhado ao cuidado fragmentado que comumente ocorre no modelo ambulatorial. Por outro lado, o modelo psicossocial visa à integralidade do cuidado no território, considerando que o sofrimento é uma resposta a aspectos da vida do sujeito, além do diagnóstico. O medicamento não deixa de ser utilizado, mas atua como um dos coadjuvantes nos tratamentos e não necessariamente como único ou principal recurso terapêutico.

Merhy³³ aponta a importância de a atenção psicossocial ser territorial e comunitária. Portanto, podemos pensar em uma rede de cuidado com diferentes configurações: com ações de saúde mental na atenção básica e Caps, sem ambulatório; com ações de convivência e espaços culturais; com Caps sem ações comunitárias, exercendo a função de ambulatório; e também ambulatórios que propõem ações além dos especialismos, articulando-se

com a rede e com o território, e promovendo ações coletivas integradas com a equipe.

Dessa forma, no serviço ambulatorial em análise neste artigo, houve um primeiro momento em que predominou o modelo tradicional de ambulatório, seguido por um momento em que predominou o modo psicossocial e um terceiro momento em que há o retorno do modelo tradicional. Chamamos a atenção para a necessidade de colocar em análise não apenas a existência de um serviço chamado ‘ambulatório’, mas o modelo de atenção que o perpassa, revelando os mandatos públicos atrelados.

Zambenedetti² afirma que uma rede é um arranjo temporário e que, nos diferentes modos de dispor fluxos e serviços, os modelos podem coexistir, ainda que de forma contraditória, como no caso do hospital psiquiátrico e dos serviços da rede substitutiva. Ou seja, os modelos de cuidado podem se hibridizar no cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, serem suscetíveis à captura pela lógica hegemônica, evidenciando que o processo de desinstitucionalização é cotidiano e nunca cessa. A experiência do ambulatório evidencia concretamente essas disputas, que atravessam o cotidiano das equipes, a organização do serviço e as apostas da gestão local. As tensões entre a ampliação do cuidado, ensaiada em determinados momentos, e o retorno a práticas centradas no modelo ambulatorial tradicional expressam esse movimento de coexistência e disputa entre diferentes racionalidades de atenção.

Considerações finais

As mudanças recentes nas normativas do SUS – da extinção do Nasf ao surgimento das EMAESM e das eMulti – não podem ser compreendidas apenas como ajustes técnicos, mas como expressão de diferentes projetos de sociedade. A Reforma Sanitária foi atravessada pela disputa entre o ideário da democratização da saúde e as forças neoliberais de mercantilização, disputa que se atualiza no contexto

atual. No campo da saúde mental, a RP buscou reposicionar a loucura no espaço social, mas sempre sob ameaça de retrocessos.

Em relação aos ambulatórios, vimos que eles foram considerados, na condição de modelo institucional, uma estratégia frágil para garantir o processo de desinstitucionalização pretendido pela RP na década de 1980 e 1990. Esse aspecto levou a uma priorização de outros pontos de atenção na política nacional de saúde mental, como os Caps e a atenção em saúde mental na atenção básica. Apesar disso, tais dispositivos não deixaram de existir na realidade concreta de diversos municípios, passando a compor a Raps formalmente em 2017, que se expandiu por meio das EMAESM a partir de 2020 e novo recuo em seu reconhecimento a partir de 2023. Esses movimentos de descontinuidade expressam o quanto os ambulatórios ocupam lugar de disputa.

Além da existência ou não dos ambulatórios, discutimos o quanto tal dispositivo pode ser permeado por diferentes modelos de atenção, mais alinhados às perspectivas da saúde coletiva e da atenção psicossocial ou, por outro lado, mais alinhados ao modo asilar e à perspectiva biomédica.

O trabalho em saúde não é apenas aplicação de técnicas, mas produzir potenciais de vida no encontro entre trabalhadores e usuários. Esse encontro é sempre atravessado por forças: ora de captura da vida, ora de abertura de linhas

de fuga para o cuidado integral e comunitário. O ambulatório foi perpassado por diferentes modelos de atenção, evidenciando disputas paradigmáticas no campo da saúde coletiva e saúde mental. Criaram-se grupos e ações psicossociais operando em um 'entre-lugar' nem plenamente alinhado ao modelo psicossocial nem totalmente submisso à lógica biomédica.

O desafio está em compreender o modelo que opera no cotidiano dos serviços, portanto, está em promover a convergência desses diferentes dispositivos para o modelo psicossocial, articulando-os de forma coerente e integrada, de modo a fortalecer vínculos comunitários, garantir a continuidade do cuidado, ampliar a participação social e reduzir a fragmentação, transformando a rede não apenas em um conjunto de serviços, mas em um espaço vivo de cuidado territorial e coletivo, capaz de responder às demandas complexas da saúde mental.

Contribuições de autoria

Souza FF (0000-0003-1188-4326)* e Zambenedetti G (0000-0002-7372-9930)* contribuíram para concepção, coleta e interpretação de dados, redação e revisão, aprovação da versão final do manuscrito, assumindo igualmente a responsabilidade por todo o trabalho. ■

Referências

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Zambenedetti G. Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública: uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 dez 23 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 28 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 28.
6. Cardozo TB, Monteiro RAP. Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(2):31-44. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768>.
7. Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá; 1996.
8. Bezerra Júnior B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. p. 133-170.
9. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
10. Ferreira Neto JL. Psicologia, políticas públicas e o SUS. Belo Horizonte: Escuta/FAPEMIG; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
12. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, et al., editores. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2016.
13. Damos I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017;27(4):911-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>
14. Perico W, Rinaldi DL. A reorientação das práticas ambulatoriais na saúde mental coletiva a partir dos grupos de recepção. *Rev Subjetividades*. 2022;22(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i1.e11285>
15. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Pública*. 2009;43(4):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 dez 22 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
17. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(4):1475-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 757, de 6 de junho de 2023. Redefine as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jun 7 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html
19. Souza FF. Entre a captura medicalizante e o cuidado decolonial: uma cartografia da saúde mental de imigrantes [tese]. Irati (PR): Universidade Estadual do Centro-Oeste; 2025.

20. Passos E, Kastrup V, Escossia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012.
21. Lavergne C. La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Rech Qual*. 2007;3:28-43.
22. Lourau R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
23. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2008 jan 24 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011 out 24 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
26. Campos GWS. Cogestão e apoio matricial: fundamentos teórico-práticos para gestão e organização da atenção primária. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2007.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2019 nov 12 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 out 26]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR). *Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 out 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui modalidades de equipes multiprofissionais (E-MULTI) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2023 maio 22 [acesso em 2026 jun 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
31. Guattari F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. 2ª ed. Aparecida: Ideias & Letras; 2004.
32. Campos GWS. Autonomia e responsabilidade: a gestão compartilhada do trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2000. p. 191-204.
33. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Recebido em 26/10/2025

Aprovado em 19/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Regulamentação e controle do consumo de psicofármacos por crianças no Brasil: análise documental

Regulation and control of psychotropic drug prescriptions used by children in Brazil: A document analysis

Regulación y control del consumo de psicofármacos por parte de niños en Brasil: análisis documental

Marta Baltazar dos Santos Cerqueira¹, Marta Silva Menezes¹, Leila Marta Sampaio de Andrade¹, Mônica Ramos Daltro¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011410P

RESUMO Este artigo analisou legislações e documentos oficiais vigentes no Brasil que regulam a prescrição e dispensação de psicofármacos, identificando as exigências de controle para uso em crianças. A metodologia adotada foi a análise documental com análise de conteúdo, sendo avaliados 23 documentos selecionados a partir de buscas em plataformas digitais e *sites* oficiais do governo. A análise revelou três categorias temáticas: prescrição e regulamentação do receituário, sistemas de controle e uso racional de medicamentos. As normas que regulamentam a prescrição de medicamentos sob controle especial estão bem delimitadas nos documentos oficiais. Contudo, os sistemas de controle apresentam lacunas na coleta e no registro de dados. A ausência de exigência de esclarecimento sobre efeitos adversos, as falhas nos sistemas de informação e a farmacovigilância reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas ao aperfeiçoamento dos sistemas e à prevenção do uso inadequado de psicofármacos na infância.

PALAVRAS-CHAVE Psicotrópicos. Criança. Medicalização. Uso de medicamentos.

ABSTRACT This article analyzed current Brazilian legislation and official documents regulating the prescription and dispensing of psychotropic drugs, identifying the control requirements for their use in children. The methodology adopted was document analysis combined with content analysis, in which 23 documents selected from searches on digital platforms and official government websites were evaluated. The analysis revealed three thematic categories: prescription and regulation of prescriptions, control systems and rational use of medicines. The rules governing the prescription of controlled medications are clearly defined in official documents. However, the control systems have presented gaps in data collection and recording. The absence of requirements for clarification on adverse effects, failures in information systems and pharmacovigilance reinforce the need for public policies aimed at improving systems and preventing the inappropriate use of psychotropic drugs in childhood.

KEYWORDS Psychotropic drugs. Child. Medicalization. Drug utilization.

RESUMEN Este artículo ha analizado la legislación y los documentos oficiales vigentes en Brasil que regulan la prescripción y la dispensación de psicofármacos, identificando los requisitos de control para su uso en niños. La metodología adoptada fue el análisis documental con análisis de contenido, para lo cual se evaluaron 23 documentos seleccionados a partir de búsquedas en plataformas digitales y sitios web oficiales del Gobierno. El análisis reveló tres categorías temáticas: prescripción y regulación de las recetas, sistemas de control y uso racional de los medicamentos. Las normas que regulan la prescripción de medicamentos sujetos a control especial están bien definidas en los documentos oficiales. Sin embargo, los sistemas de control presentan lagunas en la recopilación y el registro de datos. La ausencia de requisitos para informar sobre los efectos adversos, las deficiencias en los sistemas de información y la farmacovigilancia refuerzan la necesidad de políticas públicas orientadas a la mejora de los sistemas y a la prevención del uso inadecuado de psicofármacos en la infancia.

PALABRAS CLAVE Psicotrópicos. Niño. Medicalización. Utilización de medicamentos.

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador (BA), Brasil.
martacerqueira@bahiana.edu.br

Introdução

A Portaria nº 344/1998, emitida pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde (MS), estabelece normas rigorosas para a prescrição de medicamentos de uso controlado e psicofármacos em geral, incluindo entorpecentes, psicotrópicos, imunossuppressores e substâncias precursoras de medicamentos com potencial de causar dependência química ou física. Os psicofármacos são medicamentos definidos como substâncias químicas naturais ou sintéticas que, quando introduzidas no organismo, podem alterar o comportamento mental, provocando efeitos como excitação, depressão ou perturbações no humor, cognição e consciência, porém, nem todos causarão dependência química ou física. Eles são classificados como antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, psicoestimulantes e antiepilépticos¹.

Nas últimas décadas, observa-se um processo de patologização da cultura que se tornou um dos fenômenos sociais mais inquietantes da contemporaneidade: a medicalização. Coube ao sociólogo Peter Conrad a formalização do termo medicalização como:

processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos²⁽³⁾.

Estudos recentes indicam que a medicalização da vida se manifesta, entre outros aspectos, pelo aumento do consumo de antidepressivos e de outras substâncias psicotrópicas em situações nas quais não há uma patologia claramente definida, funcionando como resposta a tensões cotidianas³.

Nas escolas, crianças consideradas indisciplinadas e desatentas são encaminhadas para psiquiatras e neurologistas a fim de serem medicadas para melhorarem seu desempenho acadêmico⁴. No Brasil, estudo

conduzido com 812 crianças do ensino fundamental em um município do interior do estado do Paraná revelou que 10,7% utilizavam dois ou mais psicofármacos em associação, sendo a combinação mais frequente a de risperidona e metilfenidato, que, juntos, podem ocasionar riscos de eventos adversos graves, como a toxicidade cardíaca⁵.

Alguns autores apontam que a prescrição de psicofármacos por profissionais não especializados em psicopatologia infantil e com pouca experiência no manejo/prescrição desses medicamentos, como pediatras, médicos de família e comunidade, neurologistas e médicos clínicos em geral, também tem contribuído para disseminação da medicalização e, conseqüentemente, para o uso inadequado de psicofármacos na infância⁶. Segundo o relatório europeu Health Behaviour in School-aged Children, da Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de psicofármacos na infância deve ser cauteloso, indicado apenas em casos graves, com risco de suicídio ou quando medidas não medicamentosas se mostrarem ineficazes. Além disso, a prescrição de psicotrópicos deve ser realizada por especialistas (psiquiatras da infância e adolescência) e integrada a um plano terapêutico multidisciplinar⁷.

Nos países pertencentes à União Europeia, o principal órgão responsável pela regulamentação, avaliação e autorização de medicamentos, incluindo os psicofármacos, é a Agência Europeia de Medicamentos, conhecida como European Medicines Agency (EMA). A EMA, por meio do seu Comitê Pediátrico, avalia e aprova os planos de investigação pediátrica dos novos medicamentos, incluindo os psicotrópicos, garantindo indicações de uso, dosagens e formulações específicas para crianças e adolescentes com o objetivo de reduzir o uso *off-label* dessas medicações⁸. Com relação à farmacovigilância, após a autorização, a EMA monitora continuamente a segurança dos medicamentos para detectar quaisquer

efeitos adversos em longo prazo que possam não ter sido aparentes durante os ensaios clínicos iniciais⁹.

Na América do Norte, todos os estados dos Estados Unidos e a maioria das províncias e territórios do Canadá devem implementar os Prescription Monitoring Programs (PMP), que são bancos de dados eletrônicos que coletam em tempo real informações sobre todas as prescrições dispensadas de substâncias controladas. As agências reguladoras dos dois países, Food and Drug Administration (FDA) e Health Canada, também monitoram os relatórios de farmacovigilância para identificar efeitos adversos específicos em crianças, o que pode levar a alterações no rótulo, restrições de uso ou alertas para os profissionais de saúde^{10,11}.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão que, entre outras funções, regulamenta a produção, o transporte, a distribuição, a comercialização e a prescrição de psicofármacos no território nacional. Através da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 27, de 30 de março de 2007, a agência criou o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), que determina a implantação de um módulo eletrônico em drogarias e farmácias privadas para registro da venda de medicamentos sob controle especial, incluindo os psicofármacos¹².

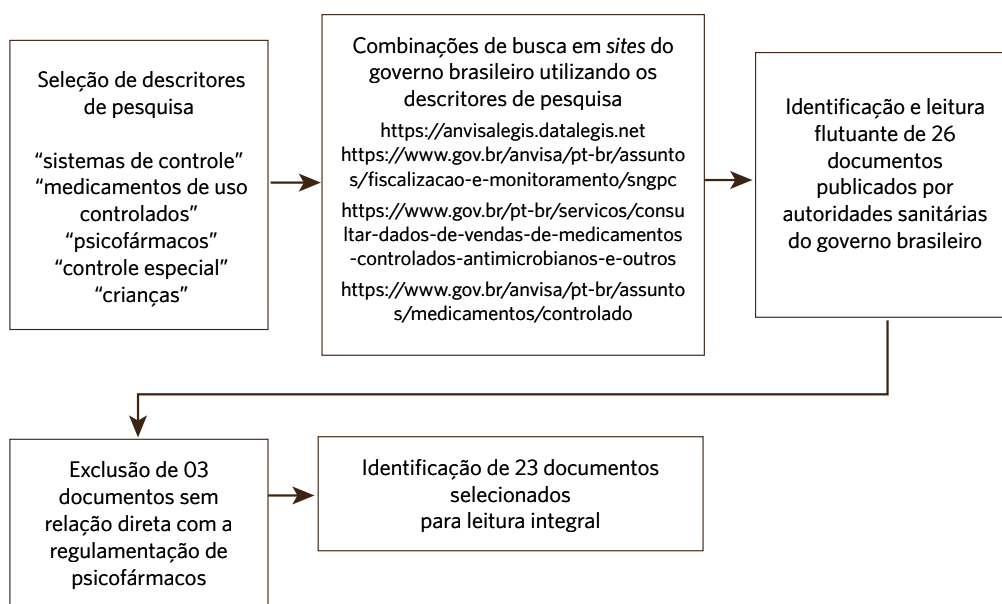
Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo mapear e analisar a legislação e os documentos oficiais vigentes no Brasil que orientam e regulamentam a prescrição e a dispensação de psicofármacos, com ênfase na identificação das exigências normativas de controle voltadas ao consumo desses medicamentos por crianças.

Metodologia

Para a adequada compreensão dos mecanismos de regulamentação e controle do consumo de psicofármacos no Brasil, torna-se imprescindível o conhecimento da legislação pertinente, bem como de outros documentos oficiais elaborados com o propósito de orientar e normatizar esse tema. Nesse contexto, adotou-se a análise documental como metodologia do presente estudo descritivo, por se tratar de um tipo de pesquisa qualitativa fundamentada na coleta, organização e interpretação de documentos. Por se tratar de análise documental de acesso público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Resolução CNS 510/2016.

As buscas documentais foram realizadas por meio da plataforma digital Google, bem como em *sites* oficiais do governo brasileiro. A coleta de dados para a análise documental cumpriu as seguintes etapas:

Figura 1. Fluxo de coleta de dados e seleção de documentos para análise documental

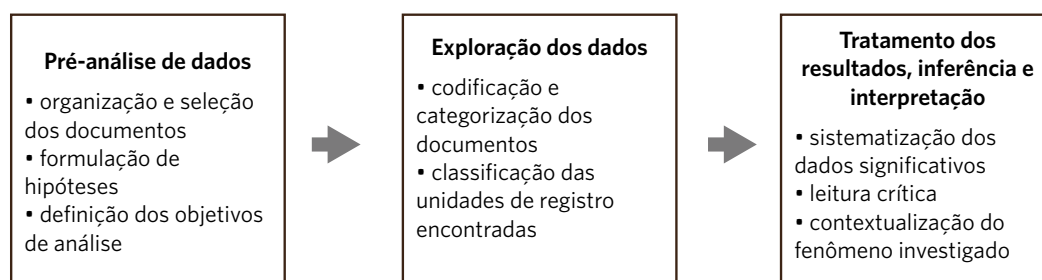


Fonte: elaboração própria.

Foram identificados 26 documentos publicados a partir do ano de 1973, data de promulgação da Lei nº 5.991, que regulamentou, pela primeira vez, o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, além de estabelecer diretrizes para o preenchimento do receituário médico em geral¹³. Após essa leitura preliminar, foram selecionados 23 documentos para análise aprofundada de conteúdo, por tratarem especificamente da prescrição, dispensação e/ou mecanismos de controle do consumo de medicamentos de uso controlado.

Os 23 documentos incluídos no estudo foram lidos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo que, conforme definida por Bardin¹⁴⁽⁴⁰⁾, consiste em um “conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas de descrição do conteúdo”, com vistas à inferência de conhecimentos a partir de dados textuais, sendo comumente empregada em pesquisas documentais. A modalidade eleita foi a categorial (temática), e a análise de conteúdo foi executada em três etapas operacionais:

Figura 2. Etapas da análise de conteúdo dos documentos selecionados



Fonte: elaboração própria.

Após a definição das categorias temáticas, os documentos foram sistematizados em quadros contendo o ano de publicação, a autoria institucional e uma súmula de sua normatização.

Resultados e discussão

Os resultados obtidos a partir da análise documental foram organizados em três categorias temáticas: prescrição de medicamentos sob controle especial e regulamentação do receituário, sistemas de controle e uso racional de medicamentos. Cada uma dessas categorias representa diferentes dimensões da regulamentação, do controle e do uso de psicofármacos.

Prescrição de medicamentos sob controle especial e regulamentação do receituário

Essa categoria refere-se aos documentos que determinam quais medicamentos estão sob controle especial e que normatizam o uso de formulários padronizados, talonários específicos e procedimentos formais de registro. Essas normativas também estabelecem quem está autorizado a prescrever tais medicamentos e quais informações devem, obrigatoriamente, constar no receituário, impactando diretamente a rastreabilidade da prescrição de psicofármacos, por exemplo.

A análise documental revelou que a maioria das normativas foi elaborada pela Anvisa, autarquia criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999¹⁵, vinculada ao MS, com competência para fiscalizar, monitorar e regular produtos e serviços que interfiram direta ou indiretamente na saúde pública, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, agrotóxicos, vacinas, entre outros. No entanto, o principal instrumento normativo para a regulação, monitoramento e fiscalização das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, incluindo a prescrição dos psicofármacos, é a Portaria nº 344, de 12 de maio de

1998, publicada anteriormente à criação da Anvisa, pela SVS do MS. Essa portaria aprova o regulamento técnico sobre substâncias controladas, distribuídas em listas: entorpecentes (listas A1 e A2); psicotrópicos (listas A3, B1 e B2); anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antidepressivos, antipsicóticos, entre outros (lista C1); retinoides (lista C2); imunossuppressores (lista C3); antirretrovirais (lista C4); e anabolizantes (lista C5). Posteriormente, os antirretrovirais foram excluídos do controle especial, por meio da RDC Anvisa nº 103/2016.

De acordo com a Portaria nº 344, além dos médicos, estão autorizados a prescrever medicamentos sob controle especial os cirurgiões-dentistas e médicos veterinários, desde que devidamente habilitados e registrados nos respectivos conselhos profissionais. A diversidade de prescritores de medicamentos sob controle especial torna a prescrição pouco especializada, e, com isso, medicamentos de uso controlado podem ser prescritos por profissionais com pouca experiência no manejo dessas medicações, aumentando o risco de eventos adversos aos pacientes¹⁶.

O talonário da Notificação de Receita 'A' (amarelo) é fornecido gratuitamente pela autoridade sanitária competente (municipal, estadual ou distrital), responsável, também, pelo controle da numeração. Já os talonários de Receita 'B' (azul) têm seus custos de impressão arcados pelo prescritor ou pela instituição vinculada, cabendo à autoridade sanitária fornecer a numeração oficial. As notificações de receita dos tipos 'A' e 'B' devem ser retidas pela farmácia ou drogaria na venda, e seu preenchimento exige dados obrigatórios: numeração oficial; nome, endereço, carimbo com número do conselho e assinatura do prescritor; data de emissão; nome e endereço do paciente; nome, dosagem, posologia, quantidade e forma farmacêutica do medicamento; nome, endereço, telefone, numeração do documento de identidade do comprador; nome e carimbo do fornecedor. O preenchimento deve ser legível e sem rasuras.

Entre os medicamentos que requerem notificação do tipo 'A' estão os psicoestimulantes

lisdexanfetamina e metilfenidato, frequentemente prescritos para crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mesmo sendo este um diagnóstico controverso e que divide especialistas¹⁷. Medicamentos listados na categoria C1 não exigem o uso do talonário de Notificação de Receita, exigindo somente receituário comum em duas vias. Diversos psicofármacos podem ser prescritos dessa forma, sendo a primeira via retida na farmácia ou drogaria para controle sanitário, e a segunda via entregue ao paciente para orientação quanto ao seu uso. Entre eles, destacam-se, por exemplo, a risperidona e o canabidiol (CBD), quando não há concentração de THC.

A risperidona tem sido recomendada pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS no tratamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com sintomas de auto e heteroagressividade, inclusive crianças, mesmo com ensaios clínicos inconclusivos sobre riscos, benefícios e efeitos adversos de seu uso em longo prazo¹⁶⁻¹⁸. O canabidiol (CBD) tem indicação principal em contextos pediátricos como terapia coadjuvante nos tratamentos de crises convulsivas refratárias. No entanto, na prática clínica, o CBD tem sido prescrito *off label* para tratamento de pacientes autistas. A prática da prescrição de psicofármacos *off label* no Brasil é comum. Um

estudo brasileiro identificou que, na tomada de decisão do prescritor, a experiência pessoal (direta ou indireta, através de seus pares) é o fator mais relevante¹⁹.

É interessante notar na legislação a exigência de Termo de Responsabilidade/Esclarecimento, assinado por prescritor e paciente, na prescrição e dispensação de medicamentos de uso controlado, como retinoides sistêmicos (isotretinoína, tretinoína e acitretina) e a talidomida, conforme a RDC Anvisa nº 11/2011. Com relação aos antimicrobianos, a RDC nº 471/2021 da Anvisa estabelece exigência de registro de dados do paciente na via da receita que ficará retida na farmácia, como nome completo, idade e sexo, além do nome do medicamento, dose, concentração, forma farmacêutica, posologia e duração do tratamento em dias^{20,21}. Com relação aos psicofármacos, não há exigências semelhantes para registro de dados dos pacientes ou assinatura de termos de responsabilidade/esclarecimentos quanto ao uso desses medicamentos, que também podem ter efeitos adversos graves, e que também necessitariam de farmacovigilância, especialmente na faixa etária pediátrica.

Os documentos relacionados à categoria temática ‘Prescrição de medicamentos sob controle especial e regulamentação do receituário’ encontram-se sistematizados no *quadro 1*.

Quadro 1. Legislações sobre prescrição e dispensação de medicamentos de uso controlado no Brasil

Legislação	Ano de publicação	Autoria	Normatização
Lei nº 5991/decreto nº 74.170	1973/1974	Casa Civil da Presidência da República (PR)	Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e correlatos, e preenchimento de receituário médico em geral sem especificidade.
Portaria nº 344	1998	Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/MS	Regulamento técnico da Anvisa. Estabelece a lista de substâncias controladas, regras de prescrição e dispensação e ações para prevenção do uso indevido desses medicamentos.
RDC nº11	2011	Anvisa	Regulamenta a dispensação de Talidomida, protegendo pacientes de seus possíveis efeitos adversos. Estabelece regras para a dispensação, como a exigência da apresentação e retenção da Notificação de Receita de Talidomida e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

Quadro 1. Legislações sobre prescrição e dispensação de medicamentos de uso controlado no Brasil

Legislação	Ano de publicação	Autoria	Normatização
Nota técnica sobre a RDC nº 20	2011	Anvisa	Orienta os procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de antimicrobianos informando os dados mínimos do usuário que devem constar na receita: nome completo, idade e sexo do paciente.
RDC nº 327	2019	Anvisa	Dispõe sobre Autorização Sanitária para a fabricação, importação, comercialização, prescrição, dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos à base de <i>Cannabis sativa</i> para fins medicinais.
RDC nº 471	2021	Anvisa	Orienta sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de antimicrobianos de uso sob prescrição, revogando a RDC nº 20.
RDC nº 973/Instrução Normativa 360	2025	Anvisa	Alterou a RDC 471/2021 para incluir os agonistas do GLP-1 (medicamentos para emagrecimento) na lista de medicamentos sob controle e retenção de receita.

Fonte: elaboração própria.

Sistemas de controle

A segunda categoria temática diz respeito aos sistemas de controle, definidos como instrumentos de gestão e monitoramento de dados relacionados à distribuição e ao consumo de medicamentos sob controle especial. Esses sistemas visam a permitir a rastreabilidade dos fármacos, identificar padrões de uso e prevenir eventuais irregularidades.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituem ferramentas fundamentais para a coleta e organização de dados oriundos de serviços de saúde e demais estabelecimentos, auxiliando na compreensão de problemas epidemiológicos e no processo decisório no âmbito das políticas públicas e da assistência em saúde. No que se refere ao controle da prescrição e do uso de psicofármacos, destacam-se dois sistemas regulamentados pela Anvisa: o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) e o Sistema Nacional de Controle de Receitaúrios (SNCR).

O SNGPC foi instituído pela RDC nº 27/2007, que determinou sua implantação em farmácias e drogarias privadas, com a

finalidade de registrar, por meio eletrônico, as movimentações de medicamentos sob controle especial, sejam eles industrializados ou manipulados²². Essa resolução representa um dos marcos normativos centrais relacionados ao controle da prescrição e dispensação de medicamentos controlados. Complementando a RDC nº 27, três Instruções Normativas, duas delas publicadas em 2007 e uma em 2013, estabeleceram procedimentos operacionais para o envio eletrônico de dados e ampliaram o escopo do SNGPC para incluir os antimicrobianos a partir de 2013²³.

Posteriormente, a RDC nº 327/2019 passou a disciplinar a fabricação, importação, comercialização, prescrição, dispensação e o monitoramento de produtos derivados de *Cannabis sativa* para fins medicinais, determinando que a escrituração da movimentação desses produtos também fosse realizada por meio do SNGPC.

Sobre a disponibilização pública dos dados do SNGPC relacionados aos psicofármacos, estes incluem: ano e mês da venda; município e Unidade Federativa (UF) da venda; princípio ativo; apresentação; quantidade; unidade;

tipo de receituário; e conselho profissional do prescritor por UF. Tais dados, entretanto, são restritos às vendas realizadas em farmácias e drogarias privadas. Atualmente, não há um SIS de base nacional semelhante ao SNGPC que registre outros dados referentes à prescrição de medicamentos de uso controlado, como sexo e idade do paciente, nome do medicamento, posologia e prescritor durante a dispensação realizada nas farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessas farmácias, os registros são realizados internamente, e os dados são disponibilizados apenas mediante solicitação das autoridades sanitárias.

A ausência de registro da idade e sexo do paciente na venda de psicofármacos no SNGPC impossibilita a mensuração precisa do consumo desses medicamentos entre crianças e adolescentes. Além disso, os dados disponíveis no sistema abrangem um período determinado, de janeiro de 2014 a 2021, uma vez que a RDC nº 586/2021 suspendeu, por tempo indeterminado, a obrigatoriedade da transmissão de dados ao SNGPC, em razão de instabilidades técnicas no sistema, reiterando a necessidade de escrituração nos livros de registro interno para fins de comprovação de estoque e fiscalização²⁴. Após novembro de 2021, foi possível apenas o acesso à plataforma para emissão de relatórios internos, sendo que, a partir de 23 de dezembro de 2022, o acesso foi totalmente suspenso para manutenção do sistema.

Entre dezembro de 2021 e janeiro de 2025, não houve envio de dados ao SNGPC, tampouco foram divulgados relatórios oficiais pela Anvisa ou pelo MS referentes à venda de

medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, e essa lacuna na coleta de dados exemplifica as fragilidades estruturais existentes nos SIS do Brasil.

A retomada do sistema ocorreu somente em 03 de janeiro de 2025, quando a Anvisa reativou o acesso ao SNGPC, autorizando a inserção de dados de forma facultativa, em caráter de testes. Posteriormente, em 05 de maio de 2025, foram publicadas as datas oficiais para o restabelecimento da obrigatoriedade de registro, conforme cronograma regional: Região Sudeste: a partir de 01/09/2025; Regiões Sul e Norte: a partir de 01/11/2025; e Regiões Centro-Oeste e Nordeste: a partir de 02/01/2026²⁵.

Com o objetivo de padronizar e informatizar o processo de controle de emissão e distribuição dos talonários de Notificação de Receita em todo o território nacional, a Anvisa instituiu, por meio da RDC nº 873/2024, o SNCR²⁶. A obrigatoriedade de implantação do SNCR teve início em 1º de julho de 2025. A solicitação dos talonários deve ser feita junto à autoridade sanitária local, responsável pelo preenchimento e pela validação dos dados cadastrais do profissional prescritor no sistema, a fim de evitar inconsistências. A implementação desse sistema busca centralizar as informações e padronizar os procedimentos de controle de receituários em nível nacional. No entanto, até o presente momento, o sistema ainda se encontra em fase de implantação, e não há dados disponíveis sobre os prescritores cadastrados.

A legislação pertinente a essa categoria temática encontra-se no *quadro 2*.

Quadro 2. Legislações referentes aos sistemas de controle do consumo de medicamentos de uso controlado no Brasil

Legislação	Ano de publicação	Autoria	Normatização
Lei nº 6.360/ decreto nº 8.077	1976/ 2013	Casa Civil da/PR	Refere-se ao manejo do controle de qualidade de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos.
Lei nº 11.343	2006	Secretaria Geral/ PR	Criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que estabelece medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Quadro 2. Legislações referentes aos sistemas de controle do consumo de medicamentos de uso controlado no Brasil

Legislação	Ano de publicação	Autoria	Normatização
RDC Nº 27	2007	Anvisa	Cria a obrigatoriedade de uso do SNGPC, definindo a implantação em drogarias e farmácias para o registro e controle de medicamentos sujeitos a controle especial.
Instrução Normativa nº 7	2007	Anvisa	Estabelece um padrão eletrônico, via internet, para a comunicação de dados das vendas de medicamentos controlados entre farmácias/ drogarias e a Anvisa, através do SNGPC (versão 1.0).
Instrução Normativa nº 11	2007	Anvisa	Normatiza as etapas e os prazos para a implementação do SNGPC e como notificar e corrigir inconsistências de dados.
Nota técnica nº 3	2013	Anvisa	Descreve o detalhamento de situações reais relativas à escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial e antimicrobianos utilizando a versão 2.0 do SNGPC.
Instrução Normativa nº 1	2013	Anvisa	Orienta sobre o credenciamento de farmácias e drogarias quanto à escrituração dos medicamentos e substâncias à base de antimicrobianos no SNGPC.
RDC Nº 22	2014	Anvisa	Mantém a obrigatoriedade do uso do SNGPC pelas farmácias e drogarias privadas e estabelece que dados eletrônicos da escrituração sanitária devem ser enviados semanalmente.
RDC nº 586	2021	Anvisa	Suspende temporariamente a obrigatoriedade da transmissão de dados para o SNGPC devido a instabilidades do sistema e problemas técnicos por tempo indeterminado e reitera a necessidade de escrituração manual nos livros de registro interno para fins de comprovação de estoque e fiscalização.
RDC nº 873	2024	Anvisa	Estabelece os procedimentos e a implementação do gerenciamento informatizado da distribuição de numeração de Notificações de Receita e de Talonários de Receituários via SNCR.
Manual do SNCR	2025	Anvisa	O manual visa a orientar as autoridades sanitárias locais (estaduais, municipais e distrital) na utilização eficiente da ferramenta.

Fonte: elaboração própria.

Uso racional de medicamentos

A categoria ‘Uso racional de medicamentos’ abrange um conjunto de políticas públicas e práticas clínicas voltadas a assegurar que a prescrição farmacológica atenda de forma precisa às necessidades clínicas do paciente, de maneira segura, eficaz, individualizada e baseada em evidências científicas. Esse enfoque busca prevenir tanto o uso excessivo quanto o inadequado de medicamentos.

Segundo a OMS, o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o fármaco apropriado para sua condição clínica,

na dose correta, pelo tempo necessário e ao menor custo possível, tanto para si quanto para a coletividade²⁷. Essa definição é incorporada e ampliada pelas diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabelecidas pela Resolução nº 338/2004, que define um conjunto de boas práticas voltadas à regulação da prescrição, dispensação e consumo de medicamentos, com ênfase na promoção do uso racional²⁸.

Nesse contexto, destaca-se a Portaria nº 3.916/1998, que instituiu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Essa

lista representa um marco legal na política farmacêutica brasileira e tem como finalidade garantir à população o acesso contínuo a medicamentos seguros e eficazes²⁹. A Rename é revisada a cada dois anos, sendo a última atualização publicada em dezembro de 2024³⁰. Atualmente, constam na lista mais de 30 psicofármacos, entre ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e antipsicóticos.

Com o intuito de fortalecer as ações voltadas ao uso racional, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM) foi reformulado pela Portaria nº 834/2013 do MS³¹. Esse Comitê tem como missão propor diretrizes, estratégias e atividades voltadas à promoção do uso racional de medicamentos no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde. Suas ações estão estruturadas em quatro eixos principais: educação, informação, regulação e pesquisa.

Em agosto de 2018, o CNPURM promoveu uma oficina temática com especialistas

convidados para debater questões relacionadas à medicalização da vida, ao uso de medicamentos em grupos vulnerabilizados e ao uso racional de antimicrobianos. Como produto desse encontro, foi elaborado o documento intitulado ‘Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias’, no qual se reconhecem as crianças em idade escolar e os adolescentes em privação de liberdade como populações-chave particularmente vulneráveis à medicalização e ao uso inadequado de medicamentos, particularmente, os psicofármacos³². Entre as principais estratégias de enfrentamento propostas no documento, destacam-se: discutir a inserção do tema do uso racional de medicamentos e medicalização da vida nas diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE) e fomentar a educação permanente das equipes de saúde sobre práticas desmedicalizantes.

Os documentos analisados que compõem essa categoria estão apresentados no *quadro 3*.

Quadro 3. Legislações e resoluções referentes ao uso racional de medicamentos			
Legislação	Ano de publicação	Autoria	Normatização
Portaria nº 3916	1998	MS	Estabelece a Rename como um marco legal da assistência farmacêutica à população por meio da garantia de acesso a medicamentos seguros e eficazes para um amplo espectro de doenças e contempla diferentes psicofármacos.
Resolução nº 338	2004	MS	Estabelece a PNAF como um conjunto de ações para promover, proteger e recuperar a saúde, visando à promoção do uso racional de medicamentos.
Portaria nº 834	2013	MS	Redefine o CNPURM no âmbito do MS.
Lei nº 13.021	2014	Casa Civil da PR	Reconhece a farmácia como um estabelecimento de saúde e normatiza a obrigatoriedade da presença de um farmacêutico como responsável técnico, com o objetivo de prestar assistência farmacêutica e orientação sanitária à população.
Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias	2018	CNPURM	Publica documento com estratégias de enfrentamento da medicalização da vida e para o uso racional de medicamentos.

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

A análise documental demonstrou a robustez do conjunto de leis e normas que regem a prescrição e a dispensação dos psicofármacos no Brasil, porém, não há nenhuma normativa específica para a prescrição desses medicamentos em crianças que funcione como um dispositivo legal que possa protegê-las do uso abusivo dos psicofármacos.

Quanto aos sistemas de controle, tanto o SNGPC quanto o SNCR necessitam de aperfeiçoamento para que possam funcionar plenamente, pois, da forma como estão implantados, apresentam omissões em seus registros e não permitem ações como estratificar o consumo de psicofármacos por faixa etária ou a identificação do prescritor por especialidade médica. Deficiências nos registros SNGPC expõem a invisibilidade epidemiológica das crianças que fazem uso de psicofármacos nos SIS do País.

Na ausência de um sistema de farmacovigilância eficiente, a obrigatoriedade da assinatura de um Termo de Responsabilidade/Esclarecimento assinado pelo responsável legal e pelo prescritor no ato da prescrição de um psicofármaco para uma criança – analogamente ao exigido para outros medicamentos sob controle especial, como a talidomida ou o canabidiol – permitiria aos responsáveis conhecer e ponderar sobre os riscos e benefícios do medicamento,

preenchendo uma lacuna ética na proteção dessa população.

Por fim, o estudo revelou a desconexão que ocorre entre a normatização e a prática clínica, reforçando a necessidade de integração entre regulamentação, sistemas de informação, farmacovigilância e educação continuada dos profissionais de saúde para reduzir os riscos do uso inapropriado de psicofármacos por crianças.

Contribuições de autoria

Cerqueira MBS (0009-0005-6112-8993)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, obtenção de financiamento, estruturação/redação do manuscrito e revisão crítica de conteúdo intelectual importante. Menezes MS (0000-0001-7713-518X)* contribuiu para o desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística e redação do manuscrito. Andrade LMS (0009-0008-9606-6886)* contribuiu para a obtenção dos dados e redação do manuscrito. Daltro MR (0000-0002-5579-0914)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. É importante ressaltar que todas as autoras citadas colaboraram igualmente para a revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 maio 12 [acesso em 2026 abr 26]; Seção

I:3. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

2. Azevedo LJC. As bases teóricas da medicalização e seus efeitos na clínica contemporânea: patologização

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- e sofrimento. *Psicol USP*. 2025;36:e240034. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e240034>
3. Casas Martínez ML. The medicalization of life: An interdisciplinary approach. *Heliyon*. 2023;9(6):e16637. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16637>
4. Silva CDC. A vida neuroquímica e o capitalismo cognitivo: a medicalização da vida escolar. *Physis*. 2024;34:e34051. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434051pt>
5. Franco AF, Tabuti E, Tuleski SC. Associação de medicamentos controlados em crianças: impactos para o desenvolvimento do psiquismo. *Psicol Esc Educ*. 2021;25(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021226575>
6. Oliveira CRV, Moreira CN, Reis BCC. Prescrição de psicofármacos em pacientes pediátricos: uma revisão de literatura. *REAM*. 2022;2:e9382. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e9382.2022>
7. Badura P, Eriksson C, García-Moya I, et al. A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) international report from the 2021/2022 survey* [Internet]. Vol. 7. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [acesso em 2026 abr 26]. 59 p. Disponível em: <https://iris.who.int/items/c827edd0-b13e-4c93-b7cd-b0f711be09bb>
8. Parlamento Europeu (UE). Regulation (EC) nº 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006. On medicinal products for paediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, Directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004. *Official Journal of the European Union* [Internet], Strasbourg. 2006 dez 12 [acesso em 2026 abr 26]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32006R1901>
9. Stoyanova-Beninska VV, Wohlfarth T, Isaac M, et al. The EU paediatric regulation: effects on paediatric psychopharmacology in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(8):565-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2010.06.011>
10. Drug Enforcement Administration, U.S. Department of Education [Internet]. Washington, D. C.: DEA; 2024. Growing Up Drug Free: A Parent's Guide to Substance Use Prevention. [acesso em 2026 abr 26]. Disponível em: <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/publication/growing-drug-free-parents-guide-substance-use-prevention>
11. Government of Canada [Internet]. Ottawa (CA): Minister of Health; 2024. About the Prescription Drug List [acesso em 2026 abr 26]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/prescription-drug-list.html>
12. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 27, de 30 de março de 2007. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SN-GPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2007 mar 30; Seção I.
13. Presidência da República (BR). Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1973 dez 17; Seção I.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2021.
15. Presidência da República (BR). Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1999 Jan 26 [acesso em 2026 abr 26]; Seção I. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm
16. Pande MNR, Amarante PDC, Baptista TWF. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(6):2305-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>

17. Silva JSN, Ferrazza DA, Leite HA. Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Rev PPP*. 2022;17(1):e4303.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2022 abr 12; Seção I.
19. Camargo Júnior KR. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1163-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400037>
20. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 11, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011 mar 22; Seção I.
21. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2021 fev 23; Seção I.
22. Ministério da Saúde (BR). Instrução Normativa nº 7, de 24 de abril de 2007. Aprova o Padrão SNGPC para transmissão de dados referente ao módulo para farmácias e drogarias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2007 abr 24; Seção I.
23. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 1, de 14 de janeiro de 2013. Altera a Instrução Normativa nº 07, de 16 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o cronograma e procedimentos para credenciamento de farmácias e drogarias privadas referentes à escrituração dos medicamentos e substâncias contendo antimicrobianos no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jan 14; Seção I.
24. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 586, de 17 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a suspensão temporária, por tempo indeterminado, dos prazos previstos nos §3º e §4º do art. 10 da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 22, de 29 de abril de 2014, que estabelece a utilização do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, por farmácias e drogarias, como um sistema de informação de vigilância sanitária para a escrituração de dados de produção, manipulação, distribuição, prescrição, dispensação e consumo de medicamentos e insumos farmacêuticos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2021 dez 17; Seção I.
25. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Anvisa: 2025. SNGPC: retorno da transmissão regular obrigatória. 2025.
26. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 873, de 27 de maio de 2024. Estabelece os critérios e os procedimentos para implementação de gerenciamento informatizado da distribuição de numeração de Notificações de Receita e de Talonários de Receituários no território nacional, por meio do Sistema Nacional de Controle de Receituários (SNCR), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2024 maio 27; Seção I.
27. World Health Organization. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1987 [acesso em 2025 jun 23]. 320 p. Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/tbnedqxcg>
28. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2004 maio 6 [acesso em 2026 abr 26]; Seção I. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=100804>

29. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor Saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 out 30; Seção I.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2024 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 dez 26; Seção I.
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 834, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 14; Seção I.
32. Ministério da Saúde (BR). Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2026 abr 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_led.pdf

Recebido em 10/12/2025

Aprovado em 11/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Como lidar com a hesitação vacinal: estratégias a partir da percepção de profissionais de saúde

How to address vaccine hesitancy: Strategies based on healthcare professionals' perceptions

Cómo abordar la vacilación a la vacunación: estrategias basadas en la percepción de los profesionales de salud

Patrícia de Lima Lemos^{1,2,3}, Ester Paiva Souto⁴, Celita Almeida Rosário⁵, Priscila Cardia Petra⁴, Flávia Maria Martins Vieira^{4,6}, Fabiana Turino⁷

DOI: 10.1590/2358-2898202615010578P

RESUMO No Brasil, a vacinação é essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), e o aumento da hesitação vacinal exige revisão de estratégias. Este estudo analisa formas de lidar e minimizar esse fenômeno, a partir da percepção de profissionais de saúde, fundamentado na teoria da psicologia social. A pesquisa qualitativa foi realizada com 86 profissionais da APS em diferentes municípios e no Distrito Federal. A análise temática organizou as estratégias em três eixos: (1) Relação entre usuários e profissionais de saúde, destacando vínculo, longitudinalidade e acolhimento; (2) Ações em comunicação, abordando infodemia, adequação da divulgação às novas tecnologias e fortalecimento da participação popular; e (3) Ações intersetoriais e vigilância em saúde, incluindo territorialização, aprazamento das vacinas, uso da caderneta de vacinação e fortalecimento da educação em saúde. O estudo aponta que a comunicação eficaz, a capacitação dos profissionais e o engajamento intersetorial são fundamentais para reduzir a hesitação vacinal e aprimorar coberturas vacinais. Conclui-se que evidenciar fatores que intervêm na vacinação, na ótica dos profissionais de saúde, permite planejar estratégias mais assertivas e revelar a multiplicidade de ações para ampliação da adesão vacinal.

PALAVRAS-CHAVE Pessoal de saúde. Atenção Primária à Saúde. Vacinação. Hesitação vacinal.

ABSTRACT In Brazil, vaccination is essential in Primary Health Care (PHC), and the rise in vaccine hesitancy calls for a review of strategies. This study analyzes ways to deal with and minimize this phenomenon, based on the perception of health professionals, grounded in the theory of social psychology. The qualitative research was conducted with 86 PHC professionals in different municipalities and the Federal District. A thematic analysis organized the strategies into three main categories: (1) Relationship between users and health professionals, emphasizing bonding, continuity of care, and welcoming practice; (2) Communication actions, addressing infodemic, adapting dissemination to new technologies and strengthening community engagement; and (3) Intersectoral actions and health surveillance, including territorialization, scheduling of vaccinations, use of vaccination booklets and strengthening health education. The study highlights that effective communication, professional training and intersectoral engagement are key to reducing vaccine hesitancy and improving vaccination coverage. It is concluded that highlighting the factors that intervene in vaccination, from the perspective of health professionals, allows for planning more assertive strategies and reveals the multiplicity of actions needed to increase vaccination adherence.

KEYWORDS Health personnel. Primary Health Care. Vaccination. Vaccination hesitancy.

RESUMEN En Brasil, la vacunación es fundamental en la Atención Primaria de Salud (APS), y el aumento de la vacilación a la vacunación exige una revisión de las estrategias. Este estudio analiza formas de abordar y minimizar este fenómeno, a partir de la percepción de los profesionales de la salud. La investigación cualitativa se llevó a cabo con 86 profesionales de la APS en diferentes municipios y en el Distrito Federal. El análisis temático organizó las estrategias en tres ejes: (1) La relación entre los usuarios y los profesionales sanitarios; (2) Acciones de comunicación; y (3) Acciones intersectoriales y vigilancia sanitaria, que incluyen la territorialización, la programación de las vacunas, el uso de la cartilla de vacunación y el fortalecimiento de la educación para la salud. El estudio señala que la comunicación eficaz, la formación de los profesionales y el compromiso intersectorial son fundamentales para reducir la vacilación a la vacunación y mejorar la cobertura vacunal. Se concluye que poner de manifiesto los factores que influyen en la vacunación, desde la perspectiva de los profesionales de salud, permite planificar estrategias más asertivas y revelar la multiplicidad de medidas para ampliar la adhesión a la vacunación.

PALABRAS CLAVE Personal de salud. Atención Primaria de Salud. Vacunación. Vacilación a la vacunación.

¹Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Curso de medicina – Rondonópolis (MT), Brasil.
patricia.lima@ufr.edu.br

²Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em Rede (PROFSAÚDE) – Rondonópolis (MT), Brasil.

³Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde (PPGBIOS/UFR-MT) – Rondonópolis (MT), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE), Núcleo Interdisciplinar sobre Emergências em Saúde Pública (Niesp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

⁷Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Vitória (ES), Brasil.

Introdução

A vacinação é frequentemente celebrada como uma das maiores conquistas da medicina moderna. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, tem sido responsável por campanhas massivas de vacinação que levaram à erradicação da varíola, à eliminação da poliomielite e ao controle de várias doenças imunopreveníveis, consolidando o Brasil como um exemplo de sucesso na saúde pública mundial¹.

Entretanto, com a diminuição das coberturas vacinais no Brasil, a partir de 2016^{2,3}, os motivos da baixa ou da não adesão vacinal têm sido analisados como comportamento complexo e multifacetado: a hesitação vacinal. Esse conceito foi definido inicialmente em 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a relutância ou recusa em vacinar-se, apesar da disponibilidade das vacinas. Em 2022, uma nova definição foi proposta pela OMS, deslocando o foco para os fatores comportamentais e sociais que influenciam a aceitação das vacinas⁴.

Durante a pandemia de covid-19, a hesitação vacinal se intensificou, impulsionada pela infodemia. Estudos indicam que a confiança na ciência teve uma correlação negativa com a hesitação vacinal, enquanto a confiança nas mídias sociais esteve positivamente associada a maiores taxas de hesitação, especialmente entre grupos vulneráveis⁵. Além disso, a pandemia não afetou apenas a adesão à vacina contra a covid-19, mas também comprometeu a imunização de rotina, restringindo o acesso a vacinas infantis⁶.

No caso brasileiro, para compreender a hesitação vacinal entre 2018 e 2022, é importante considerar, também, o contexto político-institucional. Nesse período, a redução das coberturas vacinais ocorreu em meio ao enfraquecimento da coordenação federal das políticas de imunização; e, durante a pandemia, devido à circulação de mensagens oficiais ambíguas ou desfavoráveis à vacina e à vacinação. Discursos públicos, controvérsias

e ações do governo federal que contribuíram para a desconfiança com relação à vacinação ampliaram a incerteza e fragilizaram a confiança no PNI⁷.

Estudos têm destacado a importância de compreender a complexa relação dos determinantes da hesitação vacinal. Razai e colaboradores⁸ propõem um agrupamento de motivos em torno de cinco categorias: confiança, complacência e conveniência, comunicação e contexto. Considera-se que a hesitação vacinal não deve ser vista como uma postura estática, mas como um processo dinâmico, influenciado por novas informações, mudanças nas políticas de saúde e experiências pessoais⁹. Na Atenção Primária à Saúde (APS), esses fatores são ainda mais pronunciados devido à proximidade e à frequência das interações entre os profissionais de saúde e a comunidade.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais de saúde da APS são frequentemente os primeiros pontos de contato entre os usuários e o SUS, com papel crucial na implementação de programas de vacinação¹⁰. Esses profissionais têm a responsabilidade de fornecer informações precisas e confiáveis sobre vacinas, e a relação de confiança estabelecida com a comunidade pode influenciar significativamente as decisões de vacinação¹¹.

No Brasil, fatores como crenças pessoais, desinformação e a influência de movimentos antivacina têm um impacto considerável na hesitação vacinal entre a população, prejudicando os esforços de saúde pública¹². A hesitação materna, por exemplo, é influenciada por aspectos como nível de renda, dinâmica familiar, reações adversas anteriores e interações com profissionais de saúde, o que ressalta a importância da confiança e da comunicação¹³.

Compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre as barreiras à vacinação é fundamental, pois eles compõem a linha de frente, estando diretamente expostos aos obstáculos do processo de trabalho e às preocupações que influenciam a hesitação vacinal¹³. Identificar e incorporar as estratégias sugeridas por esses profissionais pode contribuir

significativamente para o desenvolvimento de políticas de vacinação mais eficazes no Brasil, fortalecendo a confiança tanto nas vacinas quanto no sistema de saúde. Assim, este estudo analisa formas para lidar com a hesitação vacinal e minimizá-la, a partir da percepção de profissionais de saúde e fundamentado na teoria da psicologia social.

Percurso metodológico

Desenho de pesquisa e coleta de dados

Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no conceito de percepção social proveniente da psicologia social, compreendida como uma construção de natureza social e histórica acerca de um evento, pessoa ou situação. O estudo foi conduzido com 86 profissionais de saúde, distribuídos em quatro municípios brasileiros: Rio de Janeiro, Rondonópolis, Feira de Santana e São Paulo, além do Distrito Federal. A seleção dos locais não teve caráter amostral, mas buscou contemplar tanto capitais quanto cidades do interior, distribuídas em diferentes regiões do País.

O recrutamento e a coleta de dados ocorreram de janeiro a dezembro de 2022. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conduzidas de forma presencial e remota, por meio de um questionário que contemplou informações sobre o perfil sociodemográfico, a experiência na vacinação contra a covid-19 e a hesitação vacinal, as desigualdades em saúde nos territórios, desafios da vacinação e as percepções dos participantes acerca da vacinação contra a covid-19.

Foram entrevistados profissionais de saúde da APS, inicialmente selecionados por conveniência nas unidades de saúde das diferentes localidades estudadas, de modo a viabilizar a aplicação da técnica de amostragem em bola de neve. Priorizou-se o recrutamento de profissionais que compõem a equipe mínima da

Estratégia Saúde da Família, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e/ou agentes de endemias. Também foram incluídos outros profissionais, como dentistas, educadores físicos e farmacêuticos, atuantes nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) ou nas equipes de saúde bucal.

Como critério de inclusão, considerou-se ser profissional de saúde e ter atuado por, no mínimo, seis meses, entre 2020 e 2022. A partir dos convites nas unidades inicialmente selecionadas, a amostragem foi ampliada por meio da técnica bola de neve, com o objetivo de identificar a produção de sentidos pelos profissionais de saúde e captar narrativas diversificadas.

Análise de dados

As entrevistas, com duração média de 45 minutos, foram transcritas e codificadas com o auxílio do *software* Dedoose para a realização da análise temática reflexiva¹⁴. Esse método envolve a identificação, análise e comunicação de padrões nos dados, destacando o papel ativo do investigador no desenvolvimento dos temas.

Durante a leitura e interpretação das narrativas, foram atribuídos códigos indutivos definidos pela equipe após ampla análise do material e com base no roteiro de entrevista, alinhado aos objetivos do estudo. Identificaram-se temas sobre os motivos da hesitação vacinal em crianças e adultos, o papel do profissional de saúde, sobrecarga de trabalho e sugestões para lidar com a hesitação vacinal.

Um manual de codificação foi elaborado para garantir consistência e clareza. A codificação inicial foi revisada e discutida em equipe, e a análise seguiu uma abordagem reflexiva. Na análise temática reflexiva¹⁴, busca-se desenvolver temas ricos e matizados, em vez de focar apenas na saturação, em ponto de profundidade e complexidade suficientes.

O estudo foi organizado em torno do tema central das estratégias e sugestões para lidar com a hesitação vacinal. Esse tema se

desdobra em três subtemas, apresentados nos resultados, que evidenciam experiências dos profissionais de saúde com a vacinação e a hesitação vacinal no Brasil.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz (nº 5.430.488), e as entrevistas realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 57601422.5.3002.0126. Número do parecer: 5.554.572.

O estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual define as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos¹⁵.

Resultados e discussão

Os 86 profissionais entrevistados eram todos servidores da APS. Com base na *tabela 1*, a população do estudo foi majoritariamente feminina (81,4%), com menor participação masculina (18,6%). A distribuição etária concentrou-se nas faixas intermediárias, com predominância de idades entre 37-46 anos (41,9%), seguidas de 25-36 anos (34,9%) e 47-62 anos (24,4%), indicando um grupo em fase produtiva e com potencial experiência acumulada no campo da saúde. Observa-se, ainda, elevada qualificação, com destaque para a proporção de profissionais com graduação (20,9%) e pós-graduação (40,7%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e distribuição da população

Variável	Número de Participantes / %
Gênero	
Feminino	70 (81,4%)
Masculino	16 (18,6%)
Profissão	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	21 (24,4%)
Enfermeiro(a)	25 (29,1%)
Médico(a)	16 (18,6%)
Odontologista	2 (2,3%)
Técnico(a) de Enfermagem	20 (23,3%)
Outros	2 (2,3%)
Idade categorizada	
25-36	30 (34,9%)
37-46	36 (41,9%)
47-62	21 (24,4%)
Cor ou raça	
Preta	16 (18,6%)
Parda	31 (36%)
Branca	34 (39,5%)
Amarela	1 (1,2%)
Indígena	0
Dado Faltante	4 (4,7%)

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e distribuição da população

Variável	Número de Participantes / %
Escolaridade	
Ensino Médio	15 (17,4%)
Nível Técnico	18 (20,9%)
Ensino Superior	18 (20,9%)
Pós-graduação	35 (40,7%)
Campo de pesquisa	
Rio de Janeiro	29 (33,7%)
Rondonópolis	22 (25,6%)
Feira de Santana	20 (23,3%)
São Paulo	8 (9,3%)
Brasília	7 (8,1%)

Fonte: elaboração própria.

Quanto à raça/cor, verificou-se distribuição relativamente equilibrada entre brancos (39,5%) e pardos (36%), seguida por pretos (18,6%), aproximando-se da composição populacional brasileira. A inclusão de participantes de diferentes regiões sugere inserção em distintos contextos organizacionais e socio-políticos, cujas especificidades relacionadas à gestão, aos recursos e à cultura profissional podem influenciar práticas, percepções e experiências, constituindo elemento relevante para a interpretação dos resultados (*tabela 1*).

Considerados como trabalhadores essenciais durante a pandemia de covid-19¹⁶, profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção passaram a concatenar experiências diversas no âmbito dos serviços de saúde. As experiências desses profissionais de saúde durante e após a pandemia de covid-19 convidam a uma reflexão sobre estratégias para lidar com a hesitação vacinal.

Foram os profissionais de saúde que integraram a ‘linha de frente’ da pandemia que prestaram assistência e cuidado a pessoas adoecidas¹⁷. Em janeiro de 2021, com o início da campanha e a disponibilização de vacinas, profissionais de saúde foram incluídos como

grupo prioritário¹⁸, e, em 2022, ano das entrevistas para esta pesquisa, houve intensa distribuição das vacinas contra a covid-19 para as unidades de saúde.

Reunimos em três seções os temas e as estratégias que se destacaram na análise das entrevistas: 1) Relação e interação entre usuários e profissionais de saúde; 2) Ações em comunicação; 3) Ações intersetoriais e vigilância em saúde.

Relação e interação entre usuários e profissionais de saúde

O estabelecimento de vínculo e a continuidade do cuidado são atributos essenciais da APS¹⁹, que favorecem não apenas a confiança no conhecimento científico e técnico dos profissionais, mas, também, no sistema de saúde e nas políticas de imunização, fatores fundamentais para a aceitabilidade das vacinas^{10,19}.

O trabalho em saúde possui natureza essencialmente relacional e, para além do conhecimento técnico, concretiza-se no ‘trabalho vivo em ato’ na produção do cuidado²⁰. Nessa perspectiva, o acolhimento, a escuta e o olhar configuram-se como práticas cotidianas nos

serviços de saúde que transcendem os limites dos procedimentos operacionais padronizados, devendo ser compreendidos como tecnologias fundamentais para garantir o acesso e a permanência dos usuários nos serviços²¹.

O acolhimento como uma diretriz do trabalho em saúde é uma ferramenta de intervenção que visa a qualificar a escuta, construir vínculo, garantir o acesso com responsabilização e resolutividade²². Isso significa adotar uma escuta qualificada que não considere apenas os sintomas, mas, também, as vivências, os medos, as expectativas e o contexto de vida.

Com relação à hesitação vacinal, uma maior abertura para o acolhimento dos receios, as dúvidas e experiências pessoais dos usuários com vacinas foi percebida pelos profissionais de saúde como estratégia positiva. A partir de conversas informais durante os atendimentos e de uma postura de empatia, foi mais fácil compreender os motivos que levavam à hesitação e ao encontro da estratégia mais resolutiva para cada caso em específico.

Então, eu acho que a primeira coisa é você tentar entender por que que a pessoa está negando, né? [...] não é questão de convencer a mãe, sabe, ou o pai, enfim, que não queira vacinar, mas é você sentar e conversar com aquela pessoa (Feira de Santana, Enfermagem).

No contexto de trabalho da APS, a confiança e uma boa comunicação são fundamentais para o cuidado eficaz e engajamento ativo. Pesquisas expõem que relações positivas entre médico e usuários estão associadas a maiores níveis de confiança e atitudes favoráveis com relação à vacinação, sobretudo quando norteadas por uma comunicação clara²³.

Ele [usuário] acredita no que a gente orienta. Então, a primeira importância é fazer com que o seu ciclo de população, que você assiste, acredite que você está ali com o SUS e que você leva a verdade. [...] Se você não tiver um vínculo de confiança, o trabalho não anda (Rio de Janeiro, ACS).

A disponibilização de informações confiáveis sobre a eficácia e a segurança das vacinas, o esclarecimento de dúvidas acerca de possíveis reações adversas, o apoio na compreensão dos calendários vacinais e o monitoramento dos indivíduos vacinados no território contribuem para o fortalecimento da confiança e para a redução da hesitação vacinal entre os usuários²³.

Cabe a você respeitar, né, porque nós não temos uma vacina compulsória, então a gente também não pode passar da linha de orientador. Nós somos promotores à saúde, orientador à vacina, nós não trabalhamos com punição ou de forma compulsória, isso também nós temos que ter muita consciência [...]. Eu estou ali para informar (Rio de Janeiro, ACS).

Em um cenário marcado pela desinformação e pela infodemia, a comunicação e a confiança entre profissional de saúde e usuários têm sido desafiadas de diversas formas. De acordo com os entrevistados, o excesso de informações, somado à exaustão dos profissionais que atuavam na linha de frente da covid-19, dificultou o estabelecimento de empatia entre as partes, gerando angústia e impotência para lidar com questionamentos pouco fundamentados contra os imunizantes. Com a comunicação e a expansão de plataformas digitais, é comum as pessoas buscarem informações sobre vacinas em mídias e redes sociais. Por conseguinte, é fundamental fortalecer o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde^{10,24}.

Estratégias que combinem o fortalecimento de competências técnicas e interpessoais são fundamentais para auxiliar os profissionais de saúde a lidar com a hesitação vacinal. Além disso, sensibilizar e capacitar profissionais para compreender as crenças e os valores subjetivos que influenciam a decisão de vacinar, considerando a diversidade cultural e as particularidades de diferentes comunidades, é essencial²⁵.

A gente precisa intensificar o conhecimento dos profissionais, para que eles possam se apropriar do próprio papel. Acho que os profissionais que trabalham à frente da imunização, eles nem sempre têm a consciência de qual o tamanho, qual a importância que ele tem nesse projeto, nesse trabalho (Rio de Janeiro, Enfermeiro).

No entanto, segundo os entrevistados, ainda são incipientes as ofertas de ferramentas aos profissionais de saúde para lidar com os novos desafios que o cotidiano do trabalho da imunização impõe, como o aumento da desconfiança nas vacinas, *fake news* e desinformação.

[...] podia ter um manual básico para você lidar com pessoas antivax, porque eu sinto que, às vezes, a gente não tem muita paciência, a gente acaba não convencendo pela impaciência, pela grosseira, ou porque não tem ferramentas mesmo para convencer (Rondonópolis, Médico).

Alguns estudos sugerem que a oferta de ferramentas de comunicação para profissionais de saúde pode não ser bem-sucedida quando não inclui uma compreensão clara das razões subjacentes para a baixa aceitabilidade e o baixo acesso à vacinação ou quando não se propõe uma intervenção direcionada²⁶.

Abordagens baseadas no diálogo e que envolvem uma comunicação direta entre profissional e usuário são as que mais promovem confiança e adesão, mostrando-se mais eficazes para a redução da hesitação vacinal. As interações precisam considerar as preocupações dos indivíduos, abordar os mitos e as dúvidas sobre vacinas e se adaptar ao contexto cultural e às barreiras específicas de cada grupo populacional, pois não há uma estratégia única para lidar com a hesitação vacinal^{25,26}.

Ações em comunicação

Durante a campanha de vacinação contra a covid-19, os diversos desafios associados à infodemia impactaram significativamente a

aceitação à vacina²⁷. Os entrevistados apontaram dificuldades ao longo do período, além de sugerirem possíveis soluções.

As disputas políticas durante a pandemia repercutiram na campanha de vacinação, resultado da falta de alinhamento entre os entes federativos. Os entrevistados apontaram essa descoordenação, observando controvérsias no acesso às informações oficiais.

[...] e uma outra coisa é que não haja controvérsia na mensagem. O Ministério da Saúde fala uma coisa, o estado outra, o município outra, e o presidente outra, então precisa ter alinhamento. [...] (São Paulo, Médico).

A ausência de coordenação central por parte do governo federal foi apontada como fator para o elevado número de casos de infecção e mortes evitáveis durante a pandemia de covid-19²⁸. A coordenação intergovernamental deve ser priorizada em períodos de emergência sanitária, porém, no Brasil, a coordenação federal foi reduzida, e restou aos estados e municípios a responsabilidade pelas políticas públicas. As consequências da falta de alinhamento foram perceptíveis nas dificuldades dos entes federados em adquirir insumos, materiais e equipamentos do exterior. As medidas de isolamento social foram decididas e implementadas de forma local no Brasil, o que se evidencia nas diferentes experiências relatadas pelos entrevistados²⁸.

Fake news, informações falsas ou enganosas, foram consideradas como influenciadoras de uma maior hesitação vacinal. No Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada pelo Senado Federal em 2023, pelo menos 76% da população foi exposta a informações possivelmente falsas sobre política no segundo semestre de 2022²⁹.

De acordo com a pesquisa Epicovid-19³⁰, maior pesquisa de base populacional no Brasil, que realizou 33.250 entrevistas, a desinformação desempenhou um papel central na hesitação vacinal. Entre os entrevistados, 32,4% afirmaram não acreditar na vacina, enquanto

31,0% expressaram preocupação de que a vacina pudesse causar mal à saúde, evidenciando o impacto de narrativas falsas e alarmistas sobre imunizantes. Apesar de menos prevalente, 0,5% dos respondentes relataram não acreditar na existência do vírus, dado que reflete o alcance de teorias conspiratórias.

Dialogando com os resultados da pesquisa referida, os entrevistados relataram um cenário de desinformação complexo, fazendo-os refletir sobre possíveis ferramentas para a comunicação em saúde, tais como o controle sobre a disseminação de informações falsas.

Eu acho que poderia criar um programa, ou alguma coisa assim, pra excluir as fake news, ou fazer um filtro, não sei, alguma coisa assim, de tecnologia, porque hoje em dia a tecnologia, ufa!, tá aí pra ajudar, mas também tá aí pra dificultar, e muito, a vida da gente [...] (Rondonópolis, Enfermeiro).

A infodemia está intrinsecamente associada à relevância que as plataformas digitais ganharam como fontes de informação. Se, por um lado, a internet permite a circulação de informação em grande escala, facilitando o acesso em períodos de emergência, por outro, o lucro das plataformas depende da captura da atenção de seus usuários para a exibição de anúncios³¹, independentemente de o conteúdo ser ou não uma desinformação.

Por esse motivo, os profissionais entrevistados consideram os benefícios das plataformas, porém, defendem alternativas para que a desinformação em saúde não seja facilmente disseminada. Um ponto de especial relevância foi a imprescindibilidade de divulgação da vacinação, acompanhada de uma adequação às atuais tecnologias de informação.

A gente ia ali no Show da Xuxa e tal, você tem que estar no espaço que as crianças estão. Então, hoje em dia, é mais YouTube que eles assistem? Tem que estar no YouTube, tem que estar no TikTok, tem que estar em diversas mídias para contrapor (São Paulo, Médico).

E eu acho que a divulgação sobre isso no território, de novo, poderia e deveria contar com outros recursos, tipo jornais comunitários, rádios comunitárias, associações de moradores, lideranças comunitárias, agentes comunitários de saúde [...] (Brasília, Médico).

A participação popular é considerada uma forma de construir novas estratégias na comunicação em saúde. A sua relevância é reforçada pelo fato de que a população tem conhecimento ou almeja acessar informações acerca do tema. Nesse sentido, no lugar da transmissão vertical da informação (do Estado para a população), a colaboração entre sistema de saúde e sociedade é apontada como uma possibilidade de fortalecer alianças entre as comunidades e os profissionais de saúde.

[...] Às vezes, você consegue mudar o pensamento deles quando você dá mais um pouco de informação. Às vezes, as pessoas dizem assim: 'toma essa vacina aí que é segura'. Eles ainda não vão acreditar, mas se for 'essa vacina foi feita dessa forma, ela age assim', quando você acaba dando a informação que você acha que é desnecessário porque ele não vai compreender, acaba sendo até melhor se fizer dessa forma [...], por exemplo, eu vim de Uber outro dia e eu fiquei impressionada com o conhecimento que ele tinha sobre todas as vacinas da covid. Ele sabia falar tudo sobre a Pfizer, a Oxford, a Corona Vac. Tá vendo que eles sabem? (Feira de Santana, Enfermeiro).

Assim, os profissionais sugerem que as novas formas de divulgação sobre vacinas podem contribuir para a população tirar dúvidas acerca dos imunizantes, trazendo participação social e interatividade para comunicação em saúde.

Acho que uma divulgação maior, também de uma forma mais clara, onde fosse tirar dúvidas também da população, que a gente sabe que tem muita gente leiga, onde as informações têm que ser mais simples e mais claras (Feira de Santana, Enfermeiro).

Uma pesquisa realizada no Instagram da Prefeitura do Rio de Janeiro sobre as estratégias de comunicação em saúde nos cinco primeiros meses de vacinação demonstrou que conteúdos interativos, com personalidades e locais renomados da cidade, podem colaborar para a criação de um ecossistema de comunicação sobre as vacinas, contribuindo para a confiança vacinal³². Nesse sentido, os profissionais da saúde entrevistados ressaltaram a necessidade de novas estratégias de comunicação, alinhadas com as novas tecnologias, mas que também permitam a participação social para a construção coletiva de políticas de vacinação.

A comunicação também emerge como um eixo estratégico, especialmente diante do cenário de infodemia e desinformação, no qual informações oficiais sobre vacinas concorrem com conteúdos descontextualizados ou enganosos, amplificados pelas redes sociais. Para além da transmissão vertical de informações qualificadas, os profissionais sugerem estratégias de comunicação planejadas de forma participativa, com profissionais de saúde, usuários e influenciadores locais. Isso permite a criação de narrativas mais robustas, que ressoem aos diferentes públicos e promovam um ambiente informacional propício à aceitabilidade das vacinas. Integrar esforços institucionais, participação social e novas tecnologias permite disputar e estruturar um ecossistema comunicacional confiável, que não apenas informe, mas também engaje a população na defesa da saúde coletiva³².

Ações intersetoriais e vigilância em saúde

Para garantir a mobilização e a articulação do cuidado em saúde, a APS desempenha um papel estratégico como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Porta de entrada para os serviços de saúde, a APS tem a missão de integrar a população de seu território à rede assistencial, promovendo um atendimento contínuo e coordenado³³. Ações estão estreitamente vinculadas à

Vigilância em Saúde, formando uma abordagem integrada essencial para a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Essa articulação intersetorial assegura o cuidado integral e moderno à população e mostra-se decisiva na gestão de crises sanitárias, como durante a pandemia de covid-19³⁴, conforme o trecho:

Então eu acho que, de repente, a gente poderia agir de forma mais multidisciplinar, acho que de repente a gente conseguiria ter um resultado melhor. Uma vigilância de várias partes, assim, né, do social, vamos dizer assim, não ser só a área da saúde vendo isso, fazendo essa vigilância (Rio de Janeiro, Enfermeira).

Para fortalecer essa integração nos municípios, é fundamental desenvolver estratégias adaptadas às especificidades locais. A promoção de ações intersetoriais entre as secretarias municipais de saúde e de educação tem facilitado a aproximação com a comunidade e a implementação de atividades de vacinação em creches e escolas³⁵.

Durante os anos que eu trabalhei na estratégia de saúde da família, era bem legal que as creches faziam uma parceria muito boa com a unidade básica, então é obrigatório aqui em São Paulo, as creches municipais exigem a caderneta de vacina na matrícula (São Paulo, Enfermeiro).

A colaboração entre profissionais de saúde e educadores fortalece os vínculos entre educação e saúde, promovendo ações conjuntas no ambiente escolar, ampliando a conscientização coletiva sobre a importância da imunização³⁶.

Pesquisa realizada na Região da Grande Florianópolis evidencia o potencial da parceria entre o Programa Saúde na Escola (PSE) e a APS, ressaltando o fortalecimento do vínculo com a comunidade, o acesso à informação e o esclarecimento sobre vacinas³⁷, reafirmado no excerto:

Então, a gente sempre fez esse diálogo com a escola de saber o que estava atualizado ou não, o que estava em atraso, orientar, grampear na carteirinha

um bilhete para os pais procurarem a unidade para fazer determinadas vacinas [...] (São Paulo, Enfermeiro).

O fortalecimento das ações cotidianas da APS oportuniza a efetivação da vacinação e, conseqüentemente, o aumento da cobertura vacinal, como, por exemplo, aprazamento das doses de vacinas, busca ativa, educação em saúde, educação permanente, utilização da caderneta de vacinação, horário estendido, entre outras.

[...] Acompanhar as crianças, busca ativa, o que a atenção básica faz no Brasil desde sempre. Só tem que pararem de atrapalhar e deixar voltar as ferramentas necessárias, e a ferramenta necessária para a gente é a principal matéria humana, é gente (Brasília, Médico).

Para otimizar a distribuição dos imunizantes e ampliar a cobertura vacinal, de 95% para a maioria deles, é fundamental adotar uma abordagem territorial e comunitária. A territorialização e o conhecimento das especificidades locais permitem identificar equipamentos sociais, estabelecer parcerias, aprimorar o monitoramento dos resultados e fortalecer a APS³⁸.

[...] assim, realmente a atenção primária e a organização do território é algo que a gente tem que trabalhar o tempo inteiro, porque se você conhece a sua população, seu público, a sua faixa etária, as suas prioridades, você consegue organizar uma campanha muito fácil (Rondonópolis, Enfermeiro).

A busca ativa de crianças com esquema vacinal incompleto, realizada por equipes da APS, em especial, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), é uma estratégia essencial na mitigação da hesitação vacinal. O vínculo e a longitudinalidade estabelecida pelos ACS fortalecem essa atuação.

[...] que são os Agentes Comunitários de Saúde, irem em campo, irem nas casas fazer a pesquisa,

dar orientações. E fazer de forma ampla, através das redes e divulgações olho no olho, corpo a corpo, com as visitas domiciliares (Brasília, Dentista).

A educação em saúde foi uma estratégia citada por ser considerada fundamental na APS, em especial, quando se trata da imunização, na disponibilização de informação de qualidade que favoreça a autonomia das pessoas e a escolha informada da comunidade diante de suas necessidades em saúde.

E é a questão da educação em saúde mesmo estar retomando essa questão da vacinação, porque a gente sabe que a covid foi porque foi algo novo que apareceu, uma pandemia que acometeu a gente, mas, em relação às outras vacinas, que são vacinas que a gente vê a erradicação de várias doenças, então tem a importância de uma criança estar vacinada [...] (Brasília, Enfermeiro).

A capacitação contínua dos profissionais de saúde é essencial para aprimorar o conhecimento técnico e qualificar a atenção prestada à população. Implementar programas de formação continuada que enfatizem a comunicação eficaz e o enfrentamento da desinformação em saúde fortalece o processo de trabalho e a adesão às boas práticas assistenciais³⁹.

[...] Então o impacto positivo dessa campanha foi também de ter lembrado os profissionais que eles devem estar sempre se atualizando, não somente com vacinas novas, mas relembando as antigas, sempre estar de olho em prazo de validade de vacina do frasco aberto, questão da higiene da ampola antes de fazer a aplicação, questão da técnica de vacinação. Muita gente fazia errado, então, assim, teve técnicos de 20 anos de trabalho que a gente teve que ensinar [...] (Rondonópolis, Enfermeiro).

A educação permanente dos profissionais de saúde é fundamental para fortalecer o sistema e promover a confiança da sociedade nos serviços oferecidos. Todavia, a falta de oportunidade para formação continuada ainda é um desafio³⁹.

Também é necessário reforçar outras ações estratégicas da APS, como ampliação dos horários de funcionamento das salas de vacinação, a rotina de aprazamento e o incentivo ao uso da caderneta de vacinação. Quando realizadas de forma intersetorial, em parcerias com equipamentos sociais, essas iniciativas podem contribuir para a vacinação oportuna⁴⁰.

Acho que outros horários, por exemplo, como sábados ou dias de campanha recorrentes com alguma periodicidade, trimestral, bimensal, enfim, são mais úteis pensando em termos de recursos (Brasília, Enfermagem).

A gente liga, a gente apraza sempre o cartão de vacina pro paciente não ficar perdido perante a data de vacina, sempre a gente apraza, porque não tem como eles errarem as datas de vacina (Feira de Santana, Enfermagem).

Os profissionais de saúde desempenham um papel central na promoção da vacinação, favorecendo a confiança da população nessa medida preventiva²³. Apesar da ampliação da cobertura da APS e do acesso universal à vacinação no Brasil, a queda das coberturas vacinais, desde 2016, revela a necessidade de novas estratégias e maior articulação intersetorial². Aspectos relacionados à organização, qualidade e estruturação da APS precisam ser investigados, pois representam potenciais preditores para o alcance das metas de cobertura vacinal, conforme foram pontuados nas falas dos participantes deste estudo⁴¹.

Considerações finais

Os profissionais de saúde alocados na linha de frente lidam diretamente com as dúvidas, os receios e as motivações dos usuários com relação à vacinação, sobretudo em tempos de crise como a pandemia da covid-19. Portanto, escutar e valorizar as vozes desses profissionais é essencial para aprimorar as políticas de saúde pública, promover maior adesão

vacinal e consolidar a confiança da população no sistema de saúde.

A partir das experiências cotidianas, foram elencadas estratégias para lidar com a hesitação vacinal, evidenciando a complexidade desse fenômeno e a necessidade de abordagens multidimensionais e contextualizadas que contribuam para a efetividade do programa de imunização e também fortaleçam os princípios do SUS.

A percepção dos profissionais de saúde no contexto da APS reforça a importância do vínculo com os usuários, a escuta qualificada e o acolhimento como elementos fundamentais para promover a confiança nas vacinas, nos serviços e no próprio sistema de saúde. Sendo assim, não apenas aprimoram os resultados e indicadores de cobertura vacinal, mas ampliam a capacidade da APS de responder às necessidades de saúde da população.

A articulação intersetorial, por meio de parcerias com escolas, organizações comunitárias e outros setores estratégicos, fortalece a mobilização social e facilita o acesso da população às vacinas – especialmente em contextos marcados por iniquidades sociais, desinformação e hesitação vacinal. Da mesma forma, as ações da APS, como o aprazamento de doses, o monitoramento da caderneta de vacinação, a busca ativa, a educação em saúde e a integração com a vigilância, por meio da territorialização das ações, configuram estratégias potentes que devem ser fortalecidas no cotidiano dos serviços.

Guardada a relevância deste estudo, cabe pontuar sua limitação ao focar exclusivamente nos profissionais de saúde. Portanto, pesquisas futuras que integrem perspectivas dos usuários e explorem interseccionalidades, como gênero e raça/cor, poderão oferecer um panorama mais abrangente e aprofundado sobre o tema.

Tornar evidentes fatores que interferem na qualidade dos serviços de vacinação, sob a ótica dos profissionais de saúde envolvidos, possibilita planejamento mais assertivo acerca das estratégias de melhorias e revela a multiplicidade de ações necessárias em busca de maior adesão vacinal.

Contribuições de autoria

Lemos PL (0000-0002-5956-4471)*, Souto EP (0000-0002-8168-8585)*, Rosário CA (0000-0003-3518-9141)*, Petra PC

(0000-0003-3468-2030)*, Vieira FMM (0000-0002-7474-8850)* e Turino F (0000-0002-5291-1346)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Supl):e00222919. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>
2. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev Saúde Pública*. 2018;52:96. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
3. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, et al. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*. 2016;12:295-301. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>
4. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 2026 abr 10]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c9f4a77a-001e-477d-a9d1-b05832820b64/content>
5. Carrieri V, Guthmuller S, Wübker A. Trust and COVID-19 vaccine hesitancy. *Sci Rep*. 2023;13(1):9245. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35974-z>
6. Souto EP, Fernandez MV, Rosário CA, et al. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00061523. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>
7. Fernandez MV, Matta GC, Paiva EP. COVID-19, vaccine hesitancy and child vaccination: challenges from Brazil. *Lancet Reg Health Am*. 2022;8:100246. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100246>
8. Razai MS, Oakeshott P, Esmail A, et al. COVID-19 vaccine hesitancy: the five Cs to tackle behavioural and sociodemographic factors. *J Res Soc Med*. 2021;114(6):295-298. DOI: <https://doi.org/10.1177/01410768211018951>
9. Cooper S, Wiysonge CS. Towards a More Critical Public Health Understanding of Vaccine Hesitancy: Key Insights from a Decade of Research. *Vaccines (Basel)*. 2023;11(7):1155. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines11071155>
10. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:94. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>
11. Nobre R, Guerra LDS, Carnut L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 1):303-321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E121>
12. Ribeiro LL, Sousa SM. Vaccine hesitancy in Brazil: causes and consequences. *Rev Foco*. 2023;16(5):1-7. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-158>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Garcia EM, Souza EL, Matozinhos FP, et al. Associated factors with vaccine hesitancy in mothers of children up to two years old in a Brazilian city. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(6):e0002026. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002026>
14. Martinez-Salgado C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em saúde? In: Bosi MLM, Gastaldo D, editores. *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde*. Petrópolis: Vozes; 2021. p. 170-201.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nº. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112, Seção I:59-62.
16. Cruz MGA, Dutra RQ. Atividades essenciais no contexto da pandemia da Covid-19 e a centralidade do trabalho digno. *Pol Soc: Rev Sociol Política*. 2021; 20(28):14-40. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2021.79437>
17. Machado MH, Wermelinger M, Machado AV, et al. Perfil e Condições de Trabalho dos Profissionais da Saúde em Tempos de Covid-19: a realidade brasileira. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. p. 283-296.
18. Castilho L. A enfermagem como foco principal ao sucesso da vacinação contra a COVID-19. *Rev Nursing*. 2021;24(274):5344-5345. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5344-5345>
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2026 abr 15]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
20. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde Debate* [Internet]. 2003 [acesso em 2026 abr 15];27(65):316-323. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar_DGKxlyw.pdf
21. Sodré F, Rocon PC. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? *Saúde Soc*. 2023;32(1):e210545. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>
22. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização - PNH: HumanizaSUS – documento-base. 3ª ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
23. Souto EP, Fernandez MV, Rosário CA et al. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00061523. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>
24. Reis AT, Camacho KG, Junqueira-Marinheiro MF et al. Trustworthiness of information sources on vaccines for Covid-19 prevention among Brazilians. *PLoS One*. 2023;18(1):e0279393. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279393>
25. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, et al. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy: strategies for addressing vaccine hesitancy: a systematic review. *Vaccine*. 2015;33(34):4180-4190. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>
26. Head KJ, Biederman E, Sturm LA, et al. A retrospective and prospective look at strategies to increase HPV vaccine uptake in adolescents in the United States. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14:1626-1635. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1430539>
27. Manar A. The impact of social media on COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance: data analytic approach. 2023. DOI: <https://doi.org/10.21900/j.alise.2022.1098>
28. Souza ATLM, Rodrigues GMA. Conflitos entre governos subnacionais e o governo federal a pandemia de COVID-19: o Estado de São Paulo e o caso da vacina Coronavac. *Rev Monções*. 2021;10(19).

29. Senado Federal (BR). Panorama político 2023 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2023 [acesso em 2024 set 16]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/panorama-politico-2023>
30. Ministério da Saúde (BR). EPICOVID [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 abr 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2024/epicovid-2-0.pdf>
31. Trasel M. Panorama do combate à desinformação através da regulação no Brasil. E-COMPÓS. 2024;27. DOI: <https://doi.org/10.30962/ecomps.2994>
32. Petra PC, Paiva E, Almeida C, et al. Comunicação em Saúde no Instagram da Prefeitura do Rio de Janeiro: análise das estratégias da vacinação contra a covid-19. RECIIS (Online). 2024;18(3):571-87. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v18i3.4182>
33. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22; Edição 183, Seção 1: 68.
34. Patiño-Escarcina JE, Medina MG. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. Saúde Debate. 2022;46(Esp):119-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E108>
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Estratégia de vacinação na escola. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 2024.
36. Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. Saúde Debate. 2023;42(Esp):120-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409>
37. Rumor PCF, Heidemann ITSB, Souza JB, et al. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. Saúde Debate. 2025;46(3):116-128. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E308>
38. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? Epidemiol Serv Saude. 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
39. Soares BKP, Carvalho LES, Souza TA, et al. Impactos das tecnologias de informação e comunicação como estratégia de educação permanente em saúde para os profissionais de enfermagem. Rev Cienc Plural. 2022;8(2):1-18. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID24770>
40. Souza PA, Gandra B, Chaves ACC. Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde. APS. 2020;2(3):267-71. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.57>
41. Oliveira WTGH, Oliveira SB, Sanchez MN. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(4):1679-1694. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202274.03472021>

Recebido em 25/04/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Este trabalho também foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no âmbito do projeto Hesitação vacinal e Determinantes Estruturais de raça e gênero: uma revisão de escopo (processo: 445010/2023-1)

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

Desafios e desigualdades no cuidado alimentar em ambientes domésticos: experiências de mulheres negras

Challenges and inequalities in food care within home environments: Experiences of black women

Retos y desigualdades en el cuidado de la alimentación en el hogar: vivencias de mujeres negras

Gabriela Brito de Lima Silva¹, Elisabetta Recine¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011070P

RESUMO O estudo investigou experiências de mulheres negras em ambientes alimentares domésticos, identificando desafios para uma alimentação adequada e suas conexões com a responsabilidade do cuidado. Foram realizados grupos focais online com oito mulheres negras de diferentes regiões do Brasil, com idades entre 20 e 65 anos. A análise temática identificou sete desafios principais: alta responsabilização, maternidade, sobrecarga, pobreza de tempo, baixo acesso físico a alimentos, baixa renda e alto custo dos alimentos. O cuidado alimentar é historicamente delegado às mulheres, especialmente negras e trabalhadoras de baixa renda, reflexo da divisão sexual e racial do trabalho doméstico no Brasil. Essa responsabilidade envolve estratégias constantes e comprometimento com o bem-estar familiar, gerando sobrecarga e escassez de tempo. Barreiras econômicas e de acesso a alimentos saudáveis aumentam o risco de Insegurança Alimentar e evidenciam desigualdades estruturais que impactam a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres e de suas famílias. Os resultados indicam que garantir alimentação adequada demanda políticas públicas intersetoriais, antirracistas e antissexistas, que contribuam para redistribuir o trabalho de cuidado e ampliem o acesso a serviços públicos, promovendo melhores condições de vida para mulheres negras.

PALAVRAS-CHAVE Ambiente domiciliar. Dieta saudável. Enquadramento interseccional. Mulheres.

ABSTRACT This study investigated the experiences of black women in home food environments, identifying challenges to adequate healthy eating and their connections with caregiving responsibilities. Online focus groups were conducted with eight black women from different regions of Brazil, aged between 20 and 65 years. Thematic analysis identified seven main challenges: high levels of responsibility, motherhood, overload, time poverty, limited access to food, low income and high food costs. Food care is historically delegated to women, particularly black women and low-income workers, reflecting the sexual and racial division of domestic labor in Brazil. This responsibility entails constant strategies and commitment to family well-being, generating overload and a lack of time. Economic barriers and limited access to healthy foods increase the risk of food insecurity and reveal structural inequalities that affect the health and quality of life of these women and their families. The findings indicate that ensuring adequate food requires intersectoral, antiracist and antisexist public policies that help redistribute care work and expand access to public services, thereby promoting better living conditions for black women.

KEYWORDS Home environment. Diet, healthy. Intersectional framework. Women.

RESUMEN El estudio analizó experiencias de mujeres negras en entornos alimentarios domésticos, identificando obstáculos para una alimentación adecuada y sus vínculos con la responsabilidad del cuidado. Se realizaron grupos focales online con ocho mujeres negras de distintas regiones de Brasil, de entre 20 y 65 años. El análisis temático identificó siete retos principales: elevada responsabilización, maternidad, sobrecarga, pobreza de tiempo, bajo acceso físico a alimentos, bajos ingresos y alto coste de los alimentos. El cuidado alimentario se ha delegado históricamente a las mujeres, especialmente a las negras y a las trabajadoras con bajos ingresos, como reflejo de la división sexual y racial del trabajo doméstico en Brasil. Esta responsabilidad implica estrategias continuas y compromiso con el bien-estar familiar, lo que genera sobrecarga y escasez de tiempo. Las barreras económicas y de acceso a alimentos saludables incrementan el riesgo de inseguridad alimentaria y ponen de manifiesto desigualdades estructurales que afectan a la salud y a la calidad de vida de estas mujeres y de sus familias. Los resultados indican que garantizar una alimentación adecuada exige políticas públicas intersectoriales, antirracistas y antissexistas, que ayuden a redistribuir el trabajo de cuidados y amplíen el acceso a los servicios públicos, impulsando mejores condiciones de vida para las mujeres negras.

PALABRAS CLAVE Ambiente en el hogar. Dieta saludable. Marco Interseccional. Mujeres.

¹Universidade de Brasília (UnB)
- Brasília (DF), Brasil.
gabii.bls20@gmail.com

Introdução

O Ambiente Alimentar Doméstico (AAD) pode ser considerado o contexto sociocultural, político, físico e econômico que influencia desde a escolha até o consumo dos alimentos no domicílio. É moldado por fatores interligados como disponibilidade, acessibilidade, acesso econômico, tradições alimentares, conveniência, estrutura familiar, habilidades culinárias, publicidade, informação, infraestrutura, políticas públicas etc.¹. Nesse sentido, o AAD é entendido aqui como um espaço socialmente organizado, no qual condições materiais, econômicas, culturais e relacionais moldam o cuidado alimentar e as práticas de aquisição, preparo e consumo de alimentos.

As mulheres, por meio do trabalho doméstico e de cuidado, são as principais responsáveis pela gestão da alimentação no lar, mediando as interações do AAD por meio do cuidado alimentar²⁻⁵. Em 2022, 91,3% das mulheres brasileiras realizavam afazeres domésticos, frente a 79,2% dos homens; o preparo de alimentos foi realizado por 95,7% das mulheres contra apenas 66% dos homens⁶. Em 2024, mulheres dedicaram quase o dobro de horas semanais a tarefas domésticas e de cuidado⁷.

Questões de raça e classe acentuam as vulnerabilidades. Mulheres negras e de menor renda são as que mais realizam tarefas domésticas e enfrentam maior sobrecarga⁸⁻¹¹. A histórica estratificação racial e sexista da sociedade brasileira gerou desvantagens socioeconômicas que reduziram as oportunidades de vida e mobilidade social dessas mulheres¹². Como resultado, há menos recursos materiais e financeiros para lidar com aspectos do AAD, a exemplo do acesso econômico aos alimentos. Tais desigualdades são os principais fatores que tornam as mulheres negras e suas famílias mais vulneráveis à Insegurança Alimentar (IA)¹³.

A insuficiente divisão do trabalho doméstico e de cuidado, associada à carência de políticas e serviços públicos de cuidado e à falta de recursos materiais, cria desafios que afetam diretamente as mulheres

negras, suas experiências com o AAD e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)^{5,14}. O Objetivo para o Desenvolvimento Sustentável 5 (Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas) destaca a valorização e o reconhecimento do trabalho doméstico e de cuidado como estratégias para promover igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres. No Brasil, a Política Nacional de Cuidados, criada em 2024, busca garantir o direito ao cuidado, por meio da corresponsabilização social, destacando que todas as pessoas têm direito de ser cuidadas, além de adotar o antirracismo como um de seus princípios¹⁵.

Apesar do crescimento dos estudos sobre ambientes alimentares, são escassas as análises do AAD sob uma perspectiva interseccional de raça, gênero e classe, assim como aquelas que compreendem o cuidado alimentar como um processo generizado e racializado, que recai de forma desigual sobre mulheres negras. Evidenciar essas desigualdades é fundamental para compreender seus impactos na alimentação, na saúde e no bem-estar. A partir disso, este estudo teve como objetivo investigar as experiências de mulheres negras em AAD, identificando os desafios para a prática da alimentação adequada e saudável e suas conexões com a responsabilidade do cuidado.

Material e métodos

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa e o aporte teórico-metodológico dos Estudos de Gênero e da Interseccionalidade. O gênero foi compreendido como uma categoria social ligada às relações, normas e aos comportamentos sobre os corpos de homens e mulheres na sociedade¹⁶. Já a abordagem interseccional buscou analisar os envolvimento simultâneos das opressões de gênero, raça e classe, destacando racismo como uma ideologia e uma prática que influencia as experiências das mulheres negras^{17,18}.

Foram realizados grupos focais remotamente visando a alcançar perfis diversos de participantes de diferentes regiões do Brasil. O formato *online* reduziu custos, otimizou o tempo e evitou deslocamentos. A pesquisa foi conduzida por uma doutoranda, com experiência em pesquisa qualitativa, que mediu os grupos, e duas graduandas, responsáveis pelo suporte técnico. Reuniões prévias da equipe foram dedicadas ao planejamento e ao treinamento. O período do trabalho de campo e análise dos dados ocorreu entre abril e agosto de 2023.

Participantes

Participaram do estudo oito mulheres vinculadas a organizações da sociedade civil ligadas à agenda feminista e/ou étnico-racial. Foram realizadas buscas de organizações das cinco regiões do País, selecionando-se um total de 18, entre as quais, movimentos sociais, redes e coletivos, movimentos de articulação e fóruns, sendo alguns voltados apenas para demandas de mulheres negras. O convite foi encaminhado para as redes sociais e *e-mails* institucionais das organizações solicitando indicações de participantes. A partir da indicação, coletaram-se os contatos para o envio de convites individuais e de comunicações em resposta a dúvidas e alinhamento do cronograma.

A seleção das participantes seguiu critérios de intencionalidade e buscou priorizar mulheres com vivência no cuidado alimentar doméstico e maiores de idade com o objetivo de assegurar uma diversidade de experiências. A vinculação a organizações da sociedade civil foi considerada um critério estratégico diante do potencial interesse de participação na pesquisa e possíveis reflexões críticas sobre o tema, portanto, sem pretensão de representatividade estatística.

As mulheres tiveram acesso e registraram *online* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Uso de Voz e Imagem. Elas foram informadas sobre a garantia de anonimato e a possibilidade de se retirarem do estudo de acordo com o seu interesse. A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016¹⁹, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob CAAE 59327622.60000.0030 e parecer nº 6.176.822.

Grupos focais

Utilizou-se a técnica de grupo focal para produzir os dados, por promover diálogo e troca de experiências entre participantes. A interação nesse caso é essencial para gerar debates e construir conhecimentos contextualizados e validados entre os componentes dos grupos²⁰. Foram realizadas duas sessões, a primeira, com sete participantes, e a segunda, com cinco, sendo que cinco participaram de ambas. A participação em apenas uma sessão não comprometeu os objetivos do estudo. A duração média foi de 1h30 em dois dias consecutivos de junho de 2023.

O roteiro norteador (*quadro 1*) foi construído com apoio na literatura sobre o tema e contou com poucos itens, permitindo a flexibilidade²¹, proporcionando discussões que progrediam ao longo das duas sessões. O roteiro foi organizado para duas sessões de grupos focais. A primeira explorou o tema 'Vivências no ambiente alimentar doméstico', e a segunda, 'Acesso e disponibilidade: ambiente alimentar doméstico em geral'.

Quadro 1. Questões abordadas nos grupos focais

Sessão de grupo focal	Questões
Vivências no ambiente alimentar doméstico	Você cozinha? Com quem e como você aprendeu a cozinhar? Quem mora com você? Como as tarefas ligadas à comida são compartilhadas entre vocês? Como são feitas as decisões sobre as refeições na sua casa? A alimentação é um tema conversado na sua casa? As pessoas contribuem com as decisões? Você assiste conteúdos – na TV, internet, rádio etc. – sobre alimentação e nutrição? De que maneira eles influenciam na escolha dos alimentos em sua casa?
Acesso e disponibilidade: ambiente alimentar doméstico em geral	O que você acha dos alimentos que você encontra no seu armário e geladeira hoje? Me conta onde e como são feitas as compras na sua casa? Com que frequência você costuma fazer compras? Como você chega aos locais em que você compra os alimentos? Há locais com alimentos frescos próximos de sua casa? Você diria que o total de dinheiro que a família tem para a alimentação durante o mês em geral é suficiente?

Fonte: elaboração própria (2023).

Na primeira sessão, a moderadora e a equipe se apresentaram, explicando os aspectos éticos da pesquisa e a gravação. As participantes também se apresentaram, promovendo o reconhecimento mútuo. Em seguida, introduziram-se as questões para estimular o debate e, ao final, coletou-se *feedback* das participantes²¹. A segunda sessão retomou com uma síntese da anterior, novo debate, avaliação da atividade e agradecimentos. Após essa etapa, os dados foram transcritos integralmente e analisados.

Destaca-se que o número de participantes e de grupos focais foi considerado suficiente para atender ao objetivo do estudo, seguindo as recomendações da técnica de grupo focal^{20,21}. Ao longo das sessões, consideraram-se a recorrência temática, a convergência de percepções e o aprofundamento das experiências relatadas, indicando suficiência empírica para a análise qualitativa proposta.

Análise dos dados

Adotou-se a Análise Temática (AT) com intuito de conhecer os temas expressos pelas participantes. De acordo com Braun e Clarke²², a AT é considerada um método para identificar, analisar e relatar padrões de temas presentes em dados. Tal método é

útil para se trabalhar com pesquisas participativas, pois pode resumir de forma eficiente as principais características de um *corpus* de dados, permitindo flexibilidade na análise²³.

Um tema apreende algo significativo sobre os dados com relação ao estudo e expressa algum sentido ou resposta padronizada em um conjunto de dados²². Para identificá-lo, é preciso realizar as seis fases propostas pela AT: 1. Familiarização dos dados; 2. Geração de códigos iniciais; 3. Procura por temas; 4. Revisão dos temas; 5. Definição e nomeação dos temas; 6. Análise final e redação de relatório^{22,23}.

Após a transcrição dos dados, foram feitas leituras e anotações para identificar possíveis elementos para codificação. Em seguida, codificou-se o máximo de temas e de padrões potenciais, posteriormente agrupados em temas abrangentes. Esses temas foram refinados com base na combinação de padrões, resultando em um mapa temático inicial. Após novo refinamento, definiram-se e nomearam-se os temas. Por fim, elaborou-se o mapa temático final, além da descrição e da interpretação dos dados à luz da literatura^{22,23}. Para organização do conteúdo, foi utilizado o *software* Microsoft Excel 2019.

As categorias analíticas construídas no estudo são de natureza híbrida e denotam a

articulação entre os dados empíricos produzidos e o referencial teórico da interseccionalidade, do cuidado e do ambiente alimentar. Isso permitiu interpretar as experiências das participantes à luz das estruturas sociais que organizam o trabalho do cuidado alimentar observadas no campo teórico e real.

Resultados e discussão

A análise dos resultados foi orientada por uma perspectiva interseccional, articulando gênero, raça e classe na organização do cuidado alimentar e nas experiências com o AAD. Essas categorias foram analisadas de forma integrada, permitindo compreender as experiências das participantes não como trajetórias individuais, mas como expressões de desigualdades estruturais e sistêmicas que

moldam o trabalho do cuidado e atravessam a alimentação.

As participantes tinham idades entre 20 e 65 anos, residentes nos estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Distrito Federal e Bahia. Sobre o perfil étnico-racial, quatro se autoidentificavam como pretas e quatro como pardas. Seis das participantes tinham ocupação e trabalhavam fora de casa, uma estava desocupada e uma aposentada. Além disso, das oito participantes, seis tinham filhos e moravam com ao menos um deles.

O resultado da análise dos grupos focais revelou sete temas (*quadro 2*), que refletem os principais desafios das participantes em AAD e suas relações com o trabalho de cuidado: alta responsabilização, maternidade, sobrecarga, pobreza de tempo, baixo acesso físico a alimentos, renda baixa e alto custo dos alimentos. Esses serão discutidos a seguir.

Quadro 2. Síntese dos temas e subtemas dos grupos focais

Síntese dos temas e subtemas	
Tema	Subtemas
Alta responsabilização	Ter que cuidar
	Não se negar a fazer
	Pensar no outro
	Abdicar de si
	Ser a dona de casa
	Assumir as compras
	Cozinhar para os outros
	Cozinhar por necessidade
	Cozinhar para agradar
Maternidade	Pensar na alimentação após a maternidade
	Crianças estão em primeiro lugar
	Cuidados com os filhos pequenos
	Priorizar comida saudável
	Adaptar a alimentação
	Agradar aos filhos

Quadro 2. Síntese dos temas e subtemas dos grupos focais

Síntese dos temas e subtemas	
Tema	Subtemas
Sobrecarga	Assumir o papel principal
	Carregar tudo sozinha
	Planejar o que fazer
	Cozinhar
	Fazer as compras
	Rotina puxada
	Trabalhar muito
	Não dar conta
Pobreza de tempo	Não ter tempo
	Trabalhar fora de casa
	Tentar organizar o tempo
	Ficar o dia todo na cozinha
	Falta de tempo para as compras
	Trabalho de dona de casa toma tempo
Baixo acesso físico a alimentos	Ser refém do que está disponível
	Falta de alimentos de qualidade
	Falta de alimentos orgânicos
	Falta de variedade de alimentos regionais
	Falta de alimentos em casa
	Recorrer aos grandes supermercados
Renda baixa	Não ter veículo de transporte próprio
	Não ter dinheiro
	Salário baixo
	Necessidade de aumento de salário
	Falta de oportunidade de emprego
	Dinheiro restrito no fim do mês
	Usar o cartão de crédito
Alto custo dos alimentos	Usar o cheque especial
	O mercado está caro
	Comida de qualidade é cara
	Comprar produtos de qualidade inferior
	Carnes estão caras
	Frutas e verduras estão caras
	Alimentos orgânicos são caros
	Itens básicos estão caros
	Comprar alimentos mais baratos
	Reduzir itens nas compras

Fonte: elaboração própria (2023).

Alta responsabilização e maternidade

No Brasil, o cuidado é socialmente organizado por um Estado que delega à família, especialmente às mulheres, a responsabilidade de suprir lacunas dos serviços públicos²⁴. Essa organização é atravessada por gênero, raça e classe, reflexo da estratificação racial e sexual que coloca o trabalho doméstico e de cuidados como um trabalho servil majoritariamente realizado por mulheres negras e trabalhadoras⁹⁻¹¹.

Os julgamentos morais acerca da responsabilidade sobre o cuidado estão alicerçados na perspectiva capitalista, patriarcal e racista. Ao se entrelaçarem na estrutura social, tais fatores trazem às mulheres, negras e trabalhadoras, a ideia de cuidar como uma obrigação que deve ser realizada independentemente das condições materiais e de outras demandas. Assumir essa obrigação é uma imposição social cuja responsabilidade moral gera um compromisso ético para as mulheres^{10,24-26}. Assim, o cuidado é uma prática moral fundamental na sociedade e que não deve ser observado apenas do ponto de vista privado, mas, também, público, devido ao seu caráter relacional, de responsabilidade e de atendimento às necessidades humanas²⁶.

Sob a temática de alta responsabilização, os depoimentos indicam que ‘ter que cuidar’ é uma imposição social e prática cotidiana, que inclui o cuidado alimentar. A ética do cuidado, baseada em laços familiares, gera o senso de responsabilidade, evidenciado em expressões como ‘não se negar a fazer’ e ‘pensar no outro’. Isso mostra a ligação entre cuidado alimentar e compromisso ético feminino, que as mulheres assumem e internalizam independentemente do contexto^{3,26}.

Destaca-se que o cuidado alimentar e o DHAA devem ser vistos como dimensões inseparáveis, pois ambos são fundamentais para a sustentabilidade da vida⁵. Desvincular o cuidado com a alimentação da esfera privada, sexista e racializada e encará-lo como uma questão pública é necessário para a garantia de justiça social, sobretudo para as mulheres,

negras e trabalhadoras, que são as pessoas que mais realizam o trabalho de cuidado⁵.

A responsabilidade individual pela alimentação no domicílio envolve tanto a criação de estratégias para garanti-la quanto o comprometimento do bem-estar das mulheres². A ideia de ‘abdicar de si’, identificada nas falas, traduz a obrigação de priorizar o outro, abrindo mão dos próprios desejos e da saúde²⁷. Frequentemente, as mulheres não têm um espaço próprio na rotina, ajustando-se às demandas da família. Culturalmente, por exemplo, elas tendem a pular refeições, alimentando-se mal e comprometendo sua própria saúde em favor dos familiares^{2,4}.

‘Ser a dona de casa’ envolve administrar e executar tarefas domésticas e de cuidado com a família, seja como atividade principal ou entre tantas outras do cotidiano. Esse papel inclui ações ligadas à alimentação. Quando as participantes sinalizam ‘assumir as compras’ e ‘cozinhar para os outros’, observa-se que essas tarefas são lidas como obrigações do cuidado alimentar que exigem esforço e tempo no cenário da administração do lar⁴.

Nesse sentido, as mulheres planejam, organizam e preparam a comida em ações cotidianas que são naturalizadas^{3,4}. No Brasil, a divisão do trabalho doméstico e do cuidado alimentar segue critérios de gênero e raça, com mulheres negras mais responsáveis pela compra e preparo dos alimentos. Dados mostram que 82,1% das negras cozinham (contra 80,2% das brancas) e 43,6% compram alimentos (contra 29,2% das brancas). Isso evidencia que as desigualdades de raça ampliam a carga de trabalho feminina e negra sobre o cuidado alimentar no País⁹.

As participantes destacaram ‘cozinhar por necessidade’ como parte da responsabilidade diária. Embora seja uma tarefa cotidiana, cozinhar gera sentimentos contraditórios, ao mesmo tempo, para as mulheres, como satisfação, obrigação e desgaste²⁸, conforme observado nos grupos focais. Para mulheres negras e com baixa renda, cozinhar não é opção, mas necessidade diante da falta de recursos, redes

e políticas de apoio, sendo essencial para a manutenção da família^{8,10}.

‘Cozinhar para agradar’ família e amigos também está ligado às subjetividades das participantes, que veem esse ato como uma demonstração de afeto. Elas relataram questões como cozinhar para receber pessoas, preparar os pratos preferidos das crianças e diversificar os preparos para satisfazer a família. Mulheres, mães e esposas raramente cozinham apenas para si; mesmo ao escolher os alimentos, priorizam os desejos e as preferências dos outros em prol do afeto estabelecido³.

A maternidade integra as experiências femininas, podendo se apresentar na vida das mulheres de diversas formas, sendo influenciada sobretudo pelo imaginário social. Embora a gestação seja uma tendência biológica, a maternidade é idealizada historicamente como tarefa exclusivamente feminina. Além disso, as maternidades não são homogêneas. Diferenças étnico-raciais e de classe definem oportunidades e limites, proporcionando dificuldades no compartilhamento do cuidado e insuficiência no acesso a serviços de apoio para determinadas mulheres²⁵.

‘Pensar na alimentação após a maternidade’, como destacaram as participantes, é comum, dado o papel social atribuído e as novas responsabilidades que surgem. Sem filhos, elas podem adotar práticas alimentares mais flexíveis, mas, após a maternidade, hábitos, rotina e relações mudam, priorizando-se a alimentação dos filhos²⁷. Além disso, os conhecimentos alimentares das mulheres mães se constroem no dia a dia e evoluem conforme as fases de crescimento das crianças^{27,29}, o que pôde ser observado nas discussões nos grupos focais.

Para as participantes, as ‘crianças estão em primeiro lugar’ em todas as etapas da alimentação no AAD, e ‘os cuidados com os filhos pequenos’ refletem na atenção dada à alimentação nos primeiros anos de vida. As cuidadoras influenciam os hábitos infantis, determinando o que, onde, quando e como as crianças comem^{1,28}. ‘Priorizar comida saudável’ foi uma questão recorrente nos grupos

focais, quando se tratou sobre cuidado alimentar infantil. A boa nutrição, segundo os parâmetros disponíveis, é um fator que tende a guiar as decisões das mulheres mães^{3,27,29}.

‘Adaptar a alimentação’ foi um subtema recorrente, especialmente diante de restrições alimentares dos filhos. Uma participante relatou mudanças na rotina após o diagnóstico de diabetes do filho, recaindo sobre ela o cuidado e a responsabilidade. A saúde das crianças, em muitos casos, é atribuída exclusivamente às mães, gerando sobrecarga²⁸. Além disso, ‘agradar aos filhos’ (outro aspecto identificado no estudo) influencia as escolhas alimentares, ligando a alimentação ao ideal da ‘boa mãe’ e à expressão de afeto, socialmente atribuídos às mulheres^{2,3,27}.

Sobrecarga e pobreza de tempo

A atribuição unilateral dos cuidados e das tarefas domésticas às mulheres, como o gerenciamento da alimentação, gera uma sobrecarga de trabalho – tema nos grupos focais. Em uma análise interseccional, as mulheres negras e trabalhadoras ocupam a base do trabalho de cuidado no Brasil, resultado das articulações entre as divisões racial, sexual e social do trabalho no sistema capitalista. Em empregos precários, exaustivos e sem apoio ao cuidado, enfrentam uma dupla jornada ao conciliar trabalho (mal) remunerado com tarefas domésticas, gerando, consequentemente, maior sobrecarga¹².

Identificou-se que ‘assumir o papel principal’ na alimentação doméstica sobrecarrega as participantes, devido à falta de compartilhamento do cuidado alimentar. Essas tarefas recaem majoritariamente sobre as mulheres em seu período reprodutivo, já que a formação da família amplia a responsabilidade no gerenciamento e preparo da alimentação¹¹. No Brasil, o compartilhamento das tarefas domésticas entre os gêneros ainda é incipiente, baseado em um modelo assimétrico e tradicional de complementação de papéis^{9,11}.

Por isso, a sensação de ‘carregar tudo sozinha’ surgiu no tratamento sobre as

demandas alimentares da família e da falta de apoio. Os relatos indicam que a alimentação no ambiente doméstico envolve etapas como ‘planejar o que fazer’, ‘cozinhar’ e ‘fazer as compras’ – atividades que exigem esforço físico e mental. Nesse contexto, a alimentação é percebida como mais uma tarefa doméstica, tão exigente e desgastante quanto o trabalho remunerado, e a responsabilização individual leva ao sacrifício, comprometendo a qualidade de vida de quem a faz sozinha².

Esse cenário se agrava na maternidade solo e na chefia monoparental, que intensificam a sobrecarga feminina. Em 2023, 51,7% dos domicílios brasileiros eram chefiados por mulheres, havendo em 57,2% deles uma mulher negra como referência³⁰. A ausência de apoio nos cuidados, a dupla jornada, a baixa renda, o baixo acesso a alimentos e condições materiais impactam negativamente a qualidade de vida dessas mulheres e de suas famílias, aumentando o risco de IA nos domicílios chefiados por elas³¹.

A sobrecarga gera para as participantes uma ‘rotina puxada’ e a sensação de ‘trabalhar muito’, causando desgaste físico e mental e comprometendo outras atividades essenciais ao bem-estar feminino. O sentimento de ‘não dar conta’ também foi relatado, revelando exaustão diante da multiplicidade de papéis. Esse quadro exige atenção, pois a sobrecarga doméstica relaciona-se com transtornos mentais (como ansiedade e depressão), e a falta de apoio e a repetição das tarefas intensificam os impactos na saúde mental^{32,33}. Mulheres com alta sobrecarga apresentam maior prevalência de estafa, irritabilidade, insônia, dificuldades de atenção e dores de cabeça³². Condições de moradia, baixa renda e escolaridade e presença de filhos associam-se a maiores níveis de sobrecarga entre mulheres negras, por exemplo, devido às vulnerabilidades vivenciadas³³.

A pobreza de tempo influencia o bem-estar socioeconômico e é reflexo de relações de poder entre os gêneros²⁴. As mulheres precisam conciliar trabalho remunerado, cuidados familiares e tarefas domésticas, e quem não

tem recursos para contratar serviços domésticos vê seu tempo ainda mais reduzido²⁴. Além disso, as diferenças no uso do tempo revelam desigualdades de raça, gênero e classe. Em 2022, mulheres dedicaram 21,3 horas semanais a tarefas domésticas, contra 11,7 dos homens. Mulheres pretas e pardas gastaram 1,6 horas a mais que as brancas, e as mais pobres, 7,3 horas a mais que as com maiores rendimentos⁷.

Relatos como ‘não ter tempo’ foram comuns ao abordar a dificuldade de preparar alimentos, independentemente da condição de trabalho. ‘Trabalhar fora de casa’, como narrado nos grupos focais, é uma atividade necessária para a sobrevivência das participantes e de suas famílias. A conciliação entre trabalho e cuidado familiar gera tensões e limita o tempo disponível²⁴. Mulheres negras enfrentam desvantagens no mercado de trabalho que afetam essa conciliação, tais como baixa qualificação, empregos precários, má remuneração e acesso restrito a serviços, o que eleva o risco de pobreza e dependência financeira⁸.

‘Tentar organizar o tempo’, como destacado nas falas, é difícil diante de muitas responsabilidades e prioridades. Planejar, comprar, higienizar, armazenar, preparar e servir alimentos, além de limpar e atender a restrições alimentares, compõem uma lista extensa de tarefas^{2,27}. Esses arranjos também dependem dos horários de serviços essenciais, como creches, escolas e supermercados. Por isso, organizar o tempo exige sacrifícios e agenciamentos²⁴.

Cozinhar demanda tempo, e ‘ficar o dia todo na cozinha’ é considerado algo negativo para as participantes. São horas em pé, planejando, executando e adaptando tarefas²⁷. Além disso, a ‘falta de tempo para as compras’ limita o acesso a alimentos em casa diante do tempo necessário para percorrer longas distâncias. Nos grupos focais, foi observado que as participantes consideram que o ‘trabalho de dona de casa toma tempo’, exigindo muitas horas e impactando o tempo disponível para tratar de demandas alimentares.

Em alguns casos, o uso de alimentos ultra-processados é uma estratégia de otimização do

tempo de preparo e consumo, ainda que esses impactem a saúde. Assim, destaca-se que o consumo de alimentos ultraprocessados e de conveniência, em detrimento de alimentos *in natura* e preparações culinárias, é impulsionado pela falta de compartilhamento do trabalho doméstico, que sobrecarrega as mulheres e reduz o tempo dedicado à alimentação³⁴.

Observa-se que as desvantagens relativas à alta carga de trabalho e à falta de tempo, nos domicílios chefiados por mulheres, negras e em extratos mais baixos de renda, contribuem para a IA^{13,14}. Portanto, quando há uma distribuição de tempo equitativa entre os cônjuges e condições financeiras e materiais, a situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) do domicílio é maior¹⁴.

Baixo acesso físico a alimentos, renda baixa e alto custo dos alimentos

O acesso físico e econômico aos alimentos é um dos principais fatores que definem níveis de SAN, ou seja, a capacidade de obter alimentos em quantidade e qualidade adequadas³⁵. O acesso físico envolve disponibilidade e acessibilidade (tempo, distância e mobilidade), influenciando as decisões de compra³⁶. A ação combinada de fatores estruturais, alguns já descritos, limita o acesso aos alimentos e afeta proeminentemente as mulheres negras, que enfrentam maiores incidências de IA no País¹³. Nesse sentido, na análise dos temas abordados nesse tópico, dialogou-se com dados atualizados sobre trabalho, renda e custo dos alimentos no Brasil, incluindo informações referentes ao ano de 2025, como salário-mínimo e custo da cesta básica.

O baixo acesso físico a alimentos foi apontado pelas participantes como um desafio, refletindo na oferta de alimentos disponíveis no AAD. O relato ‘ser refém do que está disponível’ evidencia a dependência dos comércios locais e dos tipos de alimentos oferecidos no ambiente alimentar comunitário. Portanto, as fontes alimentares urbanas dependem do

mercado, das políticas sociais e econômicas e da infraestrutura, fatores que influenciam o ambiente²⁷.

No Brasil, regiões com maior proporção de domicílios de pessoas negras, com menor escolaridade e menor renda apresentam menor disponibilidade de frutas e verduras. Quando disponíveis, os alimentos *in natura* costumam ser de baixa qualidade sensorial e de armazenamento^{37,38}. Isso afeta as mulheres que vivem em territórios vulnerabilizados e enfrentam dificuldades de acesso a alimentos saudáveis devido à falta de serviços públicos, infraestrutura urbana e estabelecimentos adequados³⁸.

Entre os problemas de disponibilidade de alimentos, destacaram-se nas falas ‘a falta de alimentos de qualidade’, a ‘falta de alimentos orgânicos’ e a ‘falta de variedade de alimentos regionais’. Apenas duas participantes relataram comprar orgânicos; as demais mencionaram dificuldade de acesso por não terem feiras próximas. As feiras livres são importantes para aquisição de alimentos frescos e orgânicos, incentivando o consumo de produtos *in natura* e sem agrotóxicos^{39,40}. No caso dos alimentos regionais, comuns nas feiras e parte da cultura brasileira, a sua disponibilidade para a população também é impactada pelas políticas de mercado que desestimulam a produção por pequenos agricultores⁴¹.

A ‘falta de alimentos’ em casa também foi destacada nos grupos, seja por situações de pobreza vivenciadas em momentos da vida ou pela falta de tempo para realização das compras. A presença de alimentos frescos em casa é crucial para a saudabilidade do AAD, pois favorece o consumo¹. Contudo, a ausência de alimentos pode indicar situações de IA, muitas vezes, grave, enfrentadas por muitas mulheres negras devido a restrições econômicas e vulnerabilidades associadas ao racismo e ao sexismo³¹.

Distâncias entre casa, comércio, redes de abastecimento e oferta influenciam as escolhas alimentares^{37,39}. As participantes relataram ‘recorrer a grandes supermercados’, pois feiras e sacolões não eram próximos dos domicílios.

No Brasil urbano, as compras ocorrem principalmente em supermercados e pequenos mercados, que vendem alimentos ultraprocessados, facilitando seu consumo^{37,43}. Morar perto de feiras favorece o acesso a alimentos *in natura*, ao contrário dos desertos e pântanos alimentares, áreas com pouca oferta de alimentos frescos e muitos ultraprocessados^{1,38,40}.

Na ausência de estabelecimentos que vendam alimentos saudáveis, as pessoas percorrem longas distâncias, condicionadas à rotina e ao grau de mobilidade^{38,39}. Algumas participantes relataram ‘não ter veículo próprio’, dependendo de transporte público, carona ou caminhada para fazer as compras de alimentos. No Brasil, as mulheres negras são as que mais utilizam o transporte público e enfrentam dificuldades para acessar a cidade devido à baixa qualidade desse serviço, o que as prejudica ainda mais^{38,42}.

A baixa renda compromete o acesso aos alimentos ao limitar o consumo no domicílio, levando à escolha de alimentos mais baratos, menos nutritivos e monótonos, enquanto melhores condições favorecem padrões saudáveis³⁷. A distribuição de recursos é marcada por desigualdades raciais e de gênero, e a marginalização de mulheres negras no capitalismo aprofunda vulnerabilidades, afetando sua renda e, consequentemente, sua qualidade de vida^{8,12}. Embora não seja o único fator da SAN, a renda é central para o acesso à alimentação em um sistema que a trata como mercadoria^{31,37,44}.

‘Não ter dinheiro’ foi apontado nos grupos focais como um obstáculo à compra de alimentos. Questões como ‘salário baixo’ e ‘necessidade de aumento de salário’ revelam que a renda atual é insuficiente para garantir a sobrevivência das mulheres negras. Em abril de 2025, por exemplo, o salário-mínimo ideal para sustentar uma família de quatro pessoas seria de R\$ 6.912,00⁴⁴. No ano de 2024, as mulheres negras receberam, em média, R\$ 2.079 – 38,9% a menos que mulheres não negras e 53,7% menos que homens não negros⁴⁶.

A ‘falta de oportunidade de emprego’ também foi citada como um aspecto que

limita o acesso a alimentos em quantidade e qualidade. O mercado de trabalho brasileiro é atravessado por discriminações de gênero e raça⁸. Apesar de apresentarem maior taxa de ocupação do que mulheres não negras, 45,6% das mulheres negras atuam na informalidade, sem carteira assinada ou contribuição previdenciária. Além disso, a taxa de desocupação delas é das maiores entre os grupos de raça e sexo no Brasil, de 10,1%⁴⁶.

O salário-mínimo atual não atende à realidade das famílias brasileiras, especialmente as mononucleares e/ou chefiadas por mulheres negras. Com o ‘dinheiro restrito no fim do mês’, como destacado nos grupos, muitas não conseguem suprir suas necessidades básicas, já que despesas como água, luz, transporte, aluguel e gás também pesam no orçamento. No mês de abril de 2025, 53,52% do salário-mínimo da população foi comprometido apenas com itens da cesta básica, por exemplo⁴⁵.

Diante de salários baixos, estratégias como ‘usar o cartão de crédito’ ou ‘usar o cheque especial’ são adotadas para garantir a alimentação, mesmo com risco de endividamento. Em 2024, famílias endividadadas que tinham como referência pessoas negras foram as que mais sofreram com a falta de alimentos¹³. Para as mulheres negras, o endividamento é um recurso para sobreviver e se alimentar, sendo estas as que mais enfrentam dificuldades para sair da inadimplência no Brasil⁴⁷.

Desde o século passado, o alimento passou a ser tratado como mercadoria, com produção e distribuição dominadas por transnacionais focadas no lucro. Isso reduziu a diversidade alimentar, padronizando dietas com produtos baratos e pouco nutritivos⁴⁴. A produção de alimentos *in natura*, regionais, orgânicos e saudáveis depende de modelos econômicos diferentes e é afetada por mudanças climáticas, tributos e inflações, o que eleva os preços e dificulta o acesso de populações de baixa renda^{45,48}.

O alto custo dos alimentos foi relatado como um dos maiores desafios que as participantes enfrentam nos AAD. Os alimentos podem estar disponíveis nos territórios, porém, se

não estiverem com preços justos e alinhados à renda, dificilmente são adquiridos. A percepção de que ‘o mercado está caro’ reflete o aumento dos preços dos alimentos no País, impulsionado pelo mercado global⁴⁸. Isso reduz o poder de compra das famílias e compromete a qualidade e quantidade dos alimentos adquiridos. Para as participantes, ‘comida de qualidade é cara’, e a alternativa é ‘comprar produtos de qualidade inferior’, o que revela que o acesso a alimentos de qualidade tornou-se um privilégio de classe³⁷.

As mulheres relataram que ‘carnes estão caras’ e ‘frutas e verduras estão caras’. Esses alimentos, ricos em nutrientes essenciais, vêm se tornando inacessíveis para grande parte da população, especialmente para pessoas com menor renda. O ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’ recomenda o consumo desses alimentos por seu valor nutricional e cultural⁴⁹. No entanto, carnes, leites, frutas e hortaliças vêm ficando mais caros que alimentos ultraprocessados, que têm menor qualidade nutricional e estão sendo consumidos pela população mais vulnerável⁵⁰.

No contexto da alimentação saudável, os alimentos orgânicos se destacam, mas, para as participantes, ‘alimentos orgânicos estão caros’. Produzidos com foco na sustentabilidade e pouco apoiados por políticas públicas, geralmente custam mais que os convencionais. Além do difícil acesso, o preço elevado é a principal barreira ao seu consumo no Brasil^{38,40}.

A percepção de que os ‘itens básicos estão caros’ também foi destacada. A cesta básica inclui carnes, arroz, feijão, leite, farinha de mandioca, batata, tomate, açúcar, café, banana, óleo e manteiga. Como exemplo, no ano de 2025, o preço desses alimentos aumentou em 15 das 17 capitais brasileiras. O valor da cesta básica subiu em todas essas regiões, com variações entre 10,94% em Recife e 4,39% em Brasília. São Paulo registra o maior custo, com R\$ 909,25⁴⁵.

As participantes relatam estratégias como ‘comprar alimentos mais baratos’ e ‘reduzir itens’ para enfrentar limitações financeiras,

priorizando o básico. O baixo consumo de alimentos *in natura*, especialmente frutas e verduras, e o aumento do consumo de ultraprocessados está ligado a doenças crônicas⁵⁰, aumentando o risco para mulheres negras e de baixa renda, além da IA. A mercantilização dos alimentos no capitalismo global prejudica a saúde e aprofunda desigualdades. Por isso, aumentar a renda e reduzir preços via políticas públicas pode ser essencial para estimular o consumo desses alimentos pelas mulheres negras^{44,51}.

Considerações finais

O estudo mostrou que as desigualdades de gênero, raça e classe – alimentadas pelo racismo e pelo sexismo – criam desafios significativos para as mulheres negras e trabalhadoras nos AAD e no cuidado alimentar. Entre os obstáculos identificados estão alta responsabilização, maternidade, sobrecarga, pobreza de tempo, baixo acesso físico a alimentos, renda baixa e alto custo dos alimentos. Esses desafios, enraizados no cotidiano e no trabalho doméstico e de cuidados, comprometem a alimentação adequada e saudável, aprofundam as desigualdades e afetam a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar dessas mulheres.

Destaca-se que ter trabalho formal, qualificação profissional, remuneração justa, jornadas de trabalho equilibradas, divisão das tarefas domésticas, acesso a serviços de cuidado e tempo para lazer contribui não apenas para a SAN, mas, também, para a autonomia e dignidade das mulheres negras. Para isso, são essenciais políticas públicas antirracistas, antissextistas e intersetoriais que atendam às necessidades dessa população. Nesse ponto, a ODS 5 destaca metas necessárias para igualdade de gênero e empoderamento feminino que se alinham a esse contexto, tais como o fim de todas as formas de discriminação e violência de gênero, reconhecimento do trabalho doméstico, garantia de igualdade de oportunidades em setores de tomadas de decisão, reformas para garantir direitos iguais

aos recursos econômicos e adoção de políticas sólidas de promoção da igualdade de gênero.

No Brasil, a articulação entre a Política Nacional de Cuidados e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição pode viabilizar estratégias que promovam a saúde sem ampliar a sobrecarga das mulheres. A primeira representa um marco no reconhecimento do cuidado como direito e responsabilidade social. Ao analisar o AAD à luz dessa política, o cuidado alimentar é compreendido como parte do trabalho de cuidado, evidenciando a necessidade de políticas públicas que reduzam a sobrecarga de trabalho feminina por meio de serviços públicos de apoio ao cuidado e que ampliem o acesso a condições materiais para uma alimentação adequada e saudável, como, por exemplo, melhorias dos ambientes alimentares comunitários.

O estudo contribui para a saúde coletiva ao analisar o cuidado alimentar como processo social e político, atravessado por desigualdades

que produzem iniquidades em saúde. Ao focalizar o AAD a partir das experiências de mulheres negras, amplia-se a compreensão do papel do racismo e do sexismo na IA. Como limitação, destacam-se o número reduzido de participantes e o perfil das mulheres, majoritariamente vinculadas a organizações feministas, o que pode influenciar a politização das falas; por outro lado, esse perfil favoreceu reflexões críticas aprofundadas, coerentes com o objetivo exploratório do estudo, sem comprometer a validade das experiências analisadas.

Contribuições de autoria

Silva GBL (0000-0002-0195-8179)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Recine E (0000-0002-5953-7094)* contribuiu para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Rosenkranz RR, Dziewaltowski DA. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutr Rev*. 2008;66(3):123-140. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00017.x>
2. Anigstein MS. Trabajo femenino y doble presencia como condicionante de las estrategias alimentarias familiares y los estilos de vida en hogares de Santiago de Chile. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00199819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00199819>
3. Ampansirirat A, Chukumnird S, Singhasem P, et al. Mothers' cooking: perspectives of givers and takers. *Trends Sci*. 2022;19(6):2998. DOI: <https://doi.org/10.48048/tis.2022.2998>
4. Franch CM, Osiac LR, Hirsch PH, et al. Roles dentro de los entornos domesticos en Chile: la “portera alimentaria”. *Nutr Hosp*. 2024;41(4):873-878. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04923>
5. Food First Information and Action Network. Sin derecho al cuidado, no hay proceso alimentario. N. 1, Cuaderno de Trabajo [Internet]. Bogotá: FIAN Colômbia; 2024 [acesso em 2025 out 2]. Disponível em: <https://fiancolombia.org/wp-content/uploads/2025/11/Cuaderno-de-trabajo-1.pdf>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: informativo sobre outras formas de trabalho 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em 2025 ago 18]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102020_informativo.pdf
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informativo Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil [Internet]. 3ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [acesso em 2025 jan 27]. Disponível: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102066_informativo.pdf
8. Silva TD. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda. In: Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C. Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2013 [acesso em 2025 ago 20]. p. 109-131. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/book/d83ceba8-2266-491f-a56e-8d7b3ad36ab6>
9. Picanço F, Araújo CMO, Sussai MC. Papéis de gênero e divisão das tarefas domésticas segundo gênero e cor no Brasil: outros olhares sobre as desigualdades. *Rev Bras Estud Popul.* 2021;38:1-31. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0177>
10. Goes FL, Costa FM, Ribeiro TS, et al. Equidade racial e a agenda de cuidados no Brasil. In: Camarano AA, Pinheiro L. Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2023. p. 79136. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350578>
11. Garcia BC, Marcondes GS. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. *Rev Bras Estud Popul.* 2022;39:1-23. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0204>
12. González L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômica. In: Rios F, Lima M. Por um feminismo afro-latinoamericano: Lélia González. São Paulo: Zahar; 2020. p. 79-94.
13. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. Suplemento II; Insegurança Alimentar e Desigualdades de raça/cor da pele e gênero [Internet]. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; 2023 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://redepenssan.org.br/wp-content/uploads/2026/01/OLHE-RacaE-Genero-Diag-v5-R05-21-06-2023_compressed.pdf
14. Braga C, Costa L. Time use and food insecurity in female-headed households in Brazil. *Rev Bras Estud Popul.* 2022;39:1-23. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0200>
15. Presidência da República (BR). Lei nº 15 069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 dez 24 [acesso em 2025 jan 10]; Seção 1:114. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm
16. Küchemann BA, Bandeira LM, Almeida TMC. A categoria gênero nas ciências sociais e sua interdisciplinaridade. *Rev CEAM [Internet].* 2015 [acesso em 2025 jan 10];3(1):63-81. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/10046>
17. Pereira BCJ. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas Rev de Ciên Soc.* 2021;21(3):445-454. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551>
18. Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Estud Fem.* 2002;10(1):171-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2025 jan 10]; Seção 1:44-46. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2016/res0510-07-04-2016.html>
20. Prates LA, Ceccon FG, Alves CN, et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(12):2483-2492. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006715>

21. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-796. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
23. Garcia SA, Ferreira JL. Análise de conceito e análise temática na pesquisa qualitativa em educação. *Deb Educ*. 2022;14(36):358-378. DOI: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2022v14n36p358-378>
24. Moreira TA, Moser L. Família, trabalho do cuidado e uso do tempo: desafios para mulheres de baixa renda. *O Soc em Quest*. 2019 [acesso em 2025 jan 10];22(43):67-94. Disponível em: https://osocialem-questao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_43_art3.pdf
25. Pletiskaitz K, Salva S. Maternidade e interseccionalidade: As implicações de gênero, raça e classe na sociedade contemporânea [Internet]. In: Salva S, Mattos, RS, Martinez LS. Memórias, arte e (re) existências: infâncias em tempos de pandemia de Covid-19 e em outros tempos. Foz do Iguaçu: Claec Editora; 2022 [acesso em 2025 junho 27]. p. 64-76. Disponível em: https://publicar.claec.org/editora/pt_BR/catalog/book/64
26. Tronto JC. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso. In: Jaggar AM, Bord SR, organizadores. Gênero, corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 186-203.
27. Oliveira MS, Unsain RAF, Sato PM, et al. Mulheres Comem, Mães Cozinham: uma aproximação da construção da maternidade e das práticas culinárias domésticas na Amazônia Ocidental Brasileira. *Saúde Soc*. 2022;31(3):e211025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202211025pt>
28. Oleschuk M. Expanding the joys of cooking: How class shapes the emotional experience of family foodwork. *Gender Work Organ*. 2024;31(3):885-902. DOI: <https://doi.org/10.1111/gwao.12599>
29. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Supl 1):S2-S7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.006>
30. Ministério das Mulheres (BR). Relatório Anual Socioeconômico da Mulher: RASEAM 2025. Ano VIII [Internet]. Brasília, DF: Ministério das Mulheres; 2025 [acesso em 2025 jun 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf/view>
31. Santos LA, Ferreira AA, Pérez-Escamilla R, et al. Interseções de gênero e raça/cor em insegurança alimentar nos domicílios das diferentes regiões do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(11):e00130422. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130422>
32. Pinho PS, Araújo TM. Association between housework overload and common mental disorders in women. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):560-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
33. Silva MSL, Dantas MCS, Araújo JPS, et al. Um olhar além da beleza da maternidade: Burnout materno. *Saude Coletiva (Barueri)*. 2022;12(83):12116-12127. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i83p12116-12127>
34. Raj S, Suvadarshini A, Mishra BB. Role, relevance and significance of convenience food: a literature review approach [Internet]. *Global Media J India*. 2021 [acesso em 2025 jul 24];19(41):253. Disponível em: <https://www.globalmediajournal.com/open-access/role-relevance-and-significance-of-convenience-food-a-literature-review-approach.pdf>
35. Presidência da República (BR). Lei nº 11.346, set de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2006 set 18 [acesso em 2026 jun 3]; Se-

- ção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm
36. Turner C, Aggarwal A, Walls H, et al. Concepts and critical perspectives for food environment research: a global framework with implications for action in low- and middle-income countries. *Glob Food Sec.* 2018;18:93-101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2018.08.003>
37. Cunha CML, Canuto R, Rosa PBZ, et al. Associação entre padrões alimentares com fatores socioeconômicos e ambiente alimentar em uma cidade do Sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(2):687-700. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.37322020>
38. Antrum C, Atoloye A, Ajayi O, et al. Black and Latina women's lived experiences with navigating neighborhood food swamps to find healthy food: a photo-voice approach. *J Hum Behav Soc Environ.* 2024;1-19. DOI: <https://doi.org/10.1080/10911359.2024.2355141>
39. Rocha LL, Bulhões FM, Jardim MZ, et al. Acesso físico às feiras de orgânicos municipais em favelas de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Demetra: Aliment Nutr Saúde.* 2024;19:e71469. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2024.71469>
40. Garcia AR, Campos PRLA, Amichi KR, et al. Barreiras e fatores determinantes ao consumo de alimentos orgânicos: uma análise de perfil e preferências em feiras livres de uma capital. *Nutr Bras.* 2024;23(4):1119-1133. DOI: <https://doi.org/10.62827/nb.v23i4.3037>
41. Silva L, Louzada M, Levy RB. Disponibilidade domiciliar de alimentos regionais no Brasil: distribuição e evolução 2002–2018. *Segur Aliment Nutr.* 2022;29:1-14. DOI: <https://doi.org/10.20396/san.v29i00.8668716>
42. Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento. Transporte para Todas: gênero e raça na mobilidade urbana: Resumo Executivo [Internet]. São Paulo: ITDP Brasil; 2022 [acesso em 2025 set 20]. Disponível em: https://itdpbrasil.org/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-para-Todas-_-Resumo-Executivo.pdf
43. Vasconcelos TM, Pereira KSF, Tahim JC, et al. Locais de aquisição de alimentos nas áreas urbanas e rurais do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;27:e240047. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240047.2>
44. Teixeira LSC. A fome na reprodução do capital: uma análise do alimento mercadoria. *Katálisis.* 2022;25(3):449-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240047.2>
45. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Custo da cesta básica tem alta em 13 capitais e redução em 14 [Internet]. São Paulo: DIEESE; 2025 [acesso em 2025 jul 3]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2025/202504cestabasica.pdf>
46. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Apesar dos avanços, desigualdade racial de rendimentos persiste [Internet]. Boletim Especial 20 de nov de 2024. São Paulo: DIEESE; 2024 [acesso em 2025 jul 6]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024/conscienciaNegra.html>
47. Batista WM. Endividamento ou fome: a escolha que muitas mulheres precisam fazer no Brasil. *FADISP* [Internet]. 2023 dez 11 [acesso em 2025 set 24]. Disponível em: <https://fadisp.com.br/endividamento-ou-fome-a-escolha-que-muitas-mulheres-precisam-fazer-no-brasil/>
48. Baccarin JG, Oliveira JA. Inflação de alimentos no Brasil em período da pandemia da Covid-19, continuidade e mudanças. *Segur Aliment Nutr.* 2021;28:1-14. DOI: <https://doi.org/10.20396/san.v28i00.8661127>
49. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 set 5]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
50. Levy RB, Andrade GC, Cruz GL, et al. Três décadas da disponibilidade domiciliar de alimentos segundo a NOVA – Brasil, 1987–2018. *Rev Saude Publi-*

ca. 2022;56:75. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004570>

51. Claro RM, Maia EG, Costa BV, et al. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00104715. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104715>

Recebido em 24/08/2025

Aprovado em 02/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes)

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

Mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero do Centro-Oeste brasileiro: desafios na promoção do cuidado em saúde sexual

Lesbians and cisgender bisexual women in the Brazilian Midwest: Challenges in promoting sexual health care

Mujeres lesbianas y bissexuales cisgénero en el Medio Oeste brasileño: desafíos en la promoción de la salud sexual

Pablo Cardozo Roccon^{1,3}, Murilo Kauê Leão Arruda Soares², Mariana Rosa Soares³, Dominique da Silva Reis³, Bruna Andrade Irineu^{3,4}, Gislayne Cristina Figueiredo⁴

DOI: 10.1590/2358-2898202615011604P

RESUMO Esta pesquisa buscou analisar a compreensão de mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero sobre as possibilidades de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a partir de suas práticas sexuais e seu conhecimento prévio acerca das principais estratégias de prevenção. Foram entrevistadas 14 (quatorze) mulheres cisgênero (lésbicas e bissexuais), que utilizaram serviços de saúde no município de Cuiabá, localizado no estado de Mato Grosso. Os resultados revelam que as principais estratégias de prevenção relatadas foram o uso de insulfilme e de luva cortada, camisinha para dildos, próteses ou simulacros penianos, dedeira, higiene com as mãos, não compartilhamento de objetos sexuais, evitar lesões com o corte das unhas. Com relação ao meio de acesso às informações sobre prevenção e transmissão de IST, as principais fontes foram sites da internet, como Youtube e Twitter. Conclui-se que a ausência de métodos de prevenção e informação que tratem com dignidade as relações sexuais entre mulheres as deixa à deriva da busca pessoal em canais de comunicação não regulamentados pela saúde, produzindo iniquidades no acesso à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Prevenção primária. Infecções por HIV. Minorias sexuais e de gênero. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT This research aimed to analyze the understanding of cisgender lesbian and bisexual women regarding the possibilities of Sexually Transmitted Infections (STI) transmission based on their sexual practices and their prior knowledge of the main prevention strategies. Fourteen (14) cisgender women (lesbian and bisexual) who had used health services in the municipality of Cuiabá, located in the state of Mato Grosso, were interviewed. The results reveal that the main prevention strategies reported included the use of plastic wrap and cut gloves, condoms for dildos, prostheses, or penile simulacra, finger cots, hand hygiene, non-sharing of sexual objects, and avoiding injuries by trimming fingernails. Regarding sources of information on STI prevention and transmission, the main channels mentioned were internet websites such as YouTube and Twitter. It is concluded that the absence of prevention methods and information that treat sexual relations between women with dignity leaves them adrift, searching for solutions on their own through communication channels not regulated by health services, producing inequities in access to healthcare.

KEYWORDS Primary prevention. HIV infections. Sexual and gender minorities. Comprehensive health care.

RESUMEN Esta investigación buscó analizar la comprensión de las mujeres cisgénero lesbianas y bissexuales sobre el potencial de transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a través de sus prácticas sexuales y su conocimiento previo de las estrategias clave de prevención. Se entrevistó a catorce mujeres cisgénero (lesbianas y bissexuales) que acudieron a los servicios de salud del municipio de Cuiabá, Mato Grosso. Los resultados revelaron que las principales estrategias de prevención reportadas fueron el uso de películas para ventanas y guantes anticorte, condones para consoladores, prótesis o simulacros de pene, dediles, higiene de manos, no compartir objetos sexuales y evitar lesiones por el corte de uñas. En cuanto al acceso a información sobre la prevención y transmisión de ITS, las principales fuentes fueron sitios web como YouTube y Twitter. Se concluye que la ausencia de métodos de prevención e información que traten las relaciones sexuales entre mujeres con dignidad las deja a la deriva, buscando soluciones por su cuenta a través de canales de comunicación no regulados por los servicios de salud, lo que produce inequidades en el acceso a la atención médica.

PALABRAS CLAVE Prevención primaria. Infecciones por VIH. Minorías sexuales y de género. Atención integral de salud.

¹Instituto René Rachou (IRR), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. pablo.roccon@fiocruz.br

²Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Política Social – Cuiabá (MT), Brasil.

⁴Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Programa de Pós-Graduação em Política Social – Cuiabá (MT), Brasil.

Introdução

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) descreve que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser transmitido pelo contato com diversos fluidos corporais de pessoas infectadas, como sangue, leite materno, sêmen e secreções vaginais. Além disso, os indivíduos podem reduzir a possibilidade de infecção por HIV limitando a exposição aos fatores de risco, fazendo uso de preservativos masculinos e femininos, testagem e aconselhamento para HIV e outras IST, uso de antirretrovirais, adoção de práticas de redução de danos e eliminação da transmissão vertical do HIV¹.

Apesar das informações divulgadas pela Opas, a literatura científica sobre HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) parece enfatizar possibilidades de transmissão de IST majoritariamente em relações sexuais que envolvam penetração peniana². Nessa realidade, mulheres cisgênero que fazem sexo com mulheres cisgênero (MSM) têm sido negligenciadas sob a ótica do cuidado sexual². Parece haver uma hegemonia de leituras falocêntricas, que invisibiliza práticas sexuais não centradas na lógica de uma penetração peniana³, cissexista⁴, que desconsidera a sexualidade e as práticas afetivas e eróticas de mulheres e pessoas travestis e transexuais, lesbofóbica e bifóbica nas discussões em torno das estratégias preventivas às IST. Mesmo atualmente, ainda há processos de desinformação que apregoam que o vírus da aids não é transmitido na relação entre mulheres ou que não seja algo com que se deva preocupar⁵. Embora o estudo de Almeida³ tenha sido realizado há mais de quinze anos, reitera-se ainda o seu conteúdo por haver poucas pesquisas acerca do assunto.

Precede qualquer debate em nosso estudo abordar a questão da cisgeneridade presumida, que afeta os estudos sobre lesbianidades e bissexualidades femininas. Pfeil e Pfeil⁶ apontam que, distintamente da noção de transgeneridade, cunhada pela medicina/psiquiatria,

o conceito de cisgeneridade emerge dos movimentos sociais trans. Enquanto a transgeneridade foi conceituada no processo de patologização das identidades trans, a cisgeneridade foi conceituada na contramão, visando à despatologização e à defesa da autodeterminação trans. Como aponta Vergueiro⁷, a cisonormatividade envolve uma série de forças socioculturais que produzem discursivamente a cisgeneridade enquanto natural.

A conformidade de gênero e as dissidências de gênero são socialmente construídas, e a binaridade e a permanência alicerçam a cisgeneridade. Desse modo, assume-se neste texto um esforço discursivo de nomear a cisgeneridade de lésbicas e mulheres bissexuais que participaram da pesquisa, ao mesmo tempo que se aponta que há uma cisgeneridade presumida quando se trata de práticas sexuais entre mulheres, que impactará o próprio cuidado em saúde sexual, objeto analisado neste texto.

Dessa forma, cabe dizer que a discussão sobre o corpo Lésbico interpelado pela cisonormatividade evoca uma crença de invulnerabilidade às IST, derivadas de um período de priorização da comunidade homossexual masculina, na década de 1980, com casos de HIV². A crescente concentração dos casos entre homens fez parecer, erroneamente, que o corpo lésbico cisgênero seria imune à infecção via transmissão sexual entre mulheres². A forma como a transmissão do HIV foi pensada fez com que, até a década de 1990, no Brasil, a possibilidade de propagação entre mulheres que se relacionavam sexualmente com outras mulheres fosse pouco cogitada². A equivocada premissa do sexo lésbico ausente de penetração e fluidos corporais fazia com que se acreditasse numa menor vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV entre lésbicas². Esse cenário de exclusão das sexualidades lésbica e de mulheres bissexuais é também resultado de processos sociais mais amplos, que reúnem um conjunto de leituras socioculturais sobre os gêneros e as sexualidades pautado na heteronormatividade e no binarismo de gênero,

que atravessa a construção do saber médico e as práticas de cuidado, trabalho e gestão dos serviços de saúde⁸.

A partir do exposto, o presente artigo buscou analisar a compreensão de lésbicas e mulheres bissexuais cisgênero sobre as possibilidades de transmissão de IST a partir de suas práticas sexuais e as principais estratégias conhecidas de prevenção de IST entre mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero residentes em Cuiabá, no Mato Grosso.

Metodologia

Escolheu-se a pesquisa qualitativa com abordagem cartográfica, que supõe que o caminho (*hódos*) seja anterior à meta (*metá*), e não seja condicionado por ela. A escolha metodológica foi de uma pesquisa com a experiência, compreendida como

um modo de habitar o mundo de um ser que existe, de um ser que não tem outro ser, outra essência, além de sua própria existencial corporal, finita, encarnada, no tempo e no espaço, com outros⁹⁽⁴⁴⁾.

A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas sob inspiração cartográfica¹⁰. Assim, cartografar com a entrevista envolve recuperar “na memória recordações de ações vividas. Um desabrochar de afetos com apelo às experiências passadas que se atualizam no ato de produzir-se em formação”¹¹⁽³¹⁸⁾.

Logo, foram entrevistadas 14 (quatorze) mulheres cisgênero, entre lésbicas e bissexuais, que utilizaram serviços de saúde no município de Cuiabá/MT. O contato com as participantes se deu pelas redes de movimentos sociais. A estratégia para aplicação das entrevistas se deu por meio da metodologia de bola de neve¹². A seleção por bola de neve foi complementada pela saturação teórica, conforme Fontanella et al.¹³, em que, a partir de uma amostra, é realizado um processo contínuo de análise dos dados,

buscando o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando os tópicos abordados¹³. A bola de neve foi disparada em dois movimentos: inicialmente, com uma primeira entrevista realizada com uma lésbica, e a outra com uma mulher bissexual. Essas mulheres foram contactadas a partir de indicações de participantes de um grupo de pesquisa da universidade que eram integrantes de movimentos sociais. As demais participantes da pesquisa foram indicadas pelas sementes.

Nesta pesquisa, a amostra foi encerrada com 14 participações, após a constatação da saturação teórica, sendo 6 lésbicas, 7 mulheres bissexuais e 1 mulher que se identificou como lésbica, bissexual e pansexual, todas marcadas pela cisgeneridade. Para participar da entrevista, os critérios de inclusão foram: autoidentificar-se como lésbica ou mulher bissexual; ter mais de 18 anos; concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e ter utilizado serviços de saúde na cidade de Cuiabá/MT.

Para análise das entrevistas transcritas, foi realizada leitura flutuante e análise temática segundo Minayo¹⁴. Foram produzidos 2 temas a partir da análise: 1. Compreensões sobre possibilidades de transmissão de IST em relações sexuais entre mulheres cisgênero; 2. Acesso à informação e estratégias conhecidas para prevenção de IST entre lésbicas e mulheres bissexuais. Os temas foram produzidos em duas etapas. A primeira foi a realização de uma leitura flutuante sobre as transcrições, a fim de identificar de maneira dedutiva em que medida o material trazia evidências já identificadas pela literatura pregressa. A segunda etapa foi a leitura em profundidade, com a identificação de categorias indutivas, buscando quais elementos novos os dados traziam diante do cenário apresentado pela literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE): 46592921.0.0000.5690, Parecer: 4.826.722, e fora garantido o anonimato às participantes.

Resultados e discussão

Compreensões sobre possibilidades de transmissão de IST

Nas práticas sexuais entre mulheres cisgêneras, o potencial risco de transmissão do vírus HIV e outras IST, como sífilis e HPV, estará relacionado com possíveis traumas ocasionados durante o ato sexual, através do contato com sangue menstrual e secreções vaginais, seja por meio de brinquedos sexuais compartilhados ou das variadas formas de utilização do corpo durante o sexo¹⁵.

As compreensões sobre os riscos de transmissão de IST em relações sexuais entre mulheres cisgênero variaram entre as participantes. Como exemplo, destaca-se a participante 2, que expõe uma noção de prevenção vinculada à prática sexual entre pessoas cis-heterossexuais (pessoas que se relacionam com o sexo oposto e não apresentam divergência com o sexo/gênero atribuídos no nascimento), levando-a a não se preocupar com prevenção sexual por estar numa relação com outra mulher cisgênero.

[...] porque que a gente só fica preocupado quando é uma relação hetero, né, porque quando é a... igual agora: eu estou numa relação entre duas mulheres, eu nunca me atentei quanto a isso [...] (Participante 2).

Tal relato é complementado pela participante 3, que narra que o serviço somente oferece informações e orientações sobre IST para mulheres em relações heterossexuais, levando-a à necessidade de buscar informações sobre o assunto em outras fontes.

Não, só de relacionamento com homem, né? [Recebeu orientações nos serviços de saúde sobre prevenção de IST – relata ter buscado essas informações a partir de pesquisas em livros e na internet] (Participante 3).

A participante 4 compartilha a experiência de uma consulta na qual, ao questionar a profissional sobre a existência de orientações, a própria profissional relatou desconhecimento

[...] eu sinto falta de um esclarecimento de falar sobre, é a questão das IST, por exemplo, porque isso é importante, independente de orientação sexual, né? [...] e aí tem alguma orientação específica, a gente que... sexo, duas vaginas, como que funciona a questão de transmissão de IST. Existe métodos? [relata ter perguntado a uma profissional da saúde] [...], e aí ela falou assim: 'não, eu não sei', e aí eu, ela disse que eu a provoquei pesquisar sobre pra ver se ela conhecia alguma coisa, se existia alguém estudando sobre isso, alguém produzindo algum tipo de método relacionado ao sexo de pessoas com vagina, enfim, então foi isso [...]. (Participante 4).

Por fim, a participante 4 aponta uma espécie de desânimo provocado pela ausência de informações nos serviços de saúde para orientá-las sobre cuidados sexuais.

[...] mas eu acho que essa ausência de métodos de proteção dá um desânimo também, pelo menos assim dizendo pessoalmente, de correr atrás, de procurar algo, porque, poxa, vou ter que ficar inventando coisa já tem várias coisas pra relacionamento entre pessoas que têm vaginas e pessoas que têm pênis [...] (Participante 4).

A mesma ausência de orientação recebida por profissionais dos serviços de saúde, compartilhada pela participante 4, e a presença de orientações organizadas por uma heteronormatividade são relatadas pela participante 6.

[...] não tem um cuidado, da mesma forma que é com pessoas heteronormativas, pessoas heterossexuais, sabe? Percebe isso principalmente quando você tá fazendo uma educação ou orientação com relação ao sexo, com relação a preservativo, esse tipo de cuidado, e aí eu já percebi assim com relação a pessoas. Isso é muito presente no serviço público de saúde, e é preocupante, porque não é porque

a pessoa não se relaciona, por exemplo, mulher e homem, que ela não deve receber as mesmas orientações em relação a IST [...] (Participante 6).

Além disso, a participante 6 acrescenta em sua fala um elemento que se relaciona diretamente com a heteronormatividade e como isso corrobora a produção da ausência de conhecimento sobre cuidado sexual nas relações entre mulheres. Segundo a participante,

[...] sei pouca coisa [sobre IST], sei que [...] deveria se usar o preservativo, mas geralmente não se usa, porque tem toda aquela questão de que IST é só no sexo heteronormativo, ou então o sexo entre dois homens. Eu já ouvi muito isso, [...] essa informação falsa de que sexo lésbico, entre mulheres, por exemplo, não tem possibilidade de ter IST porque não tem penetração... o que também já é uma perspectiva bem heteronormativa, bem cisgênera mesmo [...]. Então, assim, eu sei pouquíssima coisa, eu sei da existência do preservativo feminino... só que o que eu ouvia muito, também, era o pessoal falando 'não, mas ele, o preservativo feminino, só pode ser usado também no sexo entre homem e mulher', homens e mulheres cisgênero, né? E eu ficava assim 'gente, eu acho que não', mas eu não sei, eu nunca procurei saber sabe, então eu sei bem pouco [...] (Participante 6).

[...] De verdade, é o tipo de informação e de discussão que eu sei que existe, mas parece que é tão distante, como se fosse uma coisa que só acontecesse em relacionamentos heteronormativos [...] de pênis-vagina e só... (Participante 12).

A partir da análise das falas, evidenciam-se como núcleos de sentido que emergem do conteúdo: heteronormatividade (participantes 2, 3, 6 e 12), falocentrismo (participantes 2, 6 e 12), desconhecimento e ausência de informação (participantes 3, 4 e 6). A Heteronormatividade e o falocentrismo são categorias que representam práticas em saúde que valorizam e naturalizam as práticas sexuais e afetivas pautadas no sexo penetrativo, procriativo, organizado pela prática heterossexual^{2-4,8}. Esses achados

corroboram as evidências de Silva e Gomes¹⁶, Araujo et al.¹⁷, Reis et al.¹⁸ e Azevedo¹⁹, que analisaram os efeitos da heteronormatividade na produção de invisibilização das demandas por cuidado sexual entre mulheres lésbicas e bissexuais. Essa invisibilização é apontada pela participante 9:

[...] e a mulher lésbica ela é esquecida, né? Como se duas vulvas, que nem eu falei anteriormente, ela é vista como não sexo, sendo que, sim, a gente que existe transmissão por fluidos, a gente sabe que existe transmissão por contato, né [...] (Participante 9).

A heteronormatividade e o binarismo de gênero são normas sociais que produzem reflexos importantes sobre as vidas de pessoas não heterossexuais e que não restringem suas vivências à generalização dos gêneros, como lésbicas e mulheres bissexuais cis, por exemplo. Rocon⁸ analisa o binarismo de gênero como uma dicotomização entre corpos ditos femininos e masculinos, identificados e diferenciados apenas pelas características fisiológicas e anatômicas, com destaque para as genitálias. Para o autor⁸, ao se estruturar de maneira normativa na organização social, o binarismo dos gêneros afirma como única possibilidade de existência, como natural, homens e mulheres que se alinham em conformidade com estereótipos de masculino e feminino e, em especial, com as genitálias pênis e vagina, respectivamente, atribuídas ao nascimento. Assim, ser ou não ser homem ou mulher é normativamente condicionado pela biologia⁸.

A dicotomia binária para os gêneros (homem-pênis-masculino versus mulher-vagina-feminino) exige uma complementariedade que se dá pela heteronormatividade^{7,8}. Esta, por sua vez, normativamente, naturaliza uma crença de que ambos, homem e mulher, devem se complementar pela prática erótica e sexual heterossexual, sob a égide do sexo como destinado à procriação. Nesse sentido, todas as pessoas que

fogem tanto ao gênero binário quanto à heteronormatividade passam a estar sujeitas a processos de discriminação, invisibilização e violência^{7,8,20}.

Araujo et al.¹⁷ evidenciam como médicos e enfermeiros acreditam numa ausência de risco de IST entre lésbicas cis por considerarem que elas não realizam sexo penetrativo, acreditando nessa prática sexual como possível apenas entre heterossexuais, expondo os efeitos do falocentrismo. Essa realidade pode explicar o desconhecimento da profissional da saúde que atendeu a participante 4 com relação às estratégias de prevenção às IST para mulheres cis que se relacionam como mulheres cis. Aqui, cabe ressaltar que as diretrizes e o plano operativo da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT preveem a capacitação permanente dos profissionais de saúde quanto às temáticas de orientação sexual e identidade de gênero²¹. Além disso, é responsabilidade dos profissionais prevenir situações de preconceito, discriminação e violência, além de identificar as necessidades específicas de saúde de lésbicas e bissexuais e definir as prioridades e o planejamento de ações em saúde²¹.

Araújo et al.¹⁷ identificaram que 47,3% das mulheres que fazem sexo com mulheres de sua pesquisa não revelavam aos profissionais de saúde fazer sexo com mulher, e 58,0% referiram ter sido vítimas de discriminação. Silva e Gomes¹⁶ e Rocon et al.²² evidenciaram uma realidade de dificuldade de lésbicas e mulheres bissexuais de compartilhar informações sobre suas orientações sexuais nos serviços de saúde em decorrência do medo ou receio de sofrer discriminação.

As participantes desta pesquisa revelam como os atendimentos em saúde pautados na heteronormatividade constroem um ambiente hostil para as demandas dessa população, colaborando para o desconhecimento e a ausência de informação sobre as demandas em saúde por cuidado sexual de lésbicas e bissexuais cis, na medida em que reforça os processos de invisibilização. Assim,

a orientação sexual se apresenta como um marcador de iniquidade na medida em que a intersecção das desigualdades de gênero reverbera em injustiças no acesso aos bens e serviços de saúde a partir da produção com distribuição desigual entre homens e mulheres, heterossexuais e lésbicas e mulheres bissexuais e marcador de inequidade. Processos de produção de desigualdades sociais que tem dentre seus múltiplos fundamentos o racismo contra os anormais, o não reconhecimento das sexualidades não heterossexuais como passíveis de serem vividas e acolhidas, desprezando não apenas suas necessidades em saúde, como também, todas as suas necessidades sociais para manutenção da vida²³⁽⁸⁾.

Tal invisibilidade aumenta o risco de IST entre mulheres cisgênero que fazem sexo com mulheres cisgênero, pois fragiliza o acolhimento nos serviços de saúde, produzindo uma realidade de exclusão, que é resultado da percepção dos profissionais de saúde, influenciada pelas questões socioculturais pautadas na heteronormatividade¹⁷⁻¹⁹.

Oliveira e Nery²⁴ analisam que enfermeiros e outros profissionais da saúde devem conhecer a orientação sexual de usuárias e usuários, para que, assim, possam realizar processos corretos de orientação para prática do sexo seguro. Além disso, essa realidade ampla de desamparo às lésbicas e mulheres bissexuais refletirá a falta de métodos para cuidado sexual e acesso à informação em razão da ausência de investimento para sua produção, decorrente a invisibilidade das sexualidades lésbica e bissexual^{17-19,21}.

Comparando este estudo, que tem sua totalidade de participantes com ensino superior completo ou em curso, com o estudo de Ribeiro et al.²⁵, em que 60% das participantes apresentavam predomínio do ensino médio, apesar das diferenças nos níveis de escolaridade, ambos se assemelham nas evidências sobre o desconhecimento sobre transmissão de IST no sexo entre mulheres e as suas formas de prevenção de uma parcela das participantes.

Esse dado mostra que, independentemente do nível educacional das mulheres, o acesso à informação sobre estratégias preventivas tem sido dificultoso, reforçando o argumento de que a dimensão sociocultural da heteronormatividade pode ser uma das principais causas dessa realidade.

Acesso à informação e estratégias conhecidas para prevenção de IST entre lésbicas e mulheres bissexuais cisgênero

As dificuldades para conseguir orientações sobre cuidados sexuais para mulheres que fazem sexo com mulheres nos serviços de saúde fez com que algumas participantes buscassem informações na internet. Youtube e Twitter foram as redes sociais citadas sobre locais onde as participantes acessaram informações sobre estratégias de prevenção na prática sexual entre mulheres lésbicas e bissexuais.

A participante 6 relata que “[...] *nem sempre a informação chega dessa forma, e aí a gente acaba tendo que procurar por outros meios, pela via da internet [...]*”. Entre as plataformas identificadas na pesquisa como campos de acesso à informação, destacam-se o Youtube e o Twitter, citados pelas participantes 7 e 10:

[...] e aí eu comecei a pesquisar no youtube, né, youtube reizinho das informações, e aí não via nada muito [pausa curta] efetivo, né? Tipo, eu via a galera falando ‘usa plástico filme pra fazer sexo oral’... eu ficava, tipo, ‘gente, isso é muito absurdo, né? [rindo]’. Como assim você vai usar um plástico filme, tá ligado? Nada a ver usar isso [...] (Participante 7).

[...] Tipo, tudo que eu vi assim sobre cuidados ou alguma coisa assim foi, acabei vendo foi no twitter, que umas falaram sobre formas de proteção e essas coisas [...] (Participante 10).

A internet parece ser o lugar de acesso às informações, mesmo que estas, como vemos

na fala da participante 7, não sejam satisfatórias. Cenário semelhante foi encontrado por Azevedo et al.¹⁹ em sua pesquisa, na qual três participantes afirmam que, devido à precarização das informações nos serviços de saúde, acabam recorrendo a meios não oficiais, como páginas de internet e grupos de amigas, em busca do conhecimento acerca do autocuidado em saúde.

Manifestações de insatisfação com estratégias de prevenção são narradas por outras participantes. A participante 5 destaca o uso de insulfilme (plástico filme de PVC) e luva cortada como algo a ser problematizado.

[...] você imagina o sexo oral entre mulheres, você vai pegar uma luva e vai cortar um dedo pra poder colocar na língua, pra fazer o sexo oral, ou você vai colocar um insulfilme na vagina pra poder fazer um sexo oral... Então, assim, não tem educação sexual pra mulher lésbica, pra mulher bissexual, não tem em termos de prevenção [...] (Participante 5).

A participante ainda associa tais estratégias com uma ausência de educação sexual que atenda às necessidades em saúde de lésbicas e mulheres bissexuais. A participante 8 cita o uso de camisinhas cortadas e de dedeira, sendo este último recurso de pouca familiaridade para ela. Enquanto a participante 13 cita o uso da camisinha em dildos, próteses ou simulacros penianos.

[...] você cortar uma camisinha pra você fazer o oral, a dedeira que nunca, que nunca nem vi alguém usando a dedeira [risos], pra fazer penetração, e... [pausa] e as regras básicas, tipo assim, de testar frequentemente [...] (Participante 8).

[...] questão do uso de camisinha, no caso do uso de prótese, alguma coisa assim, isso já é uma coisa que eu nem colocava como cuidado, porque pra mim era meio óbvio, né? [...] (Participante 13).

As participantes 7 e 9 nomearam o conjunto de estratégias conhecidas para prevenção de IST entre MSM como gambiarras:

[...] Cara, o que eu conheço são todas as gambiarras, né? Porque [risos] antes, assim, quando eu me entendi enquanto bissexual, eu falei não, velho, como que é que se protege, né, como é que eu vou transar com uma pessoa que também tem a vulva, como é que funciona [...] não tem, sei lá, camisinha, igual quando você transa com uma pessoa com pênis, sabe? Tipo, você usa camisinha e fala 'ah, tá tranquilo, né, porque foi feita de maneira pra aquele corpo utilizar, sabe?'. E pra vulva não tem nada assim muito específico assim. Tem, sei lá, questão de tá sempre com a unha cortada, unha curta pra não ficar com um monte de bactéria ali e correr o risco de, de acontecer algum tipo de microlesões, né, ou de passar bactéria, enfim, alguma coisa nesse sentido [...] (Participante 7).

[...] 'ah, pega uma camisinha, abre, né, coloca lá na vulva e chupa por cima desse plástico, né?'. E, assim, eu juro pra você que uma vez eu tentei, eu juro pra você, só que, assim [pausa curta] [...] você é uma mulher bissexual, né, e assim, não sei da sua vivência, mas chupar buceta com um plástico assim não parece nem um pouco natural [...] Mas é por não ter nada específico também pra gente. Eu acho que isso também nos afasta de um método contraceptivo [prevenção]. Numa gambiarra ali, né, porque eu acho que é isso, eu acho que tá introduzido para as mulheres lésbicas, mulheres que se relacionam com outras mulheres [...] (Participante 9).

O acesso à informação sobre estratégias de prevenção às IST pensadas nas necessidades em saúde de lésbicas e mulheres bissexuais também parece ser efeito da regulação dos gêneros e sexualidades pelas normas binárias e heteronormativas. Nesse eixo, o núcleo de sentido que emerge é a gambiarra, que demonstra a inexistência de investimentos na produção de tecnologias para prevenção às IST que considerem as especificidades das práticas sexuais entre lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres cis em geral²².

A gambiarra carrega em si o sentido de ferramenta ou estratégia inacabada e não

planejada, que se realiza com fins de postergar uma ação necessária. No caso desta pesquisa, a gambiarra se configura na adaptação de insumos pensados para relações heterossexuais ou falocentradas para relações lésbicas e entre mulheres bissexuais cisgênero, não necessariamente falocentradas, ou, ainda, na criação ou utilização de outros materiais, como filme de PVC (policloreto de vinila) para alimentos, por exemplo. Tudo isso em razão da ausência de planejamento e investimento na produção de insumos e tecnologias voltadas ao sexo entre mulheres cisgêneras.

É importante destacar que esse eixo se articula profundamente com o anterior, uma vez que, além da ausência de insumos e tecnologias nos serviços de saúde, os protocolos envoltos nos exames ginecológicos enfatizam informações que se pautam em práticas sexuais heterossexuais e numa maternidade compulsória^{8,23}, um cenário que corrobora a produção de um vazio informacional às mulheres que fazem sexo com mulheres cisgêneras sobre estratégias preventivas. Cabral et al.²⁶ e Araújo et al.¹⁷ analisam que lésbicas e mulheres bissexuais cis são deixadas ao risco de exposição às IST sem a possibilidade de acesso a informações para autocuidado e recursos para prevenção.

A ausência de informação sobre estratégias de prevenção e os riscos reais de exposição às IST para mulheres que fazem sexo com mulheres aumenta a vulnerabilidade de lésbicas e mulheres bissexuais cis. Araújo et al.¹⁷⁽³⁸¹⁵⁾ identificaram que

As mulheres que não haviam realizado sorologia para IST anteriormente tiveram chance aumentada em quase três vezes de ter uma IST, o que pode ser explicado em função de que o rastreamento viabiliza o diagnóstico e o tratamento.

Oliveira e Nery²⁴ discutem que lésbicas são rotineiramente negligenciadas pela sociedade, pelo Estado, por pesquisadores e trabalhadores da saúde quando o assunto é prevenção de HIV/aids. Além disso, para os autores, a maioria das

políticas de saúde para mulheres parece desconsiderar a diversidade de orientações sexuais, invisibilizando mulheres lésbicas. Além disso, hegemonicamente, associa-se a transmissão de IST ao sexo penetrativo envolvendo pênis e vagina, numa lógica heteronormativa, desconsiderando que mulheres que fazem sexo com mulheres também realizam práticas sexuais envolvendo penetração anal e vaginal.

As narrativas das participantes desta pesquisa evidenciam duas situações determinantes para o processo saúde, doença e cuidado com relação às IST nas relações afetivas e sexuais entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Assim, nota-se que os processos de vulnerabilização decorrentes da ausência de acesso aos serviços de saúde – e, quando ele ocorre, da falta de informações sobre prevenção às IST para mulheres – derivam da carência de produções científicas, portarias ministeriais, informações, conteúdos curriculares e formações continuadas para profissionais de saúde para o trabalho com diversidade em práticas sexuais²⁷. E do fato de médicos e enfermeiros já pressuporem em suas abordagens que a sexualidade da usuária será sempre heterossexual, ou de se guiarem em suas suposições pelas expressões comportamentais e pelos padrões visuais estereotípicos sobre o que seria uma mulher no binarismo dos gêneros e na heteronormatividade^{17-19,23}.

Na medida em que as participantes relatam ser a internet um lugar de buscas de informações, governos municipais, estaduais e a união em suas respectivas pastas e gestões para a saúde podem investir na produção de portais e páginas em redes sociais com informações a serem compartilhadas para o público de MSM. Tal ação pode ser um caminho urgente até que se possa alterar a realidade de discriminação nos serviços de saúde por meio de processos de educação e formação continuada para profissionais da saúde. Barbosa e Facchini⁵ e Silva e Gomes¹⁶ corroboram as análises sobre a falta de inclusão de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde como resultado da falta de qualificação profissional e o preconceito

alimentado pela heteronormatividade. Rufino et al.²⁸ contam sobre o desconhecimento dos médicos ao relatarem dúvidas de ordem sexual e sobre prevenção de IST, reforçando a importância dos processos de formação e capacitação permanente de trabalhadores da saúde.

Considerações finais

Os resultados demonstram que a ausência de métodos de prevenção e informação que tratem com dignidade as relações sexuais entre mulheres as deixa à deriva da busca pessoal em canais de comunicação não regulamentados pela saúde. Não obstante, o processo de trabalho em saúde referendado pela heteronormatividade e o falocentrismo promovem a exclusão dessas mulheres do acesso aos cuidados em saúde dos quais necessitam. Além disso, esse conjunto normativo contribui para hierarquizar as sexualidades e gêneros, invisibilizando as orientações sexuais lésbicas e bissexuais, produzindo como única resposta possível a gambiarra, que é efeito do completo abandono e da desresponsabilização estatal pela produção de tecnologias eficazes e dignas para proteção às IST entre mulheres que fazem sexo com mulheres.

Os resultados desta pesquisa indicam que o desenvolvimento e a utilização de páginas, sites, perfis no Youtube e no Twitter oficiais de organismos da saúde para disseminação de estratégias de prevenção e informações sobre as necessidades em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais podem ser importantes estratégias de intervenção na realidade. Em primeiro lugar, porque as informações podem, inclusive, auxiliar profissionais da saúde no processo de trabalho. Em segundo, pelo fato de elas já utilizarem a internet para a busca desse tipo de informação.

Por fim, recomenda-se: (1) a realização de processos de capacitação permanente para profissionais da saúde, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (2) aprofundamento em gênero e sexualidade

nos currículos de formações em saúde, nos níveis de graduação e pós-graduação, a fim de que profissionais da saúde tenham a formação necessária para acolher com qualidade, humanização e dignidade lésbicas e mulheres bissexuais nos serviços de saúde; (3) estímulo ao desenvolvimento de estratégias e protocolos de atendimento em saúde que considerem as necessidades específicas dessa população, evitando, inclusive, uma cisgeneridade presumida, cuja problemática foi sustentada neste texto.

Contribuições de autoria

Roccon PC (0000-0003-2696-5786)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação

dos dados, obtenção de financiamento, redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Soares MKLA (0009-0000-6102-395X)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Soares MR (0000-0002-0417-2614)* contribuiu para revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Reis DS (0000-0002-6806-5367)* contribuiu para obtenção de dados e análise e interpretação dos dados do manuscrito. Irineu BA (0000-0003-1158-5000)* e Figueiredo GC (0000-0001-6656-2266)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo intelectual importante do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. HIV/AIDS [Internet]. Geneva: OPAS; 2026 [acesso em 2024 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids#folha>
2. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009;19(2):301-31.
3. Méndez RP. La construcción del sujeto lésbico. *Les Online*. 2009;1(1):36-44.
4. Kass H, Senkevics A. O que são pessoas cis e cissexismo. *Ensaio Gênero*. 2012.
5. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):291-300.
6. Pfeil BL, Pfeil CL. A cisgeneridade em negação: apresentando o conceito de ofensa da nomeação. *Rev Estud Educ Divers*. 2022;3(9):1-24. DOI: <https://doi.org/10.22481/reed.v3i9.11170>
7. Vergueiro V. Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autotnográfica da cisgeneridade como normatividade [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
8. Rocon PC. Clínica (Trans)exualiza(dor)a: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Devires; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Larrosa J. Tremores: escritos sobre experiências. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
10. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal Rev Psicol.* 2013;25(2):199-322. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1984-02922013000200006>
11. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu).* 2014;18(49):313-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014;22(44):203-20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicasv22i44.10977>
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(3):621-6.
15. Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Rev Estud Fem.* 2013;21(3):905-26.
16. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(3):5351-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019>
17. Araújo LM, Penna LHG, Carinhanha JI et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev Enferm UERJ.* 2019;27:e38518. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>
18. Reis DS, Rocon PC, Wandekoken KD. Desafios no cuidado em saúde vividos por mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Hygeia.* 2024;20:e2020. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia2069298>
19. Azevedo GRB. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(5):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.03512023>
20. Irineu BA. Lesbofobia de Estado e política de extermínio: invisibilidade, apagamento, desproteção social e violência letal na manutenção da heterossexualidade compulsória. *Rev Cult [Internet].* 2021 [acesso em 2024 ago 29]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/384440706_Lesbofobia_de_Estado_e_politica_de_exterminio
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Rocon PC, Wandekoken KD, Reis DS. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. *Rev Katálysis.* 2024;27:e95176. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e95176>
23. Almeida TMC. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. *Rev Soc Estado.* 2014;29(2):3.
24. Oliveira ADS, Nery IS. Mulheres lésbicas no contexto do HIV/AIDS: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE Online.* 2016;10(8):3090-100.
25. Ribeiro BA, Barbosa GC, Cunha KC, et al. Análise de ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com outras mulheres: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública Paraná.* 2024;7(1):1-26. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2024v7n1877>
26. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Rev Enferm UFPE Online.* 2019;13(1):79-85. DOI: <https://doi.org/10.5025/1981-8963-v13i1a237896p79-85-2019>

27. Irineu BA, Feiten TF. Lesbianizando a revisão integrativa: o que mudou na produção teórica sobre lesbianismo e saúde depois da PNSI-LGBT? In: Duarte MJO, Rocon PC, organizadores. Dez anos da política nacional de saúde integral LGBT. Salvador: Devires; 2022.
28. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4):e2017499. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005>

Recebido em 06/02/2026

Aprovado em 19/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito. Alguns dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. Justificativa: dados sensíveis que não permitem o compartilhamento

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

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

Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025: desafios e oportunidades para o fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil

Public Consultation SECTICS/MS No. 69/2025: Challenges and opportunities for strengthening clinical research in Brazil

Consulta Pública SECTICS/MS nº 69/2025: desafíos y oportunidades para el fortalecimiento de la investigación clínica en Brasil

Giovanny Vinícius Araújo de França¹, Evandro de Oliveira Lupatini¹, Raísa Breda Tôso Sfalsini¹, Michelle Zanon Pereira¹, Andréa Leite Ribeiro¹, Karla Andreia Mette Waldrich¹, Jaqueline Chueke Pureza¹, Meiruze Sousa Freitas¹, Fernanda De Negri¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011748P

RESUMO Este estudo analisa dados provenientes da Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025, conduzida pelo Ministério da Saúde como parte de um diagnóstico da situação atual do ecossistema de pesquisa clínica no Brasil. Trata-se de um estudo observacional com abordagens quantitativa e qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre 4 de agosto e 18 de setembro de 2025, por meio da plataforma Participe + Brasil. Utilizou-se um formulário semiestruturado composto por 65 questões, organizadas em 10 blocos temáticos. Dos 114 participantes, a maioria era das regiões Sudeste e Sul. Os principais desafios identificados foram a burocracia e a lentidão regulatória (85 menções), a insuficiência de financiamento (55), as desigualdades regionais de infraestrutura (53) e a escassez de profissionais especializados (52). As oportunidades mais citadas incluíram o aprimoramento regulatório (65), a formação e capacitação (47), a integração digital (45) e o fortalecimento da infraestrutura. Foram registradas críticas ao sistema ético, especialmente devido à instabilidade da Plataforma Brasil. Os achados indicam um ecossistema de pesquisa clínica em consolidação, ainda marcado por assimetrias regionais, entraves regulatórios e fragilidade no financiamento.

PALAVRAS-CHAVE Estudo clínico. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Sistema Único de Saúde. Brasil.

ABSTRACT This study analyses data from the Public Consultation SECTICS/MS No. 69/2025, conducted by the Ministry of Health as part of an assessment of the current state of the clinical research ecosystem in Brazil. It is an observational study with both quantitative and qualitative approaches. Data collection took place from August 4 to September 18, 2025, through the Participe + Brasil platform. A semi-structured questionnaire with 65 questions organized into 10 thematic blocks was used. Of the 114 participants, most were from the Southeast and South regions. The main challenges identified were bureaucratic complexity and regulatory delays (85 mentions), insufficient funding (55), regional disparities in infrastructure (53), and a shortage of qualified professionals (52). The most frequently cited opportunities included regulatory improvement (65), training and capacity-building (47), digital integration (45), and strengthening research infrastructure. Criticism focused on the research ethics review system, particularly regarding the instability of the Plataforma Brasil. The findings indicate that the Brazilian clinical research ecosystem is undergoing consolidation, still marked by regional asymmetries, regulatory bottlenecks, and financial fragility.

KEYWORDS Clinical study. National Science, Technology and Innovation Policy. Unified Health System. Brazil.

RESUMEN Este estudio analiza los datos de la Consulta Pública SECTICS/MS Nº 69/2025, realizada por el Ministerio de Salud como parte de un diagnóstico sobre la situación actual del ecosistema de investigación clínica en Brasil. Se trata de un estudio observacional con enfoques cuantitativo y cualitativo. La recolección de datos se llevó a cabo entre el 4 de agosto y el 18 de septiembre/2025, en la plataforma Participe + Brasil. Se utilizó un cuestionario semiestructurado con 65 preguntas organizadas en 10 bloques temáticos. De los 114 participantes, la mayoría procedía de las regiones Sudeste y Sur. Los principales desafíos identificados fueron la burocracia y la lentitud regulatoria (85 menciones), la insuficiencia de financiamiento (55) y las desigualdades regionales en infraestructura (53). Las oportunidades más mencionadas incluyeron el fortalecimiento del marco regulatorio (65), la formación y capacitación (47) y el refuerzo de la infraestructura. Se registraron críticas al sistema ético por la inestabilidad de la Plataforma Brasil. Los hallazgos indican que el ecosistema de investigación clínica en Brasil se encuentra en proceso de consolidación, aunque aún está marcado por asimetrías regionales, trabas regulatorias y fragilidad financiera.

PALABRAS CLAVE Estudio clínico. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Sistema Único de Salud. Brasil.

¹Ministério da Saúde (MS),
Secretaria de Ciência,
Tecnologia e Inovação em
Saúde (SCTIE) - Brasília (DF),
Brasil.
giovanny.franca@saude.gov.br

Introdução

A pesquisa clínica é entendida como o conjunto de estudos conduzidos envolvendo seres humanos, com o propósito de encontrar a solução para um problema clínico, incluindo diagnóstico, tratamento e manejo de pacientes¹. Além de possibilitar a avaliação da segurança, eficácia, efetividade e do valor de intervenções em saúde, a pesquisa clínica constitui um componente estruturante dos sistemas nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde². Diferencia-se da pesquisa em saúde por seu enfoque na produção de evidências diretamente aplicáveis ao cuidado clínico, à incorporação de tecnologias e à tomada de decisão em saúde. Nesse contexto, a pesquisa clínica desempenha um papel estratégico ao articular a produção de conhecimento e o desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo, promovendo a inovação em saúde e ampliando o acesso da população a terapias seguras e eficazes³.

No Brasil, esse campo assume relevância adicional em função das características do Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda soluções baseadas em evidências para responder a desafios epidemiológicos complexos, reduzir desigualdades regionais e ampliar o acesso a tecnologias seguras, eficazes e custo-efetivas. Ademais, a capacidade nacional de conceber, coordenar e executar estudos clínicos está diretamente associada à soberania científica e tecnológica do País, à atração de investimentos e à inserção do Brasil em redes globais de pesquisa e desenvolvimento⁴.

A consolidação desse campo no País tem sido orientada por um conjunto de políticas públicas e marcos regulatórios que estruturam tanto o ambiente ético e sanitário quanto os mecanismos de fomento, formação e organização de redes de pesquisa⁴. Destaca-se, nesse processo, a atuação do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS), cuja missão institucional inclui a promoção do

avanço científico e tecnológico e a inovação em saúde no Brasil, conforme as competências estabelecidas no art. 35 do Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023⁵.

Nesse contexto, o MS instituiu o Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil, por meio da Portaria nº 559, de 9 de março de 2018⁶, com o objetivo de ampliar a capacidade nacional de desenvolver e atrair pesquisas clínicas. Sua formulação baseou-se nos resultados do diagnóstico elaborado a partir do Fórum ‘Pesquisa Clínica no Brasil: Competitividade Internacional e Desafios’, promovido pelo MS em outubro de 2016, que reuniu representantes de diversos setores para discutir o panorama nacional e identificar oportunidades de expansão do setor. Após a realização do Fórum, foram realizadas reuniões de escuta estruturada com os principais *stakeholders* da área. A versão final do Plano⁷, publicada em português e inglês, organizou-se em seis eixos estratégicos: 1) Regulação Ética; 2) Regulação Sanitária; 3) Fomento Científico e Tecnológico; 4) Formação em Pesquisa Clínica; 5) Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC); e 6) Gestão do Conhecimento.

Mais recentemente, no contexto da retomada de políticas industriais e de inovação no País, foi lançada, em 2024, a Nova Indústria Brasil (NIB), como uma política sistêmica de neoindustrialização com horizonte até 2026. Estruturada no âmbito do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI), a NIB parte de três premissas centrais: o papel estratégico da indústria para o desenvolvimento sustentável; o reconhecimento do processo de desindustrialização precoce e da fragilização das cadeias produtivas nacionais; e a baixa complexidade tecnológica das exportações brasileiras. No campo da saúde, destaca-se a Missão 2, voltada ao fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), na qual a pesquisa clínica assume um papel estruturante ao articular a geração de conhecimento, o desenvolvimento tecnológico e a incorporação de inovações no SUS. Ao promover a integração entre instituições

científicas, hospitais de ensino, setor produtivo e instâncias regulatórias, a NIB contribui para ampliar a capacidade nacional de condução de estudos clínicos, internalizar tecnologias estratégicas e reduzir a dependência externa, além de favorecer a inserção do Brasil em cadeias globais de valor em saúde.

Apesar dos avanços observados na estruturação de marcos regulatórios e instrumentos de fomento, a consolidação do ecossistema nacional de pesquisa clínica no Brasil ainda se encontra permeada por desafios operacionais e institucionais. Nesse contexto, foi conduzido um balanço técnico das ações implementadas nos cinco anos subsequentes à publicação do Plano de Ação, com o objetivo de avaliar a trajetória de implementação das estratégias propostas e identificar lacunas persistentes. O referido documento assumiu caráter estratégico ao sistematizar as iniciativas executadas e explicitar os principais entraves à sua efetivação.

A evidência de que tais desafios extrapolam dimensões estritamente normativas, demandando processos ampliados de escuta institucional e social, fundamentou o lançamento, pelo MS, da Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025. Essa iniciativa consolidou-se como instrumento de diagnóstico participativo e de atualização das diretrizes setoriais, contribuindo para o aprimoramento da governança e da capacidade indutiva das políticas públicas de pesquisa clínica no País.

Diante desse contexto, o presente artigo analisa os dados provenientes da referida consulta pública, identificando e sistematizando os principais desafios e oportunidades apontados por diferentes atores do ecossistema de pesquisa clínica brasileiro. Como primeira iniciativa formal de consulta pública especificamente direcionada a essa temática, o estudo contribui para o preenchimento de uma lacuna relevante de evidências participativas, ao mesmo tempo que oferece um diagnóstico atualizado desse ecossistema. Ao fazê-lo, insere-se no debate contemporâneo sobre o fortalecimento da pesquisa clínica no País, aportando subsídios técnico-científicos para

o aprimoramento de estratégias e políticas públicas na área.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com componentes quantitativo descritivo e qualitativo exploratório. A Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025 teve como finalidade identificar o cenário atual e os principais desafios na condução de pesquisas clínicas no Brasil, considerando aspectos estruturais, éticos e regulatórios, bem como a capacidade instalada dos centros de pesquisa.

Como objetivo, buscou-se reunir as manifestações de um amplo espectro de partes interessadas e instituições com atuação ou interesse no ecossistema de pesquisa clínica brasileiro, para análises técnicas mais aprofundadas, e a formulação de uma proposta de atualização do Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil, com uma visão de médio e longo prazos.

Foram considerados elegíveis participantes dos diferentes segmentos do ecossistema de pesquisa clínica, incluindo: profissionais de saúde e representantes de empresas patrocinadoras de pesquisas clínicas; pesquisadores e investigadores; organizações representativas de pesquisa; participantes de pesquisas clínicas; e centros de pesquisa clínica. Os participantes foram convidados a se inscrever na plataforma Participa + Brasil, sítio eletrônico do governo federal direcionado a promover a participação social na construção e no aperfeiçoamento de políticas públicas. Essa plataforma conta com mecanismos de acesso protegido, mediante autenticação por nome de usuário e senha.

Para a coleta de dados, foi construído um formulário semiestruturado, com 33 questões fechadas, com alternativas predefinidas, e 32 questões abertas, que permitiram explorar aspectos qualitativos. Esse instrumento foi estruturado em 10 blocos, a saber: Bloco 1 – Identificação do Respondente; Bloco 2 – Módulo Institucional; Bloco 3 – Diagnóstico sobre o Ambiente da Pesquisa

Clínica no Brasil; Bloco 4 – Propostas para Fortalecimento da Pesquisa Clínica; Bloco 5 – Ecossistema Brasileiro de Pesquisa Clínica; Bloco 6 – Fortalecimento do Setor Industrial; Bloco 7 – Ensaio Clínicos Inovadores; Bloco 8 – Modelos Internacionais e Financiamento; Bloco 9 – Políticas de Equidade, Diversidade e Inclusão (EDI); e Bloco 10 – Comentários Finais.

O formulário foi desenvolvido a partir da análise de documentos normativos e estratégicos relacionados à pesquisa clínica no Brasil, incluindo o Plano de Ação de Pesquisa Clínica⁷ e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)⁸, bem como da revisão da literatura sobre ecossistemas de pesquisa clínica e políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Sua estrutura contemplou dimensões-chave, como regulação, financiamento, formação de recursos humanos, infraestrutura, governança e articulação em rede. O instrumento foi submetido à validação interna por especialistas e gestores da área, com o objetivo de assegurar clareza, pertinência e abrangência. Em seguida, foi realizado um teste-piloto em ambiente controlado da plataforma Participe + Brasil, possibilitando ajustes na redação, na lógica de navegação e na organização das perguntas antes de sua disponibilização pública.

O lançamento da consulta foi anunciado em 30 de julho de 2025, por meio de publicação no Diário Oficial da União (DOU), tendo recebido contribuições ao longo de 46 dias consecutivos, entre 4 de agosto e 18 de setembro de 2025. Para fins analíticos, foi extraído da plataforma Participe + Brasil um banco de dados desidentificado, em formato CSV, assegurando a impossibilidade de identificação direta ou indireta dos participantes. O acesso a essa base foi restrito a dois autores deste manuscrito, responsáveis pela sistematização, tratamento e análise dos dados. Esses dados poderão ser disponibilizados, em formato desidentificado, mediante solicitação formal ao Decit/SCTIE/MS, condicionada ao cumprimento das disposições éticas, regulatórias e legais aplicáveis.

As análises foram delineadas com base em abordagens quantitativa e qualitativa, conforme detalhado a seguir.

Abordagem quantitativa

A análise quantitativa foi realizada no *software* R (versão 4.4.3), com interface RStudio (versão 2024.12.1). As variáveis incluíram características dos respondentes (perfil individual e institucional), percepções sobre o ambiente da pesquisa clínica no Brasil, avaliação de dimensões estruturais (regulação, financiamento, infraestrutura, formação de recursos humanos, governança e articulação em rede) e propostas de fortalecimento do setor. As variáveis foram majoritariamente categóricas, oriundas de questões fechadas com alternativas predefinidas.

Foram realizadas análises descritivas, com cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Quando pertinente, procedeu-se à análise estratificada por tipo de respondente ou segmento institucional, com o objetivo de identificar padrões diferenciados de resposta. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas, figuras e representações cartográficas. A elaboração dos mapas foi realizada no *software* QGIS, versão 3.44. Não foram realizadas análises inferenciais, em razão do caráter exploratório do estudo e da natureza não probabilística da amostra. Considerando o caráter voluntário da participação, reconhece-se a possibilidade de viés de seleção, o que limita a generalização dos achados.

Abordagem qualitativa

A identificação dos eixos temáticos foi realizada por meio de processo analítico iterativo, fundamentado na análise de conteúdo proposta por Bardin⁹, combinando categorias, *a priori*, orientadas pela revisão de literatura e pelas dimensões do instrumento de coleta, com categorias emergentes derivadas do *corpus* empírico, constituído pelas respostas submetidas na plataforma Participe + Brasil, no contexto

da Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025.

A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, desenvolvido em três fases principais: i) pré-análise, que envolveu a leitura flutuante e a organização do material; ii) exploração do material, com a seleção das unidades de registro e de contexto relevantes ao objetivo do estudo; e iii) tratamento dos resultados, categorização e interpretação, em que se procedeu à formação de categorias e subcategorias temáticas, possibilitando a análise e a síntese dos sentidos emergentes. Essa análise foi conduzida de forma sistemática para cada uma das 32 questões abertas, assegurando rastreabilidade entre os dados e as categorias construídas, bem como coerência entre os

eixos temáticos identificados, o referencial teórico adotado e os objetivos do estudo.

Durante a fase exploratória, foi utilizado um modelo de linguagem avançado (Large Language Model – LLM), especificamente o ChatGPT (GPT-5, versão profissional), como ferramenta de apoio à análise de dados textuais. Para tanto, empregou-se um *prompt* estruturado, previamente definido, com o objetivo de identificar padrões recorrentes, realizar o agrupamento temático e apoiar a categorização inicial das contribuições (*quadro 1*). O uso do modelo teve caráter estritamente auxiliar e exploratório, não substituindo a análise interpretativa conduzida pelos pesquisadores. As categorias analíticas foram desenvolvidas de forma iterativa e reflexiva, com revisão contínua à luz do *corpus* original.

Quadro 1. *Prompt* estruturado utilizado para análise qualitativa exploratória e agrupamento temático das contribuições no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025

Prompt estruturado para análise qualitativa exploratória	
Objetivos	- Identificar padrões recorrentes nas respostas da pergunta analisada. - Agrupar as contribuições em categorias temáticas coerentes. - Correlacionar as respostas com os diferentes segmentos de respondentes. - Identificar tendências gerais e específicas por segmento. - Estruturar uma análise qualitativa e quantitativa integrada. - Extrair insights específicos da pergunta analisada.
Instruções	
1. Delimitação da análise	- Considere exclusivamente as respostas associadas à pergunta em análise. - Não misture conteúdos de outras perguntas. - Utilize os segmentos dos respondentes como variável analítica central.
2. Análise qualitativa temática	- Leia todas as respostas integralmente. - Identifique temas centrais recorrentes relacionados à pergunta. - Agrupe as respostas em categorias temáticas coerentes, com justificativa analítica. - Identifique subtemas dentro de cada categoria. - Destaque padrões, convergências e divergências entre respondentes.
3. Análise segmentada	- Correlacione as respostas com os segmentos dos respondentes. - Não agrupe respostas de diferentes segmentos sem explicitar essa distinção. - Identifique: - Tendências gerais (comuns a vários segmentos). - Tendências específicas (próprias de determinados segmentos). - Indique quais segmentos contribuem mais para cada categoria temática.

Quadro 1. *Prompt* estruturado utilizado para análise qualitativa exploratória e agrupamento temático das contribuições no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025

Prompt estruturado para análise qualitativa exploratória	
4. Análise quantitativa (quando aplicável)	• Para perguntas fechadas ou mistas, apresentar o quantitativo de respostas por segmento. • Relacionar os achados quantitativos com os qualitativos da mesma pergunta.
5. Análise semântica e clusterização	• Realizar vetorização semântica das respostas (ex.: Word2Vec, BERT ou equivalente). • Aplicar clusterização para identificar agrupamentos temáticos emergentes. • Descrever os clusters e seus conteúdos centrais. • Indicar quais segmentos estão mais associados a cada cluster.
6. Análise de sentimentos (quando aplicável)	• Classificar as respostas em positivo, negativo ou neutro. • Identificar variações de sentimento entre segmentos.
7. Extração de <i>insights</i>	• Identificar os principais achados da pergunta analisada. • Destacar desafios, lacunas e oportunidades. • Evidenciar temas recorrentes entre diferentes segmentos.
8. Limitações	• Apontar limitações específicas da análise da pergunta (ex.: baixa adesão, concentração de um segmento, ambiguidade das respostas).
Saída esperada (para cada pergunta)	• Categorias temáticas identificadas. • Descrição analítica de cada categoria. • Subtemas associados. • Exemplos representativos (sem identificação). • Distribuição por segmento. • Resultados quantitativos por segmento (se aplicável). • Clusters semânticos identificados. • Análise de sentimentos (se aplicável). • Síntese interpretativa dos achados da pergunta. • Principais desafios, lacunas e oportunidades. • Limitações da análise.

Fonte: elaboração própria.

Os resultados gerados com apoio do LLM foram submetidos à análise crítica, validação e refinamento pela equipe de pesquisa, incluindo ajuste das categorias e verificação de consistência com os dados, de modo a assegurar rigor analítico, rastreabilidade das inferências e controle metodológico sobre os achados produzidos. A equipe foi composta por pesquisadores com experiência em gestão e formulação de políticas públicas em saúde, cuja atuação institucional e conhecimento prévio do campo foram considerados no processo reflexivo de interpretação dos dados.

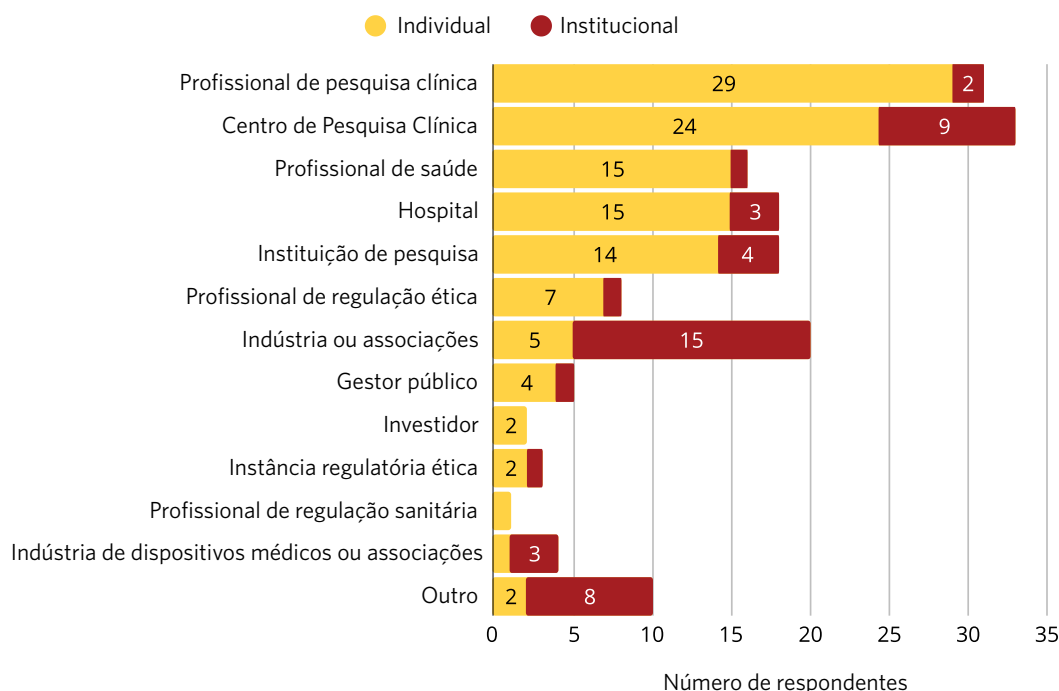
Nos termos do art. 26 da Resolução CNS/MS nº 674/2022¹⁰, pesquisas de opinião pública com participantes não identificáveis são dispensadas de apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo, portanto, requerida submissão para avaliação ética formal. Os dados foram utilizados exclusivamente para análise e subsídio a políticas públicas voltadas ao fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil, respeitando as normas de proteção de dados pessoais, conforme a Lei nº 13.709/2018¹¹ – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Resultados

Responderam ao questionário 114 participantes, dos quais 61,4% o fizeram por interesse próprio e 38,6%, representando instituições. Entre as respostas individuais, predominaram profissionais de pesquisa clínica (n = 29), seguidos por profissionais de saúde (15) e daqueles atuando em centros de pesquisa clínica (24), hospitais (n = 15) e instituições de pesquisa (14). Já entre as respostas institucionais,

destacaram-se as indústrias e suas associações (15), os centros de pesquisa clínica (9) e as instituições de pesquisa (4). Também participaram, em menor número, profissionais da regulação ética (7), gestores públicos (4), indústrias de dispositivos médicos ou associações (3), instâncias regulatórias éticas (2), investidores (2) e profissional da regulação sanitária (1), além de outras categorias (n = 10) (gráfico 1).

Gráfico 1. Perfil dos respondentes por categoria profissional e tipo de participação no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

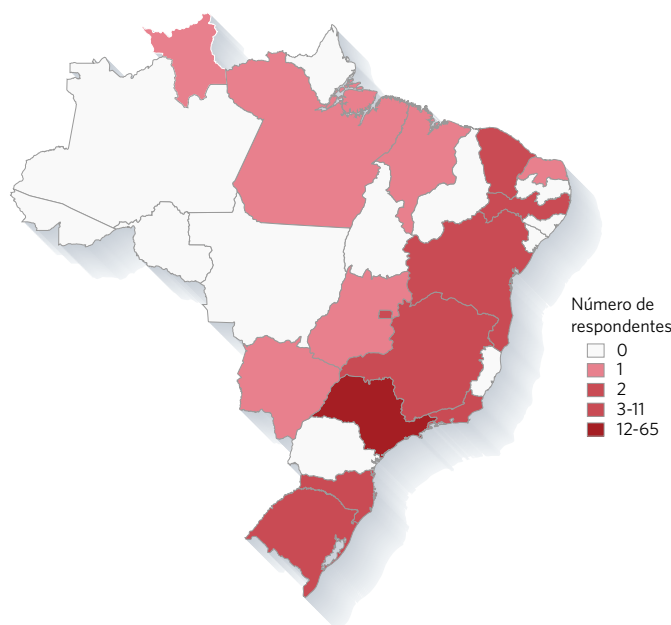
Quanto à natureza das instituições representadas, identificaram-se cinco grandes macrosssegmentos: instituições de ensino e pesquisa; indústria e serviços associados (como organizações representativas e Organizações Representativas de Pesquisa Clínica); governo e regulação; sociedade civil; e outros atores do ecossistema.

A figura 1 apresenta a distribuição dos respondentes por estado e região, evidenciando a predominância das regiões Sudeste e Sul, especialmente do estado de São Paulo, que concentrou o maior número de respostas. Em seguida, aparecem os estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul. Participações pontuais foram registradas

nas demais regiões, incluindo Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Ceará e Pará, refletindo o padrão histórico de concentração das capacidades de pesquisa clínica no eixo Sudeste-Sul

e apontando a necessidade de estratégias para descentralização regional e fortalecimento da infraestrutura científica.

Figura 1. Distribuição dos respondentes por Unidade da Federação e região no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

No que se refere à experiência acumulada em pesquisa clínica, os participantes relataram envolvimento majoritário com estudos de Fase III (86 menções), seguidos pelos de Fase II (74) e pelos estudos observacionais (71). As pesquisas acadêmicas não regulatórias (48 menções) também tiveram destaque, refletindo o papel relevante das universidades e institutos públicos na produção de evidências aplicáveis ao SUS. Embora menos frequentes, as menções a terapias avançadas (45) e ensaios regulatórios para registro (41) indicam a presença de núcleos especializados em biotecnologia e terapia gênica capazes de atuar em áreas de fronteira tecnológica.

Os principais desafios para o fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil, apontados pelos

respondentes, concentram-se em quatro eixos estruturantes: burocracia e morosidade dos prazos regulatórios (85 menções); insuficiência de financiamento público e privado (55); desigualdades regionais de infraestrutura (53); e escassez de profissionais especializados (52). Outros desafios incluíram a baixa atratividade do País para patrocinadores internacionais, a fragmentação institucional e a complexidade normativa que dificulta a coordenação entre instâncias éticas e sanitárias.

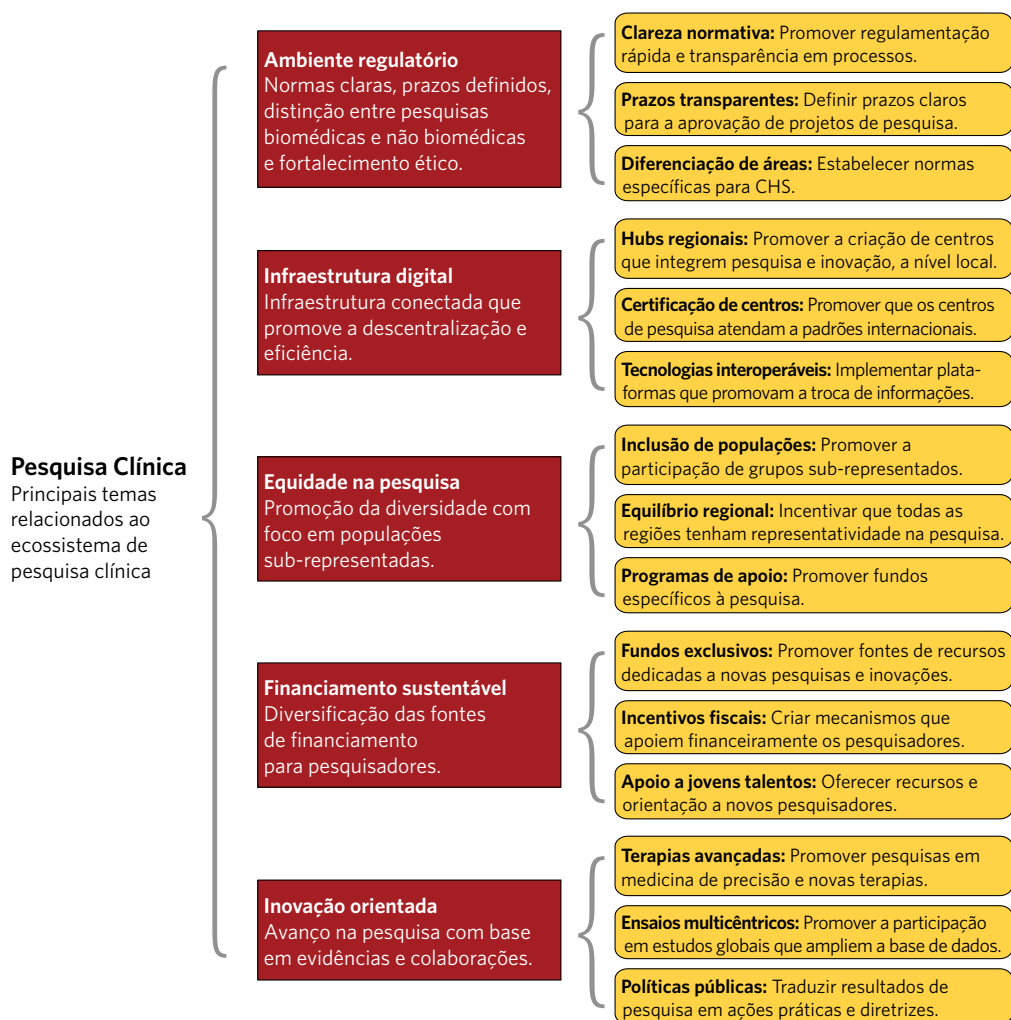
Em contraposição, as principais oportunidades identificadas convergem em cinco temas centrais: aprimoramento do ambiente regulatório (65 menções); investimento em formação e capacitação (47); integração de sistemas e plataformas digitais (45); parcerias público-privadas (41); e

fortalecimento da infraestrutura nacional (33). Outros temas emergentes incluíram o uso de tecnologias inovadoras, a ampliação de fontes de financiamento e a harmonização com padrões internacionais.

Os resultados foram sintetizados na *figura 2*, que apresenta os macrotemas estratégicos e suas descrições temáticas. Esses eixos estruturaram-se em torno de cinco dimensões complementares: 1) ambiente regulatório, destacando a clareza normativa, os prazos transparentes e o fortalecimento ético; 2) infraestrutura

descentralizada e integrada, com enfoque em *hubs* regionais, certificação de centros e tecnologias interoperáveis; 3) equidade e diversidade na pesquisa clínica, abordando a inclusão de populações sub-representadas e o equilíbrio regional; 4) financiamento sustentável e diversificado, abrangendo fundos exclusivos, incentivos fiscais e apoio a jovens pesquisadores; e 5) inovação e internacionalização, com ênfase em terapias avançadas, ensaios multicêntricos globais e tradução de evidências em políticas públicas.

Figura 2. Macrotemas estratégicos identificados a partir da análise das respostas no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria.

A avaliação do processo regulatório sanitário mostrou-se homogênea: 37,7% dos respondentes expressaram avaliação positiva; 32,5%, negativa; e 29,8%, neutra. Nesse quesito, os participantes foram convidados a fazer breves comentários. Embora reconheçam avanços institucionais recentes, as respostas ressaltam a persistência de gargalos relacionados a prazos extensos, burocracia, escassez de recursos humanos e sobreposição de competências. Já a avaliação do processo de análise ética para a condução de pesquisa clínica foi majoritariamente crítica: 46% das respostas foram negativas; 34%, positivas; e 20%, neutras. As principais críticas recaíram sobre a instabilidade da Plataforma Brasil e a falta de padronização entre os CEP, especialmente nos trâmites envolvendo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Apesar dessas limitações, os participantes reconheceram a robustez do sistema ético brasileiro e seu papel essencial na proteção dos participantes de pesquisa.

No campo de fortalecimento da governança, sobressaíram-se a necessidade de integração de bases e sistemas de informação (83 menções); a definição de planos e metas conjuntas (70); o monitoramento e a avaliação de resultados (47); e a participação ativa de pesquisadores e participantes de pesquisa (45). A governança ideal foi descrita como mais coordenada, digital e transparente, com ênfase em *accountability* e colaboração interinstitucional. As ações práticas mais citadas para aprimoramento da governança incluíram a formação de parcerias com o setor privado (71), a implantação de plataformas digitais integradas (61), a capacitação técnica (54), a modernização tecnológica (54) e o financiamento público (47).

Dentre as medidas prioritárias para aprimorar o ambiente regulatório, destacaram-se a otimização de processos (80 menções), a integração entre regulação ética e sanitária (64), a harmonização normativa (50) e a capacitação de profissionais na área regulatória (42). Também foram citadas a necessidade de melhor comunicação entre reguladores e pesquisadores, maior transparência e adoção de

abordagens baseadas em risco, em consonância com boas práticas internacionais.

Com relação à formação de recursos humanos, houve unanimidade quanto à importância da capacitação contínua e certificada. As propostas mais frequentes incluíram a oferta de cursos e treinamentos públicos (57), a criação de trilhas formativas com certificação em Boas Práticas Clínicas (BPC) e a ampliação de parcerias entre academia e centros de pesquisa (49). Também foram mencionados intercâmbios internacionais e programas de mentoria voltados à formação de novos pesquisadores.

No eixo de investimentos e atração de patrocinadores, as prioridades incluíram parcerias estratégicas (73 menções), campanhas de promoção internacional das pesquisas clínicas brasileiras (67), benefícios fiscais (54) e incentivos à indústria nacional (53). Dentre as sugestões qualitativas, destacaram-se a necessidade de maior previsibilidade regulatória, de incentivos pós-estudo e de revisão de tributos sobre importação de insumos.

Quanto à descentralização e regionalização, os aspectos mais citados foram o fortalecimento da infraestrutura local (79 menções), a formação de redes colaborativas (74) e a capacitação regional (59). Incentivos para estudos fora dos grandes centros e mecanismos de fomento territorial também foram mencionados, apontando para a urgência de políticas que promovam equidade territorial na pesquisa clínica.

No campo da informação e transparência, os participantes destacaram a ausência de plataformas públicas integradas (65 menções), a baixa interoperabilidade entre o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), a Plataforma Brasil e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (63) e a divulgação insuficiente de resultados (28).

No que se refere ao papel do MS, as prioridades indicadas foram o incentivo financeiro direto (45 menções), o apoio à capacitação e institucionalização de centros (44), a integração e o uso de dados (43) e o fortalecimento de

redes nacionais (41), reforçando a importância da atuação coordenada da Pasta na promoção da eficiência regulatória e da cooperação entre instituições.

O *quadro 2* sintetiza as principais lições aprendidas e recomendações derivadas da consulta. Os resultados destacam como desafios centrais a regulação complexa e fragmentada, a infraestrutura concentrada, a baixa inclusão de populações sub-representadas e o

financiamento instável. As lições aprendidas apontam para a urgência de clareza regulatória, interoperabilidade de sistemas, diversificação de recursos e ampliação da equidade. Entre as recomendações práticas, destacam-se a publicação de decreto regulamentador da Lei nº 14.874/2024¹², a criação de *hubs* regionais, a simplificação de fluxos, a implementação de programas de inclusão e o estabelecimento de fundos dedicados à pesquisa clínica.

Quadro 2. Síntese comparativa entre os resultados, lições aprendidas e recomendações no âmbito da Consulta Pública Sectics/MS nº 69, Brasil, 2025

Resultados	Lições Aprendidas	Recomendações
Regulação complexa, sem clareza nos prazos e na aplicação da Lei nº 14.874/2024.	Urgência de clareza regulatória e previsibilidade dos fluxos.	Publicar decreto regulamentador, harmonizar com normas internacionais e definir prazos.
Aplicação indistinta da lei às Ciências Sociais Aplicadas.	Exclusão de áreas não clínicas gera entraves desnecessários.	Criar regime específico para ciências humanas e sociais e fortalecer instância nacional.
Infraestrutura concentrada no Sul-Sudeste; Plataforma Brasil obsoleta.	Infraestrutura desigual e plataformas pouco interoperáveis.	Criar hubs regionais, certificar centros, substituir Plataforma Brasil e integrar bases nacionais.
Burocracia excessiva, centralização de processos e sobreposição de instâncias.	Excesso de etapas compromete eficiência.	Simplificar fluxos e definir indicadores públicos de desempenho regulatório e ampliar CEP acreditados.
Predomínio de estudos de fase III; fragilidade em pré-clínicos e fases I/II.	Fases iniciais pouco desenvolvidas limitam inovação.	Incentivar centros de fases I/II e apoiar laboratórios pré-clínicos e de terapias avançadas.
Baixa inclusão de populações sub-representadas e desigualdade regional.	Déficit de EDI.	Implementar programas de inclusão, ampliar participação de minorias e equilibrar distribuição regional.
Financiamento instável e dependente da indústria farmacêutica.	Financiamento limitado e pouco diversificado.	Criar incentivos fiscais, estimular fundos mistos e instituir fundos exclusivos para pesquisa clínica.
Baixa utilização de evidências em políticas públicas.	Evidências pouco traduzidas em protocolos e decisões.	Criar mecanismos de pesquisa de implementação e tornar obrigatória a publicação acessível dos resultados.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A análise das contribuições provenientes da Consulta Pública Sectics/MS nº 69/2025

permitiu compreender a pesquisa clínica no Brasil como um campo estratégico em consolidação, marcado por avanços institucionais, mas ainda atravessado por limitações estruturais persistentes. Os achados indicam um

ecossistema que reúne capacidade científica relevante e inserção em estudos clínicos de fases avançadas, coexistindo, entretanto, com desafios relacionados à regulação, ao financiamento, à formação de recursos humanos e à desigualdade regional. Essa configuração sugere um arranjo típico de países de renda média, caracterizado por inserção parcial e assimétrica nas dinâmicas globais de inovação em saúde^{13,14}.

A concentração de atividades em estudos de Fases II e III, aliada à forte presença de instituições públicas e acadêmicas, evidencia o papel estruturante do Estado na condução da pesquisa clínica no País. Esse padrão reforça a centralidade do SUS não apenas como usuário de evidências, mas também como agente indutor de agendas científicas e tecnológicas, particularmente no âmbito do Ceis¹⁵. Nessa perspectiva, a pesquisa clínica articula dimensões assistenciais e produtivas, contribuindo simultaneamente para a qualificação do cuidado e para o desenvolvimento tecnológico.

A distribuição territorial das capacidades de pesquisa, concentrada nas regiões Sudeste e Sul, revela a persistência de assimetrias regionais no sistema nacional de ciência e tecnologia. Tal cenário aponta para a necessidade de estratégias orientadas à descentralização, que promovam o fortalecimento de capacidades locais, a formação de redes colaborativas e a ampliação da diversidade populacional nos estudos clínicos. A inclusão de diferentes contextos sociais e epidemiológicos não apenas amplia a representatividade das evidências, mas também fortalece sua aplicabilidade no âmbito do SUS¹⁶.

No que se refere ao ambiente regulatório, os achados indicam a permanência de entraves associados à fragmentação institucional e à baixa previsibilidade dos processos, sobretudo na interface entre avaliação ética e sanitária. Esse cenário tem sido recorrentemente apontado como um fator limitante à inserção mais competitiva do Brasil em estudos clínicos internacionais¹⁷. Os resultados sugerem que

avanços nesse campo dependem da articulação entre instâncias regulatórias, da adoção de abordagens proporcionais ao risco e do fortalecimento das capacidades institucionais, de modo a equilibrar proteção ética e eficiência operacional¹³.

A percepção de morosidade e imprevisibilidade nos processos regulatórios reforça a necessidade de avançar na consolidação de diretrizes mais modernas, eficientes e proporcionais ao risco. Nesse sentido, torna-se fundamental a adoção de abordagens baseadas em risco, que permitam priorizar análises conforme o potencial impacto sanitário, bem como a implementação de mecanismos de *reliance*, que possibilitem o aproveitamento de avaliações conduzidas por autoridades regulatórias de referência¹⁸. Adicionalmente, destaca-se a importância da integração e articulação entre diferentes instâncias regulatórias e institucionais, promovendo maior coordenação, transparência e previsibilidade nos fluxos decisórios. Esses aspectos têm sido amplamente debatidos e recomendados por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA)^{19,21}, no contexto do fortalecimento de sistemas regulatórios mais ágeis, robustos e alinhados às melhores práticas globais.

A sustentabilidade do financiamento configura-se como outro eixo crítico. A ênfase dos participantes na diversificação das fontes de recursos evidencia a insuficiência de modelos baseados predominantemente em financiamento público. No contexto brasileiro, embora o financiamento da pesquisa seja historicamente sustentado por agências públicas – como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e as fundações estaduais de amparo à pesquisa –, observa-se a necessidade de ampliar e articular outras modalidades de aporte. Nesse sentido, o financiamento proveniente do setor produtivo emerge como alternativa relevante, tanto por meio de estudos patrocinados pela indústria

quanto por iniciativas conduzidas por pesquisadores ou em arranjos colaborativos público-privados. Ademais, o ecossistema nacional tem incorporado mecanismos inovadores de captação, como plataformas de financiamento coletivo e iniciativas filantrópicas institucionais. No plano internacional, também se destacam oportunidades nas agências e fundações de grande porte, ampliando as possibilidades para sustentar projetos estratégicos²². Esse conjunto de alternativas reforça a importância de uma estratégia de financiamento integrada e diversificada, capaz de garantir maior estabilidade, previsibilidade e escalabilidade às atividades de pesquisa.

A literatura sobre o Ceis destaca que a sustentabilidade da pesquisa clínica depende de instrumentos híbridos que combinem recursos públicos, capital privado e cooperação internacional^{15,23}. Nesse sentido, ganham relevância arranjos que integrem investimento estatal, capital privado e cooperação internacional, especialmente no contexto do Ceis, em que a articulação entre inovação e produção em saúde é estratégica para o desenvolvimento nacional²⁴. Além disso, destaca-se a importância de mecanismos de financiamento direcionados a fases precoces de desenvolvimento e à pesquisa translacional, que constituem um elo estratégico entre a ciência básica e a inovação terapêutica²⁵.

A qualificação de recursos humanos emerge como uma dimensão transversal aos desafios identificados. A demanda por formação estruturada, certificações e programas contínuos de capacitação reflete a centralidade do capital humano para a condução de estudos clínicos mais complexos e para a inserção do País em redes internacionais de pesquisa, estando diretamente relacionada à capacidade de absorção tecnológica e à soberania científica. No Brasil, onde grande parte das pesquisas é desenvolvida em ambientes acadêmicos e hospitais de ensino, frequentemente vinculados a universidades públicas, esses desafios se intensificam, dada a sobreposição de atividades assistenciais, de ensino, pesquisa e gestão.

Nesse contexto, destacam-se as dificuldades na alocação de tempo e na disponibilidade de profissionais qualificados para apoiar as atividades de pesquisa. A superação dessas barreiras exige, além da capacitação, o fortalecimento da infraestrutura, a distribuição mais equitativa de recursos, a garantia de tempo reservado para pesquisa e a definição de agendas estratégicas, elementos essenciais para a consolidação de capacidades sustentáveis^{26,27}.

No campo dos estudos de mundo real, destaca-se a necessidade de maior integração entre os sistemas de informação. A fragmentação das plataformas existentes e a limitada interoperabilidade comprometem a transparência, a rastreabilidade e a eficiência dos processos^{28,29}. Esse diagnóstico evidencia tensões com os princípios contemporâneos de ciência aberta e gestão de dados em saúde, indicando a importância de soluções que favoreçam a integração e o compartilhamento seguro de informações. Nesse contexto, a literatura sobre ciência aberta e governança de dados destaca a interoperabilidade e a divulgação ativa de resultados como pilares de confiança pública e eficiência institucional³⁰.

Sob a perspectiva das políticas públicas, os resultados reforçam a necessidade de abordagens integradas que articulem regulação, financiamento, formação, infraestrutura e governança. No contexto do SUS, essa articulação é fundamental para assegurar que a produção de conhecimento esteja orientada às necessidades da população e contribua para a redução das desigualdades em saúde. Assim, a pesquisa clínica deve ser compreendida como componente estratégico das políticas de inovação e do fortalecimento do Ceis, articulando-se diretamente com os princípios da PNCTIS³¹.

A incorporação de tecnologias emergentes, como inteligência artificial, *big data* e abordagens de saúde de precisão, aponta para o alinhamento do País com tendências globais de transformação da pesquisa clínica^{32,33}. Entretanto, esses avanços também introduzem novos desafios, especialmente no campo regulatório e ético, demandando marcos

normativos mais flexíveis e capacidade institucional para lidar com a crescente complexidade tecnológica^{34,35}.

É importante reconhecer as limitações dessa consulta. A primeira refere-se ao viés regional já mencionado, que decorre da predominância de participantes das regiões Sudeste e Sul. Em segundo lugar, trata-se de um levantamento de caráter perceptivo e autoaplicado, cujos resultados refletem opiniões e experiências dos respondentes, mas não medem, de forma objetiva, indicadores de desempenho. Além disso, a autosseleção dos participantes pode ter privilegiado as visões de atores mais engajados ou mais familiarizados com os mecanismos de regulação e fomento. Nesse sentido, uma limitação relevante consiste na ausência de variáveis que permitam caracterizar, de forma mais precisa, o nível de experiência ou conhecimento dos respondentes quanto ao marco regulatório da pesquisa clínica ou sua atuação prévia em processos de avaliação ética, o que restringe a realização de análises estratificadas mais aprofundadas. Finalmente, a natureza transversal e descritiva da consulta não permite inferências causais nem acompanha possíveis efeitos de mudanças institucionais recentes, como a regulamentação da Lei nº 14.874/2024¹².

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta fortalezas importantes. A diversidade de perfis e setores representados permitiu captar a multiplicidade de perspectivas que compõem o campo da pesquisa clínica. A amplitude temática das perguntas contribuiu para uma análise sistêmica, que integra dimensões éticas, regulatórias, financeiras, formativas e tecnológicas. Além disso, o momento em que a consulta foi realizada, marcado por reformas regulatórias e por um movimento de revisão e atualização do Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil, confere valor estratégico aos resultados, que podem subsidiar a formulação de diretrizes e ações governamentais.

Em síntese, os achados indicam que o fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil depende de transformações estruturais que enfrentem a fragmentação regulatória, a desigualdade regional, a instabilidade do financiamento e as lacunas na formação de recursos humanos. A consolidação de um ecossistema mais robusto e equitativo requer articulação entre Estado, setor produtivo e comunidade científica, orientada por princípios de equidade, transparência e soberania científica, em consonância com os objetivos do SUS.

Contribuições de autoria

França GVA (0000-0002-7530-2017)* contribuiu para concepção e idealização do estudo, definição do desenho metodológico, planejamento analítico, organização e distribuição das tarefas entre os autores, coleta, tratamento e análise estatística dos dados, interpretação dos resultados, redação da versão inicial, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Lupatini EO (0000-0001-6231-891X)*, Sfalsini RBT (0009-0000-6683-9413)*, Pereira MZ (0009-0007-3747-9376)*, Ribeiro AL (0000-0003-4917-4469)*, Waldrich KAM (0009-0006-4162-0865)* e Pureza JC (0009-0003-7169-7984)* contribuíram para concepção e idealização do estudo, definição do desenho metodológico, coleta e tratamento dos dados, interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Freitas MS (0009-0001-5788-5917)* e De Negri F (0000-0002-3197-5156)* contribuíram para concepção e idealização do estudo, definição do desenho metodológico, interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Kandi V, Vadakedath S. Clinical Research: An Overview of Study Types, Designs, and Their Implications in the Public Health Perspective. *Am J Clin Med Res*. 2021;9(2):36-42. DOI: <https://doi.org/10.12691/ajcmr-9-2-1>
2. Tenório M, Mello GA, Viana ALDÁ. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1441-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33342016>
3. Dainesi SM, Goldbaum M. Pesquisa clínica como estratégia de desenvolvimento em saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(1):2-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000100002>
4. Oliveira RR, Viana ALÁ. Expansão global dos ensaios clínicos: inovação e interação. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00063518. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063518>
5. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2023 nov 28; Edição 255-B; Seção I:1.
6. Ministério da Saúde (MS), Gabinete do Ministro. Portaria 559, de 9 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil. Brasília, DF. 2018 mar 14; Edição 50; Seção I:53.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. Plano de ação de pesquisa clínica no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 47 p.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 2ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 44 p.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2022 out 25; Edição 203; Seção I:65.
11. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2018 ago 14; Edição 157; Seção I:59.
12. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2024 maio 29; Edição 103; Seção I:3.
13. Resende H, Rebelatto TF, Werutsky G, et al. Current scenario and future perspectives of clinical research in Brazil: a national survey. *Ecancermedicalscience*. 2023;17:1640. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2023.1640>
14. Gossling G, Rebelatto TF, Villarreal-Garza C, et al. Current Scenario of Clinical Cancer Research in Latin America and the Caribbean. *Curr Oncol*. 2023;30(1):653-62. DOI: <https://doi.org/10.3390/curroncol30010050>
15. Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1891-902. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>
16. Zago MA. A pesquisa clínica no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2004;9(2):363-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200013>

17. David AC, Lima JPR. Estudo comparativo dos prazos regulamentares da pesquisa clínica de medicamento do Brasil, Estados Unidos da América, Argentina e França. *Revista Pensamento & Realidade*. 2018;33(3):90-109. DOI: <https://doi.org/10.23925/2237-4418.2018v33i3p90-109>
18. van-der-Zee IT, Vreman RA, Liberti L, et al. Regulatory reliance pathways during health emergencies: enabling timely authorizations for COVID-19 vaccines in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e115. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.115>
19. Zinken JF, Pasmooij AMG, Ederveen AGH, et al. Environmental risk assessment in the EU regulation of medicines for human use: an analysis of stakeholder perspectives on its current and future role. *Drug Discov Today*. 2024;29(12):104213. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2024.104213>
20. Scheppeler L, De Clercq N, McGoldrick M, et al. Regulatory harmonization and streamlining of clinical trial applications globally should lead to faster clinical development and earlier access to life-saving vaccines. *Vaccine*. 2021;39(5):790-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.11.077>
21. World Health Organization. Guidance for best practices for clinical trials. Geneva: WHO; 2024. 76 p.
22. Gomes CM, Marchini G, Júnior JB, et al. The landscape of biomedical research funding in Brazil: a current overview. *Int Braz J Urol*. 2024;50(2):209-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2024.9905>
23. Barreto AAM, Mendes SJ, Mendes ÁN. O pensamento desenvolvimentista na raiz do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis): uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2025;49(145):e9855. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459855P>
24. Oliveira GRR, Silva ALG. O conceito do complexo econômico-industrial da saúde na prática: um olhar sobre o caso das parcerias para o desenvolvimento produtivo. *Econ Soc*. 2022;31(3):627-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n3art04>
25. Gadelha CAG, Vargas MA, Alves NG. Pesquisa translacional e sistemas de inovação na saúde: implicações para o segmento biofarmacêutico. *Saúde Debate*. 2019;43(Esp 2):133-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S210>
26. Laurila KA, Sanderson K, Lane TS, et al. Building capacity for health research in higher education: Evaluating readiness for research and scholarship. *Eval Program Plann*. 2025;113:102672. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2025.102672>
27. Tulloch-Reid MK, Saravia NG, Dennis RJ, et al. Strengthening institutional capacity for equitable health research: lessons from Latin America and the Caribbean. *BMJ*. 2018;362:k2456. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2456>
28. Costa MVS, Camargos MCS, Viana SMN, et al. Avanços e desafios da interoperabilidade no Sistema Único de Saúde. *J Health Inform*. 2025;17(1):1112. DOI: <https://doi.org/10.59681/2175-4411.v17.2025.1112>
29. Rivabem FS, Faleiros Júnior JLM. Transformação digital no sistema Único de Saúde: interoperabilidade, governança e proteção de dados sensíveis. *Rev Dir Sanit*. 2025;25(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2025.231455>
30. Gonçalo W, Souza MC, Santos WP, Oliveira FHC. Abordagens regulatórias na proteção de dados em saúde: uma revisão integrativa de 2018 a 2023. *Physis*. 2025;35(1):e350113. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350113pt>
31. Guimarães R, Teixeira MO. Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil: reflexões e prioridades. *Physis*. 2025;35(1):e350121. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350121pt>
32. Ng CE, Bowman S, Ling J, et al. The future of clinical trials-is it virtual? *Br Med Bull*. 2023;148(1):42-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldad022>
33. Feero WG. Introducing “Genomics and Precision Health”. *JAMA*. 2017;317(18):1842-3. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.20625>

34. Mennella C, Maniscalco U, De Pietro G, et al. Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: A narrative review. *Heliyon*. 2024;10(4):e26297. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26297>
35. Stenzinger A, Moltzen EK, Winkler E, et al. Implementation of precision medicine in healthcare-A European perspective. *J Intern Med*. 2023;294(4):437-54. DOI: <https://doi.org/10.1111/joim.13698>

Recebido em 09/03/2026

Aprovado em 19/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Fragmentos do cuidado: trajetória da política de saúde nos processos de transição de gênero

Fragments of care: The trajectory of health policy in gender transition processes

Fragmentos del cuidado: trayectoria de la política de salud en los procesos de transición de género

Jéssica da Silva Rodrigues¹, Sydia Rosana de Araújo Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011096P

RESUMO O artigo analisa a trajetória da política pública de atenção à saúde de pessoas trans em processos de transição de gênero no Brasil, entre 1997 e 2025. A partir de uma análise documental exploratória, sob a perspectiva dos Estudos de Trajetória, foram identificados registros oficiais do governo federal, normativas, eventos e outros marcos institucionais, a fim de reconstruir as principais fases da política, considerando suas interfaces com o ciclo de políticas públicas. Identificam-se cinco fases distintas: experimental e patologizante; judicialização e institucionalização inicial; expansão e disputa normativa; retrocesso e congelamento; e retomada, com tentativa de reestruturação. O estudo destaca a persistente fragmentação da política, a centralidade do modelo biomédico, a baixa institucionalização de mecanismos do ciclo de políticas públicas e os limites da participação social. Conclui-se que a consolidação da política depende da superação dessas fragilidades e do fortalecimento de estruturas participativas, avaliativas e federativas que garantam a efetividade e continuidade do cuidado integral à população trans no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Serviços de saúde para pessoas transgênero. Procedimentos de afirmação de gênero.

ABSTRACT The article analyzes the trajectory of the public health policy for transgender people undergoing gender transition processes in Brazil, from 1997 to 2025. Based on an exploratory document analysis from a Trajectory Studies perspective, it identifies official federal records, regulations, events, and other institutional milestones to reconstruct the main phases of the policy, considering its relationship with the public policy cycle. Five distinct phases are identified: experimental and pathologizing; judicialization and initial institutionalization; expansion and normative disputes; regression and stagnation; and recent attempt at restructuring. The study highlights the persistent fragmentation of the policy, the dominance of the biomedical model, weak institutionalization of public policy cycle mechanisms, and limited social participation. It concludes that consolidating the policy depends on overcoming these weaknesses and strengthening participatory, evaluative, and federative structures to ensure effective and continuous comprehensive care for the transgender population within Brazil's Unified Health System.

KEYWORDS Health policy. Health services for transgender persons. Gender-affirming procedures.

RESUMEN El artículo analiza la trayectoria de la política pública de atención a la salud de las personas trans en procesos de transición de género en Brasil, entre 1997 y 2025. A partir de un análisis documental exploratorio, desde la perspectiva de los Estudios de Trayectoria, se identificaron registros oficiales del gobierno federal, normativas, eventos y otros hitos institucionales con el fin de reconstruir las principales fases de la política, considerando sus interfaces con el ciclo de las políticas públicas. Se identifican cinco fases diferenciadas: experimental y patologizante; judicialización e institucionalización inicial; expansión y disputa normativa; retroceso y congelamiento; y reanudación, con intento de reestructuración. El estudio destaca la persistente fragmentación de la política, la centralidad del modelo biomédico, la débil institucionalización de los mecanismos del ciclo de políticas públicas y las limitaciones de la participación social. Se concluye que la consolidación de la política depende de la superación de estas fragilidades y del fortalecimiento de estructuras participativas, evaluativas y federativas que garanticen la efectividad y la continuidad de la atención integral a la población trans en el Sistema Único de Salud.

PALABRAS CLAVE Política de salud. Servicios de salud para las personas transgênero. Procedimientos de afirmación de género.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

jrodrigues.bms@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. Ao longo das últimas décadas, consolidou-se como política pública fundamental da seguridade social. Ele articula diretrizes, programas e ações entre os três níveis de governo para estruturar e executar serviços de saúde, com enfoque na ampliação do acesso e na redução das desigualdades, especialmente entre populações vulneráveis¹.

O princípio da equidade, que busca garantir o acesso justo e adequado aos serviços de saúde, é um dos fundamentos do SUS. No entanto, o sistema ainda apresenta ineficiências para populações marginalizadas e excluídas socialmente¹. A atenção à saúde de pessoas com identidades de gênero dissidentes, como travestis e transexuais, é marcada pela centralidade no cuidado especializado, práticas fragmentadas, violações de direitos e despreparo dos serviços².

No SUS, pessoas trans enfrentam obstáculos, como o acolhimento inadequado, a descontinuidade no cuidado e a baixa capacidade de resposta às suas demandas específicas, além da violência simbólica presente no cotidiano das unidades de saúde, que se manifesta por meio de discriminação, não reconhecimento do nome social, negligência, atitudes transfóbicas e violência institucional²⁻⁴. Somado a isso, os sistemas de informação não estão preparados para lidar com as identidades trans, o que resulta em invisibilidade institucional⁵.

Os processos de transição de gênero são vivenciados de diferentes formas pelas pessoas trans, e o desejo de passar ou não por modificações corporais é individual. Esses processos, quando mediados por serviços de saúde, demandam a atenção de profissionais e podem envolver cuidados em saúde mental, endocrinológicos, fonoaudiológicos, cirúrgicos, entre outros, a depender da demanda apresentada. Entretanto, a saúde historicamente buscou encapsular as identidades trans em definições patologizantes e aplicar tecnologias

biomédicas aos corpos dissidentes de gênero sob uma perspectiva curativa⁶⁻⁹.

Desde a década de 1920, há registros de cirurgias de readequação genital em mulheres trans, embora os relatos mais sistematizados e documentados remontem à década de 1950^{10,11}. No Brasil, o primeiro registro conhecido ocorreu em 1971, no caso emblemático de Waldirene, mulher trans submetida à cirurgia pelo médico Roberto Farina. O procedimento desencadeou processo criminal e disciplinar, mas, posteriormente, Farina foi reintegrado ao exercício da medicina^{10,12}.

Apenas em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou sua primeira resolução autorizando a realização desses procedimentos. Desde então, a atuação de movimentos sociais, decisões judiciais e articulações institucionais levaram o Ministério da Saúde (MS) a implementar ações voltadas ao cuidado em saúde no contexto da transição de gênero, culminando, em 2008, na instituição do Processo Transexualizador no SUS¹³. Desde a sua criação, a política passou por mudanças normativas e institucionais importantes, refletindo disputas políticas e técnicas em torno do direito à saúde dessa população^{14,15}.

Nesse sentido, este artigo objetiva descrever e analisar a trajetória da política pública de atenção à saúde de pessoas trans em processos de transição de gênero no Brasil, entre 1997 e 2025, identificando suas diferentes fases de desenvolvimento e os elementos correspondentes às etapas do ciclo de políticas públicas.

Material e métodos

Trata-se de uma análise documental exploratória, baseada no mapeamento de marcos institucionais nacionais entre 1997 e 2025. A seleção dos documentos seguiu uma estratégia em três etapas: inicialmente, foram identificadas as portarias do MS, incluindo habilitações de serviços, resoluções do CFM e outras normativas federais relacionadas (n = 63); em seguida, foram reunidas publicações

do MS, como livros, cartilhas e campanhas, que evidenciavam os processos de afirmação de gênero (n = 7); por fim, foram analisadas produções acadêmicas voltadas à construção e ao desenvolvimento da política, cujos conteúdos auxiliaram na identificação de outros marcos

relevantes descritos em produções sociais, como eventos, cartas públicas e registros de debates (n = 15). A seleção, conforme o *quadro 1*, foi realizada por uma das autoras do artigo, com experiência de trabalho na temática em âmbito federal.

Quadro 1. Relação de documentos analisados para o mapeamento da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Tipo	Documentos
Normativas federais (63)	Res. CFM nº 1482/1997; Res. CFM nº 1.652/2002; Programa 'Brasil sem Homofobia' (2004); Portaria GM/MS nº 2.227/2004; Organograma MS (2006); Portaria GM/MS nº 1.707/2008; Portaria SAS/MS nº 457/2008; Portaria GM/MS nº 1.820/2009; Res. CFM nº 1.955/2010; Portaria GM/MS nº 2.836/2011; Portaria GM/MS nº 2.837/2011; Portaria SAS/MS nº 859/2013; Portaria GM/MS nº 1.579/2013; Portaria GM/MS nº 2.803/2013; Parecer CFM nº 8/2013; Portaria GM/MS nº 807/2017; Portarias de Consolidação GM/MS nº 2 e nº 6/2017; Res. CFM nº 2.265/2019; Portaria GM/MS nº 1.370/2019; Organograma MS (2019); Portaria GM/MS nº 4.700/2022; Portaria Saes/MS nº 841/2023; Portaria GM/MS nº 3.006/2024; Res. CFM nº 2.427/2025; e 38 Portarias de habilitação de serviços no Processo Transexualizador (2014-2025).
Publicações do MS (7)	Cartaz 'Nome Social no SUS' (2013); Relatório do I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT (2015); Livro 'Transexualidade e Travestilidade na Saúde' (2015); Campanha 'Cuidar bem da saúde de cada um' (2016); Manual de uso do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - Programa 'Processo Transexualizador no SUS' (2023); Apresentação de Pactuação do Paes-PopTrans na CIT (2024); Evento nacional de apresentação do Paes-PopTrans (2024).
Produções acadêmicas e sociais (15)	Carta da I Jornada Nacional Transexualidade e Saúde (Arán M, Delgado PG, Koff W, et al., 2005); Artigo 'Transexualidade e saúde pública no Brasil' (Arán M, Murta D, Lionço T, 2009); Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil (Arán M, Murta D, 2008); Artigo 'Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios' (Lionço T, 2009); Carta aberta 'Avaliação do seminário sobre Processo Transexualizador no SUS: contra a patologização das identidades trans' (Santos AS, Barros AF, Guimarães A, et al., 2012); Resenha '(Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações' (Teixeira FB, 2016); 'Carta-desabafo' em 'Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos' (Bento B, 2017); Artigo 'Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT' (Sena AGN, Souto KMB, 2017); Tese 'Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil' (Santos MCB, 2020); Artigo 'Direito e padronização de corpos: uma análise crítica de julgados brasileiros sobre a transição do corpo trans' (Azevedo TAG, 2021); Artigo 'Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008' (Santos MCB, 2022); Artigo 'A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos' (Ferreira BO, Nascimento MS, 2022); Artigo 'Entre o território e a gestão: construindo pontes na elaboração do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans' (Teixeira FB, Rodrigues JS, Cavadinha ET, et al., 2025); Posicionamento conjunto sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina 2.427/2025 (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e outras associações profissionais, 2025); Nota coletiva sobre a nova resolução do CFM referente ao atendimento de pessoas trans (Associação Brasileira de Antropologia e outras associações signatárias, 2025); Nota sobre a Resolução do CFM nº 2.427/2025 (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2025).

Fonte: elaboração própria.

A partir dos 85 documentos selecionados, foi desenvolvida uma linha do tempo completa da trajetória da intervenção, que os agrupa em 43 marcos institucionais relevantes, considerando a centralidade do governo federal na formulação e regulação da política. Com base nesse mapeamento, foi possível distinguir diferentes fases da intervenção, e os marcos foram sintetizados em 24 itens, relacionando-os às etapas do ciclo de políticas públicas e suas implicações institucionais.

A análise foi orientada pelos Estudos de Trajetória, articulada ao ciclo de políticas públicas, permitindo compreender a política como um processo dinâmico, marcado por normativas, disputas institucionais e contextos político-sociais^{16,17}. A reconstrução histórica da política buscou identificar e analisar suas diferentes fases, considerando as etapas do ciclo: 1) formação da agenda; 2) formulação de alternativas; 3) análise de vantagens e desvantagens; 4) tomada de decisão; 5) implementação; e 6) avaliação¹⁸.

Para ilustrar essa categorização, consideraram-se as portarias de instituição e reformulação da intervenção como etapas de tomada

de decisão, enquanto os eventos de discussão do programa foram relacionados à formulação e análise das alternativas.

Embora o ciclo de políticas públicas simplifique a complexidade da realidade, é uma ferramenta útil para compreender os processos decisórios que envolvem formulação, implementação e avaliação de políticas¹⁸.

Resultados e discussão

A trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero revelou-se marcada por avanços importantes, bem como por episódios de ruptura, descontinuidades e disputas institucionais. Ao dialogar com a abordagem do ciclo de políticas públicas, buscou-se ir além da descrição das fases, examinando criticamente como os processos de formação da agenda, formulação, implementação e avaliação se desenvolveram ou foram interrompidos em cada período, revelando as razões subjacentes à fragmentação e intermitência que marcaram sua trajetória. O *quadro 2* sintetiza os principais resultados dessa análise.

Quadro 2. Síntese da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Fase	Etapas do ciclo de políticas públicas	Principais marcos	Implicações políticas e institucionais	Avanços e limites identificados
I. Experimental e de patologização (1997-2001)	Formação de agenda: parcial; Formulação de alternativas: mínima.	1) Resolução CFM nº 1.482/1997.	Questionamentos éticos e jurídicos; Ausência de base normativa consolidada; Início de cirurgias em caráter experimental; Criação de serviços hospitalares vinculados a pesquisas; Forte caráter patologizante (CID-10); Serviços com autonomia e pouca regulação.	A agenda foi impulsionada por pressões médico-institucionais, não por demandas sociais; Não houve formulação participativa; Política restrita à autorização de cirurgias com base psiquiátrica.

Quadro 2. Síntese da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no Brasil (1997-2025)

Fase	Etapas do ciclo de políticas públicas	Principais marcos	Implicações políticas e institucionais	Avanços e limites identificados
II. Judicialização e institucionalização inicial (2001-2008)	Formação da agenda: ampliada; Formulação de alternativas: debates intensos, mas ausência de sistematização; Avaliação das alternativas: inexistente ou não sistematizada; Tomada de decisão: publicação de portarias.	2) Ação civil pública do MPF/RS (2001); 3) Resolução CFM nº 1.652/2002; 4) Programa Brasil sem Homofobia (2004); 5) Criação do Comitê Técnico Saúde GLTB (2004); 6) Oficinas e eventos técnicos nacionais; 7) Portarias GM/MS nº 1.707 e SAS/MS nº 457 (2008); 8) Habilitação de 4 serviços.	Judicialização como catalisador para institucionalização; Surgimento do conceito de “Processo Transexualizador”; Participação de movimentos sociais e pesquisadores; Primeira normatização do programa no SUS.	Inclusão da população trans em espaços institucionais; Maior participação social via SGEP/MS; Formulação pouco estruturada e sem mecanismos claros de análise de alternativas.
III. Expansão e disputa normativa (2008-2016)	Implementação: parcial e desigual; Formulação de alternativas: revisada, porém conflituosa; Avaliação das alternativas: inexistente ou não sistematizada; Tomada de decisão: conflituosa (duas portarias de revisão); Avaliação da política: inexistente.	9) Revisão do programa: Portaria SAS/MS nº 859/2013; 10) Reação e suspensão da portaria; 11) Nova revisão: Portaria GM/MS nº 2.803/2013; 12) Ampliação do público-alvo e serviços; 13) Campanhas, publicação de materiais e eventos; 14) Habilitação de novos serviços: 1 hospitalar e 4 ambulatoriais.	Conflitos internos entre setores técnicos do MS; Participação social tensionada; Início da expansão dos serviços habilitados; Redefinição parcial do modelo de cuidado; Limites da despatologização institucional.	Habilitação de serviços no SUS, mas sob forte tensão institucional; Revisão normativa sem avaliação prévia; Ausência de protocolos de monitoramento e avaliação.
IV. Retrocesso e congelamento (2016-2022)	Implementação: localizada e desigual; Avaliação da política: inexistente.	15) Impeachment em 2016; 16) Extinção da SGEP/MS (2019); 17) Redução de ações ministeriais; 18) Resolução CFM nº 2.265/2019; 19) Inclusão de novos procedimentos exclusivamente via judicialização; 20) Até 2018, habilitação de novos serviços: 3 ambulatoriais.	Descontinuidade institucional; Avanços parciais alcançados apenas por decisão judicial; Não habilitação de novos serviços entre 2019 e 2022; Distanciamento da participação social; Manutenção da política com estrutura fragilizada.	Estagnação federal; Expansão local sem apoio central; Ausência total de avaliação institucional da política.
V. Retomada e tentativa de reestruturação (2023-2025)	Implementação: retomada; Formulação e avaliação das alternativas: debate ampliado com GT e sistematização com a AIR; Tomada de decisão: suspensão. Avaliação da política: incipiente.	21) Criação do GT e proposta do Paes-PopTrans (2024); 22) Apresentação pública e pactuação na CIT; 23) Resolução CFM nº 2.427/2025 (retrocesso); 24) Habilitação de novos serviços: 8 hospitalares e 24 ambulatoriais.	Retomada das políticas de equidade; Tentativa de superação das limitações do modelo original da política; Novo desenho institucional não implementado pelo MS; Reação conservadora e embate normativo com o CFM.	Reativação da política com habilitação de serviços e desburocratização desse processo; Tentativa de reestruturação, com pactuação federativa; Uso da AIR para formulação e avaliação de alternativas; Estrutura avaliativa incipiente.

Fonte: elaboração própria.

A seguir, será apresentado o detalhamento dos resultados encontrados, considerando as cinco fases identificadas da trajetória do programa.

Fase I: experimental e de patologização (1997-2001)

A trajetória da política de atenção à saúde de pessoas trans no Brasil está inserida em um contexto mais amplo de lutas históricas dos movimentos sociais por reconhecimento de identidades e garantia de direitos. Ainda que permeada por conquistas e retrocessos, essa mobilização foi fundamental para pressionar instituições e produzir mudanças no campo da saúde^{19,20}.

Como recorte analítico, adotou-se a atuação institucional em nível nacional; assim, considera-se a Resolução CFM nº 1.482/1997 como marco inicial da trajetória. Apesar de não se configurar como uma política pública, a normativa refletia o predomínio de uma lógica biomédica e patologizante, que influenciaria os contornos da intervenção posteriormente implementada no SUS.

Ainda que as tecnologias biomédicas envolvidas nos processos de transição de gênero, como hormonioterapia e cirurgias de readequação genital, estivessem disponíveis no cenário internacional desde meados do século XX, o Brasil permaneceu, por décadas, sem regulação pública sobre o tema. Esse vazio normativo gerou situações emblemáticas, por vezes traumáticas, marcadas por judicialização contra médicos e denúncias de práticas abusivas^{10,11,21}.

A falta de consenso jurídico sobre a licitude das cirurgias motivou a publicação da Resolução CFM nº 1.482/1997. Alinhada à Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), que classificava a transexualidade como transtorno mental, a normativa autorizava os procedimentos em caráter experimental e visava, sobretudo, mais resguardar legalmente a atuação médica do que responder às demandas da população trans^{20,21}.

A partir dessa resolução, alguns hospitais estruturaram serviços vinculados a protocolos de pesquisa. No documento ‘Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil’, foram identificados ao menos seis desses serviços entre 1997 e 2003, embora relatos indiquem a existência de outros atendimentos não regulamentados, marcados por opacidade institucional e fragilidade ética. O papel dos usuários, que deveria ser central na definição de prioridades, foi sistematicamente marginalizado. Conforme relatado por Bento²², as pessoas trans foram submetidas a processos de violência simbólica e epistemológica dentro dos serviços, muitas vezes forçadas a adequar suas vivências aos modelos diagnósticos binários e heteronormativos impostos pelos protocolos clínicos.

Observa-se que, na etapa de formação da agenda, o reconhecimento das demandas de saúde da população trans ocorreu de forma tardia e inicialmente mediada por uma lógica estritamente biomédica e patologizadora. A centralidade em protocolos de pesquisa e no ‘experimentalismo médico’ teve implicações diretas e profundas para a experiência do usuário. A ausência de uma política pública formal e a falta de diretrizes nacionais resultaram em abordagens despadronizadas, minando a confiança e a segurança de pessoas trans em busca de cuidado²¹.

Fase II: judicialização e institucionalização inicial (2001-2008)

Após a publicação da Resolução nº 1.482/1997 pelo CFM, o Ministério Público Federal (MPF) iniciou, em 2001, uma Ação Civil Pública a fim de incluir as cirurgias de readequação genital no SUS. Esse processo perdurou até 2007, quando foi proferida decisão favorável, determinando que o SUS passasse a custear cirurgias de transgenitalização²³.

Em 2002, o CFM editou a Resolução nº 1.652, em que extinguiu o caráter experimental das

cirurgias em mulheres trans, mas o manteve para procedimentos em homens trans. Essa resolução ainda utilizou definições patologizantes e universalizantes das identidades trans²⁴.

Em 2004, no contexto de avanços democráticos e mobilização da sociedade civil pelos direitos da população de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB – sigla utilizada à época), o governo federal criou o programa ‘Brasil sem Homofobia’. Apesar de seu caráter inovador e incentivo à inclusão nas políticas de trabalho, educação e saúde, o programa enfrentou limitações, como a falta de mecanismos de execução²⁵.

Como parte desse programa, o MS instituiu, em 2004, o Comitê Técnico para a formulação da política de saúde GLTB, com participação de movimentos sociais. Sua função foi assessorar a elaboração de diretrizes e estratégias, apoiar a formação profissional e o monitoramento das ações no SUS. A criação desse comitê foi importante para a abertura institucional à participação social na formulação de políticas. Em paralelo, movimentos sociais, pesquisadores, profissionais de saúde e operadores do direito se organizaram em redes para incluir a atenção à saúde das pessoas trans no SUS^{13,25}.

A etapa de formulação da política foi marcada por um conjunto de eventos intersetoriais realizados entre 2005 e 2008, que consolidaram o debate sobre a inclusão das pessoas trans na agenda do SUS. Apesar da expansão significativa das discussões nesse período, não foram encontrados, nesta pesquisa, registros técnicos que indiquem uma sistematização formal da formulação de alternativas.

Os principais avanços observados nesse momento referem-se à desestabilização da hegemonia do discurso biomédico e à incorporação de aportes teóricos das ciências sociais e da saúde coletiva. Destacaram-se as contribuições de pesquisadoras como Bento²², Teixeira²⁶ e Arán, Murta e Lionço^{20,27}, que introduziram fundamentos críticos essenciais à formulação da política. Entre eles, a defesa do direito à autoidentificação de gênero, o reconhecimento da pluralidade das vivências

trans e a ênfase na inclusão das pessoas trans nos espaços deliberativos²¹.

Em 2005, foi realizada a Jornada Nacional ‘Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil’, que resultou em uma carta de recomendações, visando implantar ações de saúde para a população trans no SUS.

Em 2006, o Comitê Técnico de Saúde GLTB realizou a reunião ‘Processo Transexualizador no SUS’, marco na oficialização do uso desse termo. A iniciativa buscou romper com a centralidade em cirurgias e promover o reconhecimento da pluralidade das identidades trans e da autonomia sobre seus corpos. Essas discussões influenciaram o Seminário ‘Saúde da População GLBT na Construção do SUS’, realizado em 2007¹³. No mesmo ano, o MS realizou a oficina ‘Processo Transexualizador no SUS’, a fim de discutir a implantação da política²⁸.

Na esteira da pressão social e da judicialização do tema, o MS foi impelido a instituir o Processo Transexualizador no SUS, por meio das Portarias GM/MS nº 1.707 e SAS/MS nº 457, de 2008. Em termos de definições e dos tipos de intervenções no processo de transição de gênero, a política era muito similar às resoluções do CFM. Portanto, permaneceram resquícios da lógica patologizante, como a exigência de laudos psiquiátricos e a regulação sobre os corpos e subjetividades^{21,24}.

Durante a formulação e implementação da política, houve dissensos persistentes no MS, especialmente entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Enquanto a SAS/MS concentrava-se na dimensão técnico-operacional da política, responsável por normatizar a habilitação, padronizar procedimentos e gerir sistemas de informação, a SGEP/MS atuava sob uma perspectiva de participação social, sendo a porta de entrada das demandas dos movimentos sociais. No entanto, sua atuação era limitada pela ausência de orçamento nas políticas de equidade e dificuldade em concretizar as pautas debatidas. Nesse contexto, a SGEP/MS promovia espaços participativos, bem como transferia a

responsabilidade das falhas para outras áreas, especialmente a SAS/MS²¹.

Essa divisão de competências dificultou a articulação entre diretrizes políticas e ações concretas. Com isso, avanços como a ampliação de serviços, a revisão de protocolos clínicos e a despatologização da atenção foram incorporados de forma fragmentada, o que dificultou a consolidação de uma política integral e sensível à diversidade de experiências trans e às desigualdades regionais. A fragmentação de competências e de implementação da intervenção poderia ser superada por meio de mecanismos de gestão compartilhada e participativa, definição formal de papéis institucionais e estruturação lógica da política, com objetivos, metas e indicadores para o monitoramento e a avaliação.

Fase III: expansão e disputa normativa (2008-2016)

A tomada de decisão foi formalizada em 2008, instituindo a política que, em seu formato inicial, previa o atendimento apenas a mulheres transexuais de 21 a 75 anos. A portaria ministerial estabeleceu normas de habilitação, diretrizes clínicas e atribuições de gestores, além de criar procedimentos para registro e financiamento no SUS. Quatro serviços foram habilitados em hospitais de ensino, com os recursos vinculados exclusivamente aos registros nos sistemas de informação.

As portarias de 2008 apresentaram contradições importantes. Embora reconhecessem a singularidade das experiências trans, mantiveram definições patologizantes da CID-10 e vincularam o cuidado clínico e a hormonização à realização das cirurgias de readequação genital, tratadas como desfecho obrigatório do processo de transição^{24,29}.

Por sua vez, a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, publicada em 2009, garantiu às pessoas trans o direito de serem identificadas pelo nome social no SUS, além de assegurar o atendimento livre de discriminação. Em 2013, esse reconhecimento foi ampliado

com o lançamento do cartaz 'Nome Social no SUS', uma campanha da SGE/MS voltada à sensibilização dos profissionais e à promoção do respeito à identidade de pessoas trans.

Em 2010, foi publicada a Resolução CFM nº 1.955, pouco alterada em relação à normativa de 2002. Prevaleceram as concepções patologizantes, assim como o alinhamento à CID-10. A resolução inovou ao retirar o caráter experimental de algumas cirurgias em homens trans e eliminar a exigência de vínculo com instituição de ensino^{24,29}.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela SGE/MS em 2011, representou um avanço ao reconhecer as demandas de saúde da população trans para além da cirurgia de readequação genital. No entanto, não definiu como o Processo Transsexualizador seria integrado às suas ações, possivelmente devido às divisões institucionais com a SAS/MS.

Apesar dessas limitações, a PNSI-LGBT impulsionou ações relevantes, como o Seminário 'Processo Transsexualizador no SUS' em 2012, que evidenciou disputas em torno do modelo de atenção. O episódio foi marcado por divergências entre os participantes, exclusão das pessoas trans em processos decisórios e críticas à manutenção do modelo patologizante e à baixa participação da SAS/MS no evento, por meio de uma 'Carta Aberta' de avaliação do Seminário¹⁴.

A pesquisadora Berenice Bento³⁰ qualificou o episódio como uma patologização negociada, ao criticar a ausência de compromisso com a despatologização, mesmo quando se propunha a ampliação do programa para homens trans. Bento também destacou o papel de Fernanda Benvenutti, primeira pessoa trans com assento no Conselho Nacional de Saúde, que confrontou o enquadramento da transexualidade e travestilidade como transtornos mentais e criticou a omissão do Estado diante das demandas históricas dessa população.

Desde o início, a política foi marcada por tensões entre setores. Movimentos sociais,

profissionais críticos e pesquisadores defendiam uma abordagem integral e baseada na autodeterminação, enquanto setores biomédicos buscavam reconhecimento técnico e institucional. Nesse cenário, o MS oscilava entre mediação e centralização, muitas vezes limitando a participação social²¹.

A partir de 2012, iniciou-se um processo de revisão da política. Segundo Santos²¹, após a publicação da PNSI-LGBT, a SGEP/MS passou a tratar a revisão do Processo Transexualizador como prioridade, embora os dados analisados no presente estudo não indiquem a existência de etapas avaliativas sistematizadas.

Em julho de 2013, a Portaria SAS/MS nº 859 propôs ampliar o Processo Transexualizador, incorporando a atenção básica e ampliando o público e as faixas etárias atendidas. No entanto, foi suspensa sob alegação de necessidade de novos protocolos, embora um Grupo de Trabalho (GT) já atuasse desde 2012 na revisão da política, com minuta pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)^{24,28}.

A Portaria GM/MS nº 2.803, publicada em novembro de 2013, retomou o processo com poucas mudanças: restabeleceu limites etários mais restritivos, incluiu travestis e homens trans nos serviços e autorizou novas cirurgias. Ainda assim, não incorporou diretrizes clínicas nem definiu metas ou incentivos à expansão, mantendo fragilidades no desenho da política^{24,29}.

A suspensão da norma de julho sinalizou mais uma disputa político-institucional do que uma questão técnica. Mesmo com avanços, a normativa manteve dispositivos patologizantes e submeteu as identidades trans à validação médica. Ainda assim, marcou o início da tímida expansão dos serviços e maior visibilidade do programa, embora com implantação desigual entre regiões^{21,24,31,32}.

Entre 2013 e 2016, a SGEP/MS promoveu ações voltadas ao fortalecimento da PNSI-LGBT e da atenção à saúde trans. Em 2013, o 'I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT' destacou, como principal desafio no campo da saúde trans, a ampliação da rede de

serviços. Em 2014, foi realizado o seminário 'Transexualidade e Travestilidade no SUS', voltado ao monitoramento da política e ao debate sobre seus impasses nos territórios²⁸. Em 2015, foi publicado o livro 'Transexualidade e Travestilidade na Saúde', reunindo contribuições de pessoas trans, profissionais, pesquisadores e gestores.

Em 2016, a SGEP/MS lançou a campanha 'Cuidar bem da saúde de cada um: faz bem para todos', com enfoque na divulgação do Processo Transexualizador e da PNSI-LGBT.

A dinâmica de conflitos normativos e desarticulação teve um impacto direto na qualidade e na equidade da atenção. A ausência de avaliação estruturada comprometeu a capacidade de retroalimentação do ciclo de políticas, resultando em decisões que, embora ampliassem o público-alvo e os serviços habilitados, mantinham dispositivos patologizantes e não incorporavam protocolos clínicos inclusivos ou incentivos à expansão, perpetuando barreiras de acesso e falhas no desenho da política. Consequentemente, a implementação foi desigual entre as regiões, com a qualidade do cuidado variando significativamente, e a política não conseguiu superar a centralidade cirúrgica e a validação médica, o que gerou frustrações e desconfiança entre os usuários. As fragilidades de implementação poderiam ser atenuadas por meio de articulação inter-setorial, conectando saúde a políticas de educação, direitos humanos, trabalho, assistência social e segurança pública. Essa integração fortaleceria a perspectiva de integralidade, enfrentando determinantes sociais que afetam a população trans. Contudo, os documentos analisados mostram que a esfera federal avançou pouco nessa direção, limitando-se a ações pontuais e sem institucionalizar a cooperação entre os setores.

Fase IV: retrocesso e congelamento (2016-2022)

A ruptura institucional provocada pelo *impeachment* em 2016 resultou em mudanças na

estrutura do MS. Em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 807, retirando da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade a responsabilidade pela regulação dos procedimentos cirúrgicos do Processo Transexualizador. Apesar da baixa prioridade institucional, em 2018, o MS habilitou três novos ambulatorios no Processo Transexualizador, totalizando 12 serviços no País.

Em 2019, o CFM publicou a Resolução nº 2.265, rompendo com o modelo normativo anterior, historicamente pautado por textos patologizantes e voltados à proteção legal do ato médico³³. A nova resolução apresentou diretrizes clínicas detalhadas e alinhadas à CID-11, ainda não vigente à época, adotando o termo ‘incongruência de gênero’ como avanço no processo de despatologização.

Entre os principais pontos, a norma autorizou o bloqueio hormonal a partir do estágio puberal Tanner II, a hormonização cruzada a partir dos 16 anos e as cirurgias de afirmação de gênero a partir dos 18 anos. O texto foi elaborado com a participação de representantes do MS, de conselhos profissionais e de movimentos sociais, configurando um avanço técnico e político.

Entre 2019 e 2022, o governo federal se afastou das pautas de inclusão social. No MS, a SGEP foi extinta, e o Processo Transexualizador permaneceu sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS). Nesse período, a política passou por um momento de congelamento. As pequenas mudanças e portarias publicadas foram consequência de decisões judiciais, como a inclusão de procedimentos de readequação genital para homens trans.

Embora a gestão federal não tenha promovido avanços, iniciativas subnacionais ganharam protagonismo, com estados e municípios assumindo a dianteira por meio de normatizações e incentivos locais. Levantamento técnico realizado pela nova gestão do MS em 2023 revelou a existência de mais de 100 serviços em funcionamento no País, organizados e mantidos por iniciativas locais, mas sem habilitação ou financiamento federal¹⁵.

O período de retrocesso e congelamento federal, com o desmonte de estruturas como a SGEP/MS, agravou barreiras de acesso e precarizou o cuidado. A estagnação na habilitação de serviços fez com que a expansão dependesse apenas de esforços locais, sem apoio central, ampliando desigualdades regionais. Sem coordenação e avaliação federais, o SUS falhou em garantir equidade e acesso integral, deixando muitas pessoas trans desassistidas ou reféns de ações isoladas. Essa fase evidenciou a fragilidade da política, ainda dependente de gestões comprometidas com a temática, uma vez que mudanças político-institucionais resultaram em seu congelamento. Para reduzir essa vulnerabilidade, seriam necessárias ferramentas de gestão mais robustas, como garantia legal, previsão orçamentária obrigatória e instâncias intersetoriais permanentes de monitoramento, avaliação e participação social, capazes de assegurar sua continuidade mesmo em contextos de instabilidade.

Fase V: retomada e tentativa de reestruturação (2023-2025)

A partir da retomada das agendas de promoção da equidade em saúde, em 2023, o MS deu andamento às solicitações de habilitação de serviços represadas desde 2019 e promoveu a desburocratização de processos administrativos¹⁵. Até dezembro de 2025, foram publicadas 30 novas portarias de habilitação, totalizando 36 serviços ambulatoriais e 12 hospitalares no País.

Nesse contexto, em 2023, foi publicada a Portaria Saes/MS nº 841, instituindo um GT para revisar o Processo Transexualizador, com o objetivo de aprimorar fluxos assistenciais e propor parâmetros para uma nova política.

Ainda em 2023, em encontro do GT, foram apresentados o relatório preliminar da Análise de Impacto Regulatório (AIR) e a proposta do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paes-PopTrans), que previa novos tipos de serviços, ampliação das equipes, habilitação de 153 ambulatorios e 41 serviços cirúrgicos até 2027 e incentivos

financeiros, com investimento estimado em R\$ 443 milhões. Esse programa foi pactuado na CIT em fevereiro de 2024^{15,34}.

Em dezembro de 2024, o MS realizou evento de apresentação do novo programa, em que foram anunciadas as próximas etapas para sua institucionalização¹⁵. Entretanto, até o momento da submissão deste artigo, o Paes-PopTrans não foi implementado.

A efetivação do novo programa enfrenta resistência política, especialmente após a publicação da Resolução CFM nº 2.427, em 2025, que revisa os critérios para o atendimento médico nos processos de transição de gênero. A resolução apresenta retrocessos, como a proibição do uso de bloqueadores hormonais, a elevação da idade mínima para hormonização cruzada e a vedação de procedimentos com ‘potencial esterilizador’ antes dos 21 anos. A norma ainda impõe o cadastro obrigatório dos usuários nos Conselhos de Medicina.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), em conjunto com outras associações médicas, emitiu um posicionamento crítico à resolução, ressaltando as evidências científicas que embasam o uso de bloqueadores hormonais e a hormonização cruzada. Movimentos sociais, associações e conselhos profissionais também criticaram, por meio de posicionamentos e notas coletivas, o caráter restritivo da resolução. As mobilizações surtiram efeito, e a resolução foi suspensa pela justiça, atendendo a pedido do MPF³⁵. No entanto, o embate permanece aberto, com possibilidade de recurso do CFM.

Apesar da retomada das agendas inclusivas e dos esforços para a reestruturação do Processo Transexualizador, o cenário político contemporâneo impõe sérios entraves à consolidação desses avanços. A não instituição do Paes-PopTrans, mesmo após pactuação federativa, sinaliza uma fragilidade na capacidade de traduzir o consenso técnico-político em ação governamental concreta.

A Resolução CFM nº 2.427 exemplifica o conservadorismo vigente ao enfatizar casos de destransição e minimizar evidências sobre as

vulnerabilidades da população trans, reforçar barreiras de acesso, estimular a judicialização e gerar insegurança jurídica. Além disso, pode comprometer a articulação da rede de atenção ao criar conflitos normativos com o MS, dificultando a consolidação de um modelo integral e coeso no SUS.

O enfrentamento da reação conservadora e a continuidade da política dependem da mobilização social e da comunidade científica, do fortalecimento da articulação federativa e do compromisso do governo federal com políticas de equidade baseadas em evidências e nos princípios do SUS. A falta de estratégias avaliativas institucionais fragiliza ainda mais a resposta estatal, tornando urgente a defesa e o monitoramento constante da política de saúde trans.

Este estudo, por ser uma análise exploratória baseada em fontes secundárias, apresenta limitações inerentes a lacunas de registro. A dependência de documentos oficiais pode não capturar a totalidade de processos decisórios internos não formalizados, debates informais ou as nuances das experiências vividas por usuários e profissionais. Essas limitações, no entanto, não invalidam os achados e reforçam a necessidade de futuras pesquisas, com métodos complementares, para uma compreensão mais integral da política.

Considerações finais

A análise da trajetória da política de atenção à saúde nos processos de transição de gênero no SUS, entre 1997 e 2025, permitiu identificar cinco fases distintas, marcadas por avanços normativos, disputas institucionais e forte oscilação entre expansão e retrocesso. A articulação com o ciclo de políticas públicas revelou formulação fragmentada, implementação desigual e ausência de avaliação sistemática.

Na fase I, predominou uma abordagem patologizante e restrita ao campo médico. A fase II foi impulsionada por judicializações e mobilizações sociais, inserindo as demandas

trans na agenda do MS. Na fase III, a política foi formalmente implementada, mas em meio a disputas internas e sem mecanismos de avaliação. A fase IV foi marcada por estagnação federal e dependência de iniciativas locais. Já a fase V, em curso, sinaliza a retomada e a tentativa de reestruturação, embora sob ameaças de retrocesso diante de pressões conservadoras.

Os resultados deste estudo reforçam criticamente a necessidade de superar a fragmentação dessa política, que, historicamente, comprometeu a integralidade e a equidade do cuidado. É fundamental estruturar processos avaliativos robustos e institucionalizados que permitam o monitoramento contínuo, a identificação de barreiras e a tomada de decisão baseada em evidências, garantindo a retroalimentação do ciclo de políticas públicas. Além disso, os achados sublinham a importância de garantir um compromisso institucional com os direitos das pessoas trans, resistindo a pressões que visam patologizar ou restringir o acesso a cuidados essenciais.

Este trabalho contribui para o debate em saúde coletiva e o planejamento estratégico em saúde. Futuras pesquisas devem aprofundar a análise dos fatores políticos, institucionais e sociais que moldam essa trajetória, incluindo as experiências de usuários e profissionais, a implementação em diferentes contextos e as estratégias dos movimentos sociais. Esses estudos são essenciais para consolidar uma política de saúde efetiva, participativa e alinhada aos princípios da equidade e integralidade do SUS.

Contribuições de autoria

Rodrigues JS (0009-0000-5177-2615)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

Referências

1. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1097 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
2. Lima RRT, Flor TBM, Noro LRA. Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:19. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2023057004693>
3. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
4. Jesus MKMR, Moré IAA, Querino RA, et al. Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220369. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220369>
5. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(10):3815-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>
6. Connell R, Pearse R. Gênero: uma perspectiva global. 3ª ed. São Paulo: nVersos; 2015. 325p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev Estud Fem*. 2012;20(2):569-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
8. Preciado PB. La invención del género, o el tecno-cordero que devora a los lobos. In: *Conversaciones Feministas: Biopolítica*. Buenos Aires: Ají de Pollo; 2009. p. 15-38.
9. Butler J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*. 2009;19(1):95-126. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100006>
10. Galli RA, Vieira EM, Giami A, et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. *Psicol Teor Pesq*. 2013;29(4):447-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000400011>
11. Goddard JC, Vickery RM, Terry TR. Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *J Sex Med*. 2007;4(4 Pt 1):981-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00480.x>
12. Rossi A. A história de Waldirene [Internet]. São Paulo: NucleoTrans/Universidade Federal de São Paulo; 2020 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: <https://nucleotrans.unifesp.br/producao-de-conhecimento/materias-jornalisticas/a-historia-waldirene>
13. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009;19(1):43-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
14. Teixeira F. (Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações. *Cad Pagu*. 2016;(48). DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201600480018>
15. Teixeira FB, Rodrigues JS, Cavadinha ET, et al. Entre o território e a gestão: construindo pontes na elaboração do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans. *Interface (Botucatu)*. 2025;29:e240520. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240520>
16. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk; 2007. 560 p.
17. Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. 311 p.
18. Souza C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2003;18(51):15-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000100003>
19. Santos MCB. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas trans no SUS entre 1997 e 2008. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2022;(38):e22303. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22303.a>
20. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(4):1141-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>
21. Santos MCB. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020 [acesso em 2025 jun 8]. 483 p. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18382>
22. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 256 p.
23. Azevedo TAG. Direito e padronização de corpos: uma análise crítica de julgados brasileiros sobre a transição do corpo trans. *Rev Fac Direito UFMG*. 2021;(79):217-43. DOI: <https://doi.org/10.12818/P.0304-2340.2021v79p217>
24. Rodrigues JS. Processo Transexualizador no SUS: análise do acesso aos serviços entre 2008 e 2017 [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2025 jun 8]. 204 p. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/71345>

25. Ferreira BO, Nascimento M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(10):3825-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.06422022>
26. Teixeira FB. Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade [tese na Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009 [acesso em 2025 jul 3]. 243 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=497877>
27. Murta D. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 2025 jul 2]. 107 p. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/4576>
28. Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2017;11(1):9-28. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1923>
29. Miranda LFP. Desigualdade de acesso ao processo transexualizador no SUS [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023 [acesso em 2025 jul 21]. 219 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/58881>
30. Bento B. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; 2017. 329 p.
31. Adorno LL, Jesus LS, Araújo MP, et al. The Historical Profile of the National Panorama of the Tran Sexualizing Process in Brazil. *J Health Sci*. 2022;24(4):283-9. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2022v24n4p283-289>
32. Grubba LS. Equidade em saúde para pessoas trans: análise do processo transexualizador brasileiro. *Rev Direito Estado Soc*. 2022;(60):164-89. DOI: <https://doi.org/10.17808/des.0.1238>
33. Sampaio JV. Permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil. *Sanare*. 2023;22(2):86-97. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i2.1691>
34. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. Apresentação do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES-PopTrans); 2024 fev 2 [atualizado em 2024 fev 2; acesso em 2025 jul 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interferederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>
35. Ministério Público Federal (BR) [Internet]. Rio Branco (AC): Procuradoria da República no Acre; [data desconhecida]. Justiça atende pedido do MPF e suspende norma do CFM que restringia atendimento médico a pessoas trans; 2025 jul 25 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/ompf/unidades/pr-ac/noticias/justica-atende-pedido-do-mpf-e-suspende-norma-do-cfm-que-restringia-atendimento-medico-a-pessoas-trans>

Recebido em 03/09/2025

Aprovado em 22/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Governança judicial e deliberação intersectorial no SUS: avaliação normativa do Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco

Judicial governance and intersectoral deliberation in the SUS: A normative evaluation of the Pernambuco State Health Committee

Gobernanza judicial y deliberación intersectorial en el SUS: una evaluación normativa del Comité de Salud del Estado de Pernambuco

Helena Capela¹, Sydia Rosana de Araujo Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011132P

RESUMO A judicialização da saúde é um desafio para o Sistema Único de Saúde e para o Judiciário, levando o Conselho Nacional de Justiça a criar os Comitês Estaduais de Saúde (CES). Este estudo buscou avaliar a conformidade normativa do CES de Pernambuco (CES/PE), analisando seu potencial como instância de governança. O estudo utilizou abordagem qualitativa, analisando 23 atas e gravações de reuniões do órgão, além de questionário aplicado a 18 membros do comitê. A análise quantitativa usou critério de conformidade de 60%, enquanto a qualitativa empregou análise de conteúdo. Os critérios Coreq foram utilizados para garantir rigor metodológico. O CES/PE alcançou uma conformidade geral de 68,2%. O desempenho foi heterogêneo entre as dimensões: estrutura (77,8%), processo (53,8%) e resultado (73,1%). Os principais avanços foram a articulação interinstitucional e a produção de notas técnicas pelos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário. As fragilidades identificadas incluem falta de programa de trabalho, baixa proposição normativa e limitada atuação propositiva. Conclui-se que o CES/PE se configura como uma instância relevante de governança judicial da saúde, mas sua efetividade depende do fortalecimento da dimensão 'processo' e da institucionalização de mecanismos normativos. A experiência pode fornecer subsídios para aprimorar diretrizes nacionais de enfrentamento à judicialização da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde. Avaliação em saúde. Direito à saúde. Governança. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The judicialization of healthcare is a challenge for Brazil's Unified Health System (SUS) and the Judiciary, which led the National Council of Justice to create the Comitês Estaduais de Saúde (CES) (State Health Committees). This study aimed to evaluate the normative compliance of the CES of Pernambuco (CES/PE), analyzing its potential as a governance body. The study used a qualitative-quantitative approach, analyzing 23 meeting minutes, as well as questionnaires from 18 committee members. The quantitative analysis used a 60% compliance criterion, while the qualitative analysis employed content analysis. COREQ criteria were adapted to ensure methodological rigor. The CES/PE achieved an overall compliance rate of 68.2%. Performance was mixed across the following dimensions: structure (77.8%), process (53.8%), and outcome (73.1%). The main advances were inter-institutional coordination and the production of technical notes by the Judiciary's Technical Support Units. Identified weaknesses include the lack of a work program, limited regulatory proposals, and limited proactive action. It is concluded that the CES/PE is a relevant body of judicial governance in health, but its effectiveness depends on strengthening the 'process' dimension and the institutionalization of regulatory mechanisms. This experience can provide insights to improve national guidelines to combat the judicialization of health.

KEYWORDS Health's judicialization. Health evaluation. Right to health. Governance. Unified Health System.

RESUMEN La judicialización de la atención sanitaria desafía al Sistema Único de Salud y al Poder Judicial de Brasil, lo que motivó la creación de Comitês Estatales de Salud (CES). Este estudio evaluó el cumplimiento normativo y el potencial de gobernanza del CES de Pernambuco (CES/PE). Mediante un enfoque de métodos mixtos, se analizaron actas y grabaciones de reuniones, aplicando cuestionarios a 18 miembros. Se usó un criterio de cumplimiento del 60% (cuantitativo), análisis de contenido y criterios Coreq (cualitativo). El CES/PE logró un cumplimiento general del 68,2%, con un desempeño heterogêneo: estructura (77,8%), proceso (53,8%) y resultado (73,1%). Los principales avances fueron la articulación interinstitucional y la producción de notas técnicas. Las debilidades detectadas incluyen la carencia de un programa de trabajo, propuestas normativas débiles y acción proactiva limitada. Se concluye que el CES/PE es un ejemplo relevante de gobernanza judicial en salud, pero su efectividad requiere fortalecer la dimensión procesual e institucionalizar mecanismos normativos. Su experiencia es útil para perfeccionar las directrices nacionales sobre la judicialización sanitaria.

PALABRAS CLAVE Judicialización de la salud. Evaluación en salud. Derecho a la salud. Gobernanza. Sistema Único de Salud.

¹Ministério Público de Pernambuco (MPPE) - Recife (PE), Brasil.
hcapela@mppe.mp.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

Introdução

A judicialização da saúde no Brasil tem se configurado como um dos principais desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), tensionando os princípios constitucionais da universalidade e da equidade diante de demandas judiciais que, muitas vezes, desconSIDERAM o planejamento sanitário coletivo e os critérios técnico-científicos de alocação de recursos. Esse fenômeno, embora decorrente do exercício legítimo de direitos fundamentais, tem gerado impactos significativos na gestão pública e revelado profundas assimetrias no acesso à justiça e à atenção à saúde^{1,2}, interferindo na própria sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro^{3,4}.

Diante disso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio das Resoluções nº 238/2016⁵ e nº 388/2021⁶, instituiu os Comitês Estaduais de Saúde (CES) como instâncias colegiadas e multidisciplinares, com o objetivo de fomentar o diálogo entre os órgãos e as instituições que integram os sistemas de justiça e saúde, para promover a resolução dos conflitos em saúde por meio da prevenção de litígios, utilizando a medicina baseada em evidências. Essas iniciativas se alinham à perspectiva da governança deliberativa e colaborativa no campo da saúde, conforme proposto por Schulze e Gebran⁷, e buscam mitigar os efeitos da judicialização descoordenada sobre os princípios do SUS.

Estudos recentes têm destacado que os CES representam uma das principais respostas institucionais à judicialização, ainda que com diferentes graus de institucionalização e efetividade⁸. Autores como Lamarão Neto e Brito Filho⁹ analisam os Comitês sob a perspectiva jurídica, evidenciando tanto seu potencial inovador quanto as limitações estruturais e normativas que ainda marcam sua atuação. Do mesmo modo, Souza e Ribeiro¹⁰ documentam

experiências de diálogo interinstitucional mediado por instâncias colegiadas, ressaltando seus efeitos na aproximação entre o Judiciário e a gestão em saúde, bem como nos esforços de racionalização dos recursos públicos.

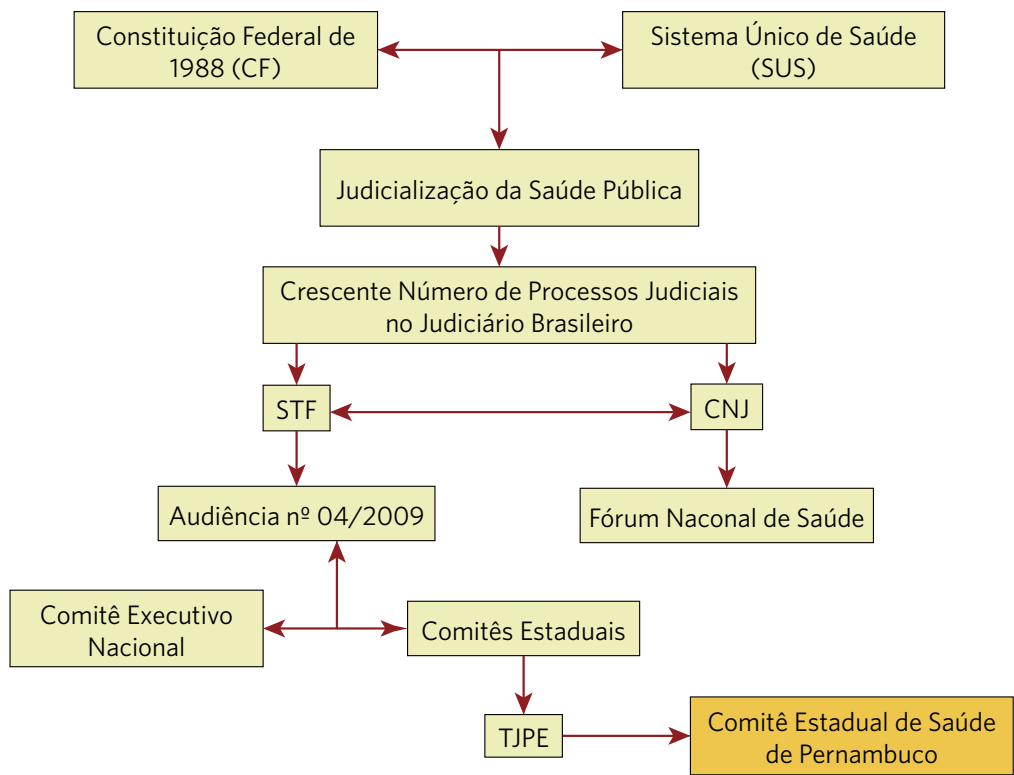
O Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) foi criado em 2017 pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE), como parte dessa estratégia nacional de que a judicialização da saúde não pode ser enfrentada unicamente pela atuação do Poder Judiciário. Desde então, tem atuado como espaço de articulação entre atores institucionais diversos, contando com a mediação técnica do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) e o apoio normativo de portarias e estatutos próprios. No entanto, pouco se sabe sobre a efetividade normativa e operacional desses comitês, especialmente no que tange à sua aderência às diretrizes nacionais, à capacidade de proposição de políticas públicas e ao impacto sobre a redução da judicialização.

Diante desse contexto, este artigo objetiva avaliar o grau de conformidade normativa do CES/PE em relação aos marcos regulatórios estabelecidos pelo CNJ, analisando suas potencialidades e limitações como instância de governança judicial e de deliberação intersetorial na interface entre saúde e direito.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso avaliativo, com abordagem qualiquantitativa e delineamento *ex post*, desenvolvido com base na avaliação normativa¹¹. O objeto de análise foi o CES/PE, instância colegiada criada pelo TJPE com vistas a qualificar e encaminhar soluções às demandas judiciais em saúde pública no estado (*figura 1*).

Figura 1. Modelo lógico da criação do Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco



Fonte: elaboração própria.

A investigação buscou analisar a conformidade e a adequação do Comitê em relação às normas que regem seu funcionamento, tomando como referência os marcos

normativos do CNJ (as Resoluções nº 238/2016 e nº 388/2021, o Ato TJPE nº 717/2017, a Portaria nº 5/2018 e o Estatuto próprio do Comitê)^{5,6,12-14}, nos termos dos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Normativos do CNJ relativos aos Comitês Estaduais de Saúde

Normativo	Órgão	Ementa
1. Normativos que determinaram a criação dos Comitês nos Estados da Federação		
Resolução nº 107/2010 ¹⁵	CNJ	Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde
Resolução nº 238/2016 ⁵	CNJ	Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais, de Comitês Estaduais da Saúde bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de Fazenda Pública
Resolução nº 388/2021 ⁶	CNJ	Dispõe sobre a reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde, fixados pela Resolução CNJ 238/2016, e dá outras providências

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Normativos do TJPE relativos aos Comitês Estaduais de Saúde

Normativo	Órgão	Ementa
2. Normativos que instituíram e regulamentaram o funcionamento do Comitê no âmbito do Estado de Pernambuco		
Ato nº 717/2017 ¹²	TJPE	Instituiu o CES no âmbito da jurisdição do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Portaria nº 5/2018 ¹³	TJPE	Dispõe sobre a criação e manutenção pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco do Comitê Estadual
Estatuto do Comitê Estadual de Pernambuco (DJ- e nº 159/19, de 28/8/2019) ¹⁴	TJPE	Dispõe sobre a composição e funcionamento do Comitê Estadual
3. Documentos administrativos do CES/PE		
Atas/gravações das Reuniões do CES/PE	CES/PE	23 atas e gravações entre 2018 e 2022

Fonte: elaboração própria.

A composição do Comitê está disciplinada na Resolução CNJ nº 388/2021⁶, na Portaria nº 5, de 29 de janeiro de 2018¹³, bem como no próprio Estatuto do CES/PE, de 2019¹⁴ (*quadro 3*).

Quadro 3. Composição do Comitê Estadual de Saúde de Pernambuco

Órgãos componentes do Comitê	Origem do representante	
	Sistema de Justiça	Sistema de Saúde
Judiciário Estadual	3	-
Judiciário Federal	1	-
Ministério Público Estadual	1	-
Ministério Público Federal	1	-
Defensoria Pública Estadual	1	-
Defensoria Pública União	1	-
Procuradoria-Geral do Estado	1	-
Advocacia-Geral da União	1	-
Ordem dos Advogados do Brasil (PE)	1	-
Procuradoria-Geral do Município	1	-
Secretaria de Saúde do Estado	-	1
Secretaria de Saúde do Município	-	1
Cremepe	-	1
NatJus	-	2
Academia Pernambucana de Medicina	-	1
Associação Médica de Pernambuco	-	1
Equipe de apoio	1	-
Total por Sistema	13	7
Total Geral	20	

Fonte: elaboração própria.

Os Modelos Lógicos apresentados a seguir foram elaborados para explicitar melhor como se deu a criação do CES/PE e para compreender o seu funcionamento, segundo o estabelecido nos normativos nacionais e estaduais acima citados, bem como o que efetivamente foi realizado pelo órgão, a partir dos componentes de ‘estrutura’ (recursos empregados), ‘processo’ (serviços ou bens produzidos) e ‘resultado’.

A coleta de dados foi realizada entre abril de 2023 e janeiro de 2024 e compreendeu três estratégias: análise documental de 23 atas e gravações de reuniões ordinárias e extraordinárias; construção do modelo lógico da intervenção, a partir dos normativos supracitados; e aplicação de questionário estruturado a 18 integrantes do comitê (90% da composição).

A sistematização e a análise dessa documentação propiciaram a construção da Matriz de Indicadores para Análise e Julgamento, assim como a confecção do questionário, validado previamente em reunião plenária do CES/PE e composto por 28 itens distribuídos nas três dimensões avaliativas (‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultado’), com questões de resposta em escala Likert de 5 pontos (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre) e dicotômicas (sim, não, não sei informar).

As respostas foram codificadas de modo que a conformidade foi considerada quando os respondentes assinalaram ‘frequentemente/sempre’ (Likert ≥ 4) ou ‘sim’ nas questões dicotômicas. A taxa de conformidade de cada item foi calculada como a proporção de respostas positivas em relação ao total de respostas válidas, sendo que a conformidade por dimensão correspondeu à média simples das taxas de seus itens, e a conformidade global foi obtida pela média não ponderada das três dimensões.

A opção analítica pelas dimensões ‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultado’ fundamenta-se no modelo clássico de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian¹⁶, amplamente utilizado em avaliações institucionais e normativas por permitir a análise integrada

dos recursos disponíveis, do modo como as ações são desenvolvidas e dos efeitos produzidos. Esse referencial é particularmente adequado à avaliação de instâncias colegiadas de governança, como os CES, por possibilitar a identificação de assimetrias entre a capacidade institucional, o funcionamento operacional e o desempenho percebido.

No contexto dos CES, a dimensão ‘estrutura’ permite examinar os arranjos institucionais, normativos e técnicos que sustentam sua atuação; a dimensão ‘processo’ avalia os mecanismos deliberativos, decisórios e de articulação interinstitucional; e a dimensão ‘resultado’ captura os efeitos esperados da atuação do comitê, como a qualificação das decisões judiciais, o fortalecimento do diálogo intersetorial e o enfrentamento da judicialização da saúde. Esse modelo tem sido amplamente adotado em avaliações normativas de políticas, programas e instâncias de governança em saúde por sua robustez analítica e capacidade explicativa¹¹.

O ponto de corte adotado para definir conformidade e adequação foi de 60%. Esse valor foi escolhido por três razões complementares: primeiro, constitui um critério pragmático amplamente utilizado em avaliações normativas de serviços e instituições em consolidação, em que a superação da maioria simples indica atendimento mínimo esperado¹¹; segundo, dialoga com a lógica de avaliação por padrões, em que esse patamar sinaliza maturidade organizacional intermediária, distinguindo insuficiência ($\leq 50\%$), adequação mínima ($\geq 60\%$) e consolidação ($\geq 70\%$)¹⁷; e, terceiro, preserva sensibilidade para capturar variações entre as dimensões do modelo donabedian de qualidade em saúde¹⁶. A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo¹⁸. O *corpus* foi composto pelas atas/gravações do comitê, que permitiram a triangulação dos achados e reforçaram a validade interna da análise.

Considerando que uma das autoras integra o CES/PE, foram adotadas medidas para reduzir potenciais vieses de análise e reforçar a confiabilidade dos resultados, em consonância com

as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) para pesquisas qualitativas¹⁹. Dentre as estratégias utilizadas, destacam-se: a separação de papéis, de modo que a autora membro do comitê atuou na contextualização documental, enquanto a coautora externa assumiu a revisão metodológica, desempenhando a função de avaliadora independente²⁰; e a validação interna, mediante discussão prévia do questionário em plenária e a realização de ‘checagem de participantes’ (*member checking*) para confirmação de informações. Essas salvaguardas asseguraram a transparência e a confiabilidade aos achados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 67800423.0.0000.5190 e Parecer nº 6.124.519) e observou integralmente os preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012, garantindo sigilo, anonimato e consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Resultados

As respostas aos questionários aplicados aos membros do CES/PE, quando analisadas separadamente por componente e por cada indicador da Matriz de Análise e Julgamento construída para o estudo, fornecem conclusões valiosas sobre a atuação do comitê. A maioria dos respondentes reconheceu a sua importância, embora tenha revelado preocupação com a velocidade das respostas e a adequação das soluções propostas às necessidades reais dos usuários do sistema de saúde. Tais resultados foram conjugados com a análise das atas de reunião do comitê durante o período de estudo, de 2017 a 2024.

A análise do CES/PE revelou um desempenho institucional com nível global de conformidade de 68,2%, superando o limiar de 60% adotado como critério pragmático de maturidade organizacional. A seguir, os resultados são apresentados segundo as três dimensões da avaliação: ‘estrutura’, ‘processo’ e ‘resultado’ (*quadro 4*).

Quadro 4. Síntese dos achados			
Dimensão	Conformidade (%)	Destaques positivos	Limitações principais
Estrutura	77,80%	Representação intersetorial, apoio técnico (NatJus)	Assimetrias de participação
Processo	53,80%	Espaços regulares de reunião	Ausência de plano de trabalho e baixa produção normativa
Resultados	73,10%	Percepção positiva dos membros, apoio à decisão judicial	Dificuldade de mensuração objetiva de impacto

Fonte: elaboração própria.

Dimensão Estrutura

A dimensão ‘estrutura’ foi a que apresentou o desempenho mais consistente na avaliação, com um grau de conformidade de 77,8%.

Esse resultado reflete a solidez dos arranjos institucionais do CES/PE e sua composição intersetorial estável. O comitê é formalmente vinculado ao TJPE e reúne representantes do sistema judiciário, das Secretarias Estadual e

Municipal de Saúde, do Ministério Público, da Defensoria Pública e de técnicos do NatJus, o que lhe confere um perfil plural e técnico.

Entre os subcomponentes avaliados, destacaram-se os altos níveis de adequação em: infraestrutura de apoio administrativo (100%); recursos humanos (94,4%); recursos materiais (88,9%); e composição institucional (83,4%). Esses resultados foram corroborados por evidências documentais e pelos próprios respondentes, que apontaram a realização regular de reuniões, com registro formal por atas e gravações, e a existência de convocações abertas aos membros. Também se observou a existência de um espaço institucionalizado de deliberação conjunta, ainda que com participação assimétrica de alguns segmentos, como representantes de usuários da saúde suplementar e movimentos sociais.

Especificamente no tocante à composição do CES/PE, vale registrar seu caráter significativo e relevante, já que a variedade de representações, englobando as áreas da justiça, da saúde, órgãos executivos e comunitários, contribui para a construção de um órgão amplo e multidisciplinar, o que é imprescindível às demandas que abrange.

Nesse particular, sobre a importância de uma participação maior e ativa em iniciativas de resolução extrajudicial de conflitos, Ventura e Simas²¹ consideram que “este envolvimento e a participação social mais ampla são um aspecto central determinante no efetivo acesso ao direito e à justiça”.

Ao tratar da importância da composição mista dos CES, Ribeiro e Vidal⁴ entendem que:

Assim, a composição eclética dos Comitês destes dois sistemas auxilia a realizar as comunicações institucionais, fato este que contribui para a transparência da informação interinstitucional.

A atuação do NatJus foi reiteradamente valorizada, destacando-se como um suporte técnico-científico essencial às ações do CES/PE no enfrentamento da judicialização da

saúde no estado. Destaca-se que o NatJus integra o CES, conforme consta no *quadro 3*.

Por outro lado, a análise também revelou fragilidades importantes. Indicadores relacionados à normatização interna apresentaram baixos níveis de conformidade. Apenas 55,6% dos respondentes confirmaram a existência de um regimento interno, e 44,4% indicaram a presença de um programa de trabalho. Esses resultados são reflexo direto do elevado desconhecimento entre os membros sobre esses normativos (43,4% e 55,6%, respectivamente, assinalaram ‘não sei informar’), evidenciando a necessidade de maior difusão e apropriação das normas institucionais entre os participantes.

Dimensão Processo

A dimensão ‘processo’ foi a que apresentou o desempenho mais frágil na avaliação, com um grau de conformidade de 53,8%, abaixo do ponto de corte de 60% adotado como critério de adequação. Esse resultado contrasta com a robustez estrutural do CES/PE e revela fragilidades relevantes em seu funcionamento operacional. Ainda que alguns aspectos tenham sido positivamente avaliados, como a otimização de rotinas processuais (72,2%) e a definição de estratégias em direito sanitário (66,7%), diversos subcomponentes considerados centrais apresentaram índices inferiores a 60%, o que reflete importantes lacunas na capacidade propositiva e articuladora do comitê.

Entre os principais entraves observados estão a ausência de um plano de trabalho formalizado e a inexistência de um cronograma anual de atividades, o que dificulta o planejamento e a atuação estratégica. A produção de recomendações normativas e de orientações vinculantes é baixa, apesar de o marco legal do CNJ facultar esse tipo de iniciativa aos comitês. Na prática, a atuação do CES/PE permanece predominantemente reativa e consultiva, com escassa proposição de soluções sistêmicas voltadas à prevenção de litígios.

Outro aspecto crítico diz respeito ao modo como ocorre a mediação interinstitucional,

baseada fortemente em capital relacional e na informalidade entre os membros. Embora essa dinâmica possa conferir certa agilidade às articulações, ela compromete a padronização dos processos e a consolidação de práticas institucionais. Ademais, a rotatividade de representantes e a falta de um regimento interno atualizado foram apontadas por alguns respondentes como fatores que dificultam a institucionalização de rotinas colaborativas. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer os processos internos e de ampliar a atuação proativa e estratégica do comitê, de modo a consolidá-lo como instância de governança e articulação intersetorial no campo da saúde pública.

Dimensão Resultado

A dimensão ‘resultado’ apresentou desempenho satisfatório, com grau de conformidade de 73,1%, evidenciando percepções positivas sobre a relevância e a efetividade do CES/PE como órgão de enfrentamento da judicialização da saúde no estado. Quatro dos seis indicadores avaliados atingiram os critérios de adequação, destacando-se a viabilização do diálogo interinstitucional, que obteve 100% de conformidade, seguida da deliberação e proposição de encaminhamentos (88,9%), da elaboração de notas técnicas e pareceres baseados em evidências científicas (77,7%) e da qualificação, monitoramento e resolução de demandas assistenciais (77,7%). Esses resultados apontam para o reconhecimento do CES/PE como um espaço legítimo de articulação técnica e institucional entre o sistema de justiça e os gestores da saúde pública.

Conforme apontado nas respostas dos questionários e reforçado pela análise das atas das reuniões, o Comitê tem contribuído para qualificar as decisões judiciais em saúde pública, especialmente por meio do suporte técnico prestado pelo NatJus. Esse apoio tem sido decisivo na fundamentação de decisões urgentes em saúde, conforme ilustra o registro de ata de reunião: “A participação do NatJus no

fluxo decisório do Judiciário tem sido decisiva para fundamentar tecnicamente decisões em demandas urgentes de saúde”.

No entanto, dois indicadores permanecem abaixo do critério de conformidade: o monitoramento das ações judiciais (44,5%) e a redução da judicialização (50%). Esse último, em especial, deve ser compreendido como um objetivo de longo prazo, cuja mensuração é limitada no horizonte temporal do estudo. Ademais, a ausência de indicadores sistêmicos estaduais sobre judicialização dificulta a avaliação longitudinal da efetividade do CES/PE nesse campo, revelando um desafio importante a ser enfrentado para a consolidação de sua atuação estratégica e para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde e à justiça.

Discussão

Os achados desta avaliação normativa do CES/PE reafirmam a importância de iniciativas interinstitucionais para o enfrentamento da judicialização da saúde e evidenciam fragilidades operacionais que limitam sua efetividade plena como instrumento de governança no SUS. Essa problemática está em consonância com a análise apresentada por Torezani⁸, que discute como os comitês constituem uma resposta institucional ao aumento da judicialização. No entanto, a autora também enfatiza que apenas iniciativas robustas, com normatização e estrutura adequadas, conseguem ampliar a governança institucional e diminuir litígios no campo da saúde.

A conformidade global de 68,2%, embora superior ao ponto de corte estabelecido (60%), evidencia um desempenho assimétrico entre as dimensões avaliadas. A dimensão ‘estrutura’, com 77,8%, destaca a adequação institucional em aspectos como infraestrutura, recursos humanos e composição, corroborando a tese de que a base normativa e técnica do CES/PE está consolidada. Todavia, lacunas importantes permanecem quanto à normatização interna, especialmente a ausência de um programa de

trabalho, uma inconformidade relatada por Vasconcelos²², existente em instâncias colegiadas. Estudo de Lamarão Neto e Brito Filho⁹ reforça que os comitês frequentemente enfrentam limitações institucionais e conceituais para desempenhar plenamente suas funções.

A dimensão ‘processo’, com apenas 53,8% de conformidade, foi o ponto crítico identificado. A baixa frequência de visitas institucionais, a escassa produção de recomendações normativas e a ausência de atuação sistemática para implementação de políticas de saúde sugerem um CES/PE com atuação predominantemente consultiva e reativa em vez de propositiva e estratégica. Essa constatação converge com o argumento de Wang², para quem os CES, se não efetivamente institucionalizados, tendem a ocupar um papel periférico no processo decisório. Estudos como o de Souza e Ribeiro¹⁰, que avaliam os Comitês Interinstitucionais de Resolução Administrativa no Pará, reforçam a necessidade de iniciativas mais estruturadas para que esses colegiados se tornem instrumentos efetivos de governança e enfrentem, de forma concreta, os desafios impostos pela judicialização da saúde.

Na dimensão ‘resultado’, o desempenho foi mais equilibrado (73,1%), sobretudo no que diz respeito ao fortalecimento do diálogo interinstitucional (100%) e à elaboração de pareceres técnicos via NatJus (77,7%). Esses indicadores reforçam o papel do CES/PE como um espaço de interlocução entre os sistemas de justiça e de saúde, alinhado às recomendações de Schulze e Gebran⁷, que apontam os comitês como uma arena estratégica para fomentar práticas baseadas em evidências e racionalizar o uso de recursos no SUS. Evidências semelhantes foram apontadas por Anjos, Santos e Moraes²³, que, em revisão sistemática, identificaram que iniciativas de diálogo intersetorial contribuem para reduzir litígios repetitivos e fortalecer a governança compartilhada em saúde. Contudo, como sugerem Lamarão Neto e Brito Filho⁹, os CES não podem se restringir a arenas consultivas; é indispensável que avancem no sentido de adotar uma postura

mais propositiva e estratégica na formulação e implementação de políticas.

No entanto, o indicador redução da judicialização permaneceu abaixo da conformidade esperada (50%), refletindo tanto o caráter estrutural do fenômeno quanto os limites temporais da intervenção. A literatura indica que a judicialização da saúde no Brasil não é apenas sintoma de falhas nas políticas públicas, mas também expressão da seletividade no acesso à justiça e da desigualdade social que marca o País^{24,25}. Essa seletividade faz com que, muitas vezes, os grupos com maior poder de mobilização jurídica sejam os mais beneficiados pelas decisões, o que amplia desigualdades. Essa prevalência de desigualdades reforça a necessidade de ações interinstitucionais mais amplas, que combinem dimensões técnicas e redistributivas, promovendo maior equidade, como destaca Torezani⁸. Tais ações incluem, por exemplo, a ampliação do acesso à informação e o fortalecimento da defesa coletiva do direito à saúde.

A análise qualitativa das atas e gravações reforçou essas observações. A recorrência de temas como o funcionamento do NatJus e o diálogo entre instituições demonstra um avanço no componente ‘resultado’. Por outro lado, a baixa menção à estruturação normativa e à formulação de políticas sinaliza a necessidade de institucionalização mais robusta, à semelhança do Comitê de Santa Catarina (Comesc), que possui plano de ação, comissões temáticas e maior diversidade institucional. Esse contraste reflete uma das limitações destacadas por Souza e Ribeiro¹⁰, que apontam que a ausência de planejamento estruturado é comum em instâncias colegiadas de governança sanitária.

A avaliação normativa mostrou-se, portanto, uma metodologia potente para identificar não apenas a aderência a critérios legais e estruturais, mas também para revelar dissonâncias entre potencial institucional e práticas efetivas. Como sugerem Brousselle et al.¹¹, essa abordagem permite vincular a lógica interna da intervenção aos seus efeitos reais, contribuindo

para ajustes estratégicos e recomendações concretas de melhoria.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a participação de uma das autoras como integrante do CES/PE, o que pode ter influenciado a análise, ainda que mitigado pela validação do questionário e pela triangulação metodológica. A análise qualitativa foi conduzida por uma única pesquisadora, sem codificação cruzada, o que pode gerar viés interpretativo. Ainda assim, os resultados oferecem contribuições práticas relevantes para o fortalecimento dos CES, especialmente no aprimoramento da dimensão processual e na adequação às diretrizes da Resolução CNJ nº 530/2023²⁶.

Conclusões

O estudo avaliou a atuação do CES/PE como estratégia de enfrentamento da judicialização da saúde, analisando sua conformidade e adequação em relação aos normativos do CNJ. A pesquisa constatou uma conformidade e adequação geral de 68,2%, considerada boa segundo os parâmetros definidos. A análise,

fundamentada em questionários aplicados aos membros e no exame das atas de reunião, demonstrou que o comitê possui uma estrutura material e humana adequada, mas enfrenta desafios significativos em seus processos internos, que apresentaram conformidade abaixo do ideal. Apesar das lacunas processuais, os resultados indicam que o CES/PE tem sido eficaz na promoção do diálogo interinstitucional e na geração de deliberações que impactam positivamente a gestão da saúde.

O CES/PE configura-se, assim, como uma instância relevante de governança judicial da saúde, mas sua efetividade depende do fortalecimento da dimensão 'processo' e da institucionalização de mecanismos normativos. A experiência pode contribuir para a formulação de diretrizes nacionais mais robustas no enfrentamento da judicialização da saúde.

Contribuições de autoria

Capela H (0009-0001-3488-4970)* e Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ferraz OLM. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. *Rev Direito GV*. 2019;15(3):e1934. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201934>
2. Wang DWL. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2009.
3. Silva AB, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Rev Bioét*. 2017; 25(2):290-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252189>
4. Ribeiro KD, Vidal JP. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad Ibero Am Direito Sa nit*. 2018;7(2):239-61. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.493>
5. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública [Internet]. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF. 2016 set 9 [acesso em 2025 ago 26]; Edição 160:8-9. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>
6. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 388, de 13 de abril de 2021. Dispõe sobre a reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde, fixados pela Resolução CNJ no 238/2016, e dá outras providências [Internet]. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF. 2021 abr 15 [acesso em 2025 ago 26]; Edição 95:2-5. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3868>
 7. Schulze CJ, Gebran JPN. Direito à Saúde: Análise à Luz da Judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2013.
 8. Torezani YLS, Siena O. Respostas Institucionais à Judicialização da Saúde no Brasil. *Rev Direito Práxis*. 2024;15(4):e86259. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/86259>
 9. Lamarão Neto H, Brito Filho JCM. Os comitês estaduais de saúde e o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde. *Rev Teor Just Decis Argument Juríd*. 2016;2(2):82-100. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9644/2016.v2i2.1694>
 10. Souza NRS, Ribeiro KDCB. Atuação do comitê interinstitucional de resolução administrativa de demandas da saúde pública no estado do Pará. *Cad Ibero Am Direito Sanit* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 ago 26];6(4):527-36. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1113>
 11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
 12. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Ato nº 717/2017. Institui, no âmbito da jurisdição do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, o Comitê Estadual de Saúde. Recife: Tribunal de Justiça de Pernambuco; 2017.
 13. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Portaria nº 5, de 29 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a criação e manutenção pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco do Comitê Estadual da Saúde. Recife: Tribunal de Justiça de Pernambuco; 2018.
 14. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Estatuto do Comitê Estadual de Saúde. Recife: Tribunal de Justiça de Pernambuco; 2019.
 15. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde [Internet]. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF. 2010 abr 7 [acesso em 2025 ago 26]; Edição 61:9-10. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=173>
 16. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
 17. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
 18. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. São Paulo: Edições 70; 2020.
 19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 20. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. 4ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
 21. Ventura M, Simas L. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos do usuário no acesso ao direito e à justiça. *Rev Direito Práx*. 2021;12(3):1989-2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/51143>

22. Vasconcelos NP. Solução do problema ou problema da solução? STF, CNJ e a Judicialização da Saúde. *Rev Estud Inst.* 2020;6(1):83-108. DOI: <https://doi.org/10.21783/rei.v6i1.461>
23. Anjos DS, Santos MAS, Morais LG. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. *Cad Ibero Am Direito Sanit.* 2021;10(2):53-77. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.640>
24. Ferraz OLM. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *Health Hum Rights.* 2009;11(2):33-45.
25. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis (Rio J).* 2010;20(1):77-100. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>
26. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 530, de 10 de novembro de 2023. Institui a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assis-

tência à Saúde, que estabelece diretrizes para o planejamento de ações no âmbito do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus) e o seu respectivo Plano Nacional (2024 – 2029) [Internet]. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF. 2023 nov 16 [acesso em 2025 ago 26]; Edição 275:9-11. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>

Recebido em 16/09/2025

Aprovado em 18/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: A autora Sydia Rosana de Araujo Oliveira é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e este estudo contou com apoio financeiro do CNPq – Processo nº 305148/2024-9

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

Vazios legais e responsabilidade sanitária na regionalização do Sistema Único de Saúde: do desenho territorial às redes temáticas

Legal gaps and health responsibility in the regionalization of the Unified Health System: From territorial design to thematic networks

Vacios legales y responsabilidad sanitaria en la regionalización del Sistema Único de Salud: del diseño territorial a las redes temáticas

Lilian Welz¹, Adelyne Maria Mendes Pereira², Maria Lucia Frizon Rizzotto³, Fernanda de Freitas Mendonça¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011343P

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar do ponto de vista normativo o processo de regionalização no sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo documental que reuniu cinco normativas legais e dez infralegais publicadas entre 1988 e 2023. Como documentos complementares, foram analisadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Especializada e Hospitalar. Buscou-se extrair as seguintes informações: ano, normativa, tipo de normativa, conceito de rede, desenho e organização territorial, sendo possível identificar três fases no processo de regionalização: A primeira (1988- 2010) é marcada pelo conceito de regionalização enquanto preceito constitucional e organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda (2010-2017) é de transição, com mudanças no conceito de regionalização e não espelhamento entre as normas legais e infralegais; a terceira fase (2017-2023) é a consolidação das normas infralegais e de instrumentalização da regionalização, onde o Planejamento Regional Integrado passa a ser apenas um produto formal sem consequências diretas no processo de regionalização. Como resultado, observa-se um vazio legal e conceitual no SUS pela fragmentação do território em redes temáticas; pela não compreensão da responsabilidade sanitária dos hospitais; pela separação entre desenho regional e planejamento em saúde e pelo aumento expressivo do número de instrumentos de planejamento. Conclui-se que não há espelhamento entre as normas legais e infralegais, recomenda-se a revisão das normativas legais, visando a efetiva regionalização do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Regionalização da saúde. Níveis de atenção à saúde. Integralidade em saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to analyze, from a normative point of view, the regionalization process in the Brazilian health system. This is a documentary study that gathered five legal and ten infra-legal regulations published between 1988 and 2023. As complementary documents, the National Policies for Primary Care, Specialized Care, and Hospital Care were analyzed. The following information was extracted: year, regulation, type of regulation, concept of network, territorial design and organization, making it possible to identify three phases in the regionalization process: The first (1988-2010) is marked by the concept of regionalization as a constitutional and organizational precept of the Brazilian Unified Health System (SUS); the second (2010-2017) is a transition phase, with changes in the concept of regionalization and a lack of mirroring between legal and infra-legal norms; The third phase (2017-2023) is the consolidation of sub-legal norms and the instrumentalization of regionalization, where Integrated Regional Planning becomes merely a formal product without direct consequences in the regionalization process. As a result, a legal and conceptual void is observed in the SUS due to the fragmentation of the territory into thematic networks; the lack of understanding of the health responsibility of hospitals; the separation between regional design and health planning; and the significant increase in the number of planning instruments. It is concluded that there is no mirroring between legal and sub-legal norms, and a review of legal regulations is recommended, aiming at the effective regionalization of the SUS.

KEYWORDS Unified Health System. Regionalization of health planning. Levels of health care. Integrality in health.

RESUMEN El objetivo de este estudio fue analizar el proceso de regionalización en el sistema de salud brasileño desde un punto de vista normativo. Este es un estudio documental que reunió cinco regulaciones legales y diez infralegales publicadas entre 1988 y 2023. Como documentos complementarios, se analizaron las Políticas Nacionales de Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Hospitalaria. Se extrajo la siguiente información: año, regulación, tipo de regulación, concepto de red, diseño territorial y organización, lo que permitió identificar tres fases en el proceso de regionalización: La primera (1988-2010) está marcada por el concepto de regionalización como un precepto constitucional y organizativo del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS); la segunda (2010-2017) es una fase de transición, con cambios en el concepto de regionalización y una falta de reflejo entre las normas legales e infralegales; La tercera fase (2017-2023) se caracteriza por la consolidación de las normas sublegales y la instrumentalización de la regionalización, donde la Planificación Regional Integrada se convierte en un mero producto formal sin consecuencias directas en el proceso regionalizador. Como resultado, se observa un vacío jurídico y conceptual en el SUS debido a la fragmentación del territorio en redes temáticas; la falta de comprensión de la responsabilidad sanitaria de los hospitales; la separación entre el diseño regional y la planificación sanitaria; y el aumento significativo del número de instrumentos de planificación. Se concluye que no existe correspondencia entre las normas legales y sublegales, y se recomienda una revisión de la normativa legal con el fin de lograr una regionalización efectiva del SUS.

PALABRAS CLAVE Sistema Unificado de Salud. Regionalización de la salud. Niveles de atención sanitaria. Integralidad en salud.

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
lilianwelz@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Introdução

A regionalização enquanto princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma prática de territorialização regional, com reorientação territorial em áreas sanitárias agrupando municípios de acordo com a proximidade geográfica, porte populacional, estrutura de serviços de saúde e características culturais, econômicas e políticas. A forma racional de organização da territorialização da saúde no SUS deve oferecer acesso e cuidados em saúde de acordo com a complexidade dos problemas de saúde, em uma lógica de que, quanto maior for a incorporação de tecnologias duras, maior a concentração destes serviços de forma regionalizada e inversamente, quanto maior a necessidade de tecnologias leves, maior a concentração destes serviços em nível local. Tanto o âmbito local como o regional compõem a totalidade que é a Região de Saúde na sua capacidade de promover a qualidade e a integralidade do cuidado¹.

A regionalização do SUS deriva dos modelos de saúde europeus que tiveram como base a organização territorial a partir do Relatório Dawson de 1920, adotado como modelo para o sistema inglês após a I Guerra Mundial. O referido relatório continua atual pela sua clareza e relevância, especialmente no que se refere a necessidade de coordenação entre a saúde preventiva e curativa em uma estrutura organizada nos níveis primário, secundário e terciário. A primeira definição de Região de Saúde, ou de área de saúde, como consta do Relatório Dawson, é utilizada até hoje no modelo europeu e deve conter: Serviços Domiciliares, Centros de Saúde Primários, Centros de Saúde Secundários, Hospitais, Serviços Suplementares (em especial para serviços de saúde mental, centros ortopédicos, hospitais para certas doenças infecciosas e centros de recuperação) e a necessidade de referência de um Hospital Docente com escola de medicina para uma população de cerca de dois milhões de pessoas¹.

O Relatório Dawson constata que a “organização da medicina se mostrou inadequada

e não torna os benefícios do conhecimento médico devidamente acessíveis à população”, abordando a “deficiência organizacional”, que havia se tornado “mais evidente com a expansão do conhecimento e a crescente convicção de que é necessário disponibilizar a todos os cidadãos os melhores meios para manter a saúde e curar doenças”¹⁽²⁾, o que implica em uma forte vinculação entre os níveis de atenção: os hospitais têm seus centros de saúde de referência e os centros de saúde tem a sua população de referência e assim, pela organização dos níveis primário, secundário e terciários, constitui-se uma área de saúde.

No Brasil, a descentralização dos serviços de saúde a partir da formação do SUS pela Constituição Federal (CF) de 1988 acontece desalojada do processo de regionalização e construção de áreas sanitárias, com base de referência em hospitais territorializados. Sejam universitários ou não, não se territorializa os hospitais a partir de um determinado número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), como no modelo europeu, e opta-se, no Brasil, por uma organização regional via redes temáticas, ao invés da estruturação da rede única/orgânica do SUS. Somente a partir dos anos 2000, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 define a regionalização como um processo que “deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal”⁹⁽²⁾, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Entretanto, a noção de territorialidade da microrregião à macrorregião, trazida pela Noas, muda conforme as publicações das normativas legais e infralegais³.

Desta forma, no Brasil, o processo de descentralização/municipalização da década de 1990 não caminhou *pari passu* com a

regionalização do SUS a partir da década de 2000, o que foi agravado como descompasso das publicações das políticas nacionais estruturantes que representam a rede única/orgânica do SUS: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Especializada (PNAE) e Hospitalar (PNHOSP), ampliando os desafios do combate às desigualdades regionais e da fragmentação das ações em saúde.

O artigo tem como objetivo analisar do ponto de vista normativo o processo de regionalização no sistema de saúde brasileiro. Para isso investiga a prática da regionalização no Brasil e seus desenhos regionais produzidos à luz da responsabilidade sanitária territorial e traz reflexões sobre a regionalização e suas respectivas fases ao longo de três décadas de construção do SUS, tendo como base desde a Constituição Federal de 1988 até a Resolução de Consolidação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01/2021.

Metodologia

Como método, utilizou-se da pesquisa documental com a análise da legislação estruturante do SUS, onde foram analisadas toda a legislação publicada sobre regionalização de 1988 a 2025. Os documentos foram selecionados

utilizando como critério as normativas legais e infralegais relacionadas à gestão e regionalização do SUS de 1988 a 2023. A partir do estabelecimento dos critérios, procedeu-se à busca em diferentes sítios eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS) e Portal da Legislação do Planalto. O que se procurou em cada normativa foram os conceitos de rede de saúde, seus respectivos instrumentos de planejamento e qual desenho de regionalização estava sendo proposto. Como resultado, analisaram-se cinco normativas legais e dez infralegais, consideradas o núcleo central das normativas do SUS. Como documentos complementares, foram analisadas as políticas estruturantes do SUS, compreendidas como as políticas que definem os níveis primários, secundários e terciários no SUS: Política Nacional de Atenção Básica (2006, 2011 e 2017), Especializada (2023) e Hospitalar (2013). Para a análise dos documentos, buscou-se extrair as seguintes informações: ano, tipo de normativa, conceito de rede, desenho territorial e organização territorial. Considerando que os documentos analisados são de acesso público, foi dispensada a submissão ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos. No *quadro 1*, seguem as normativas legais e infralegais analisadas.

Quadro 1. Normativas legais e infralegais de acordo com o ano de publicação e tipo de normativa. Brasil, 2025

ANO	NORMATIVA	TIPO
1988	Constituição Federal ²	Norma Legal
1990	Lei Orgânica nº 8080/90 ³	Norma Legal
	Lei Orgânica nº 8142/90 ⁴	Norma Legal
1991	Norma Operacional Básica (NOB 91) ⁵	Norma Infralegal
1992	Norma Operacional Básica (NOB 92) ⁶	Norma Infralegal
1993	Norma Operacional Básica (NOB 93) ⁷	Norma Infralegal
1996	Norma Operacional Básica (NOB 96) ⁸	Norma Infralegal
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) ⁹	Norma Infralegal
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) ¹⁰	Norma Infralegal
2006	Pacto pela Saúde ¹¹	Norma Infralegal
	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹²	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal

Quadro 1. Normativas legais e infralegais de acordo com o ano de publicação e tipo de normativa. Brasil, 2025

ANO	NORMATIVA	TIPO
2011	Decreto nº 7.508/2011 ¹³	Norma Infralegal
	Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 ¹⁴	Norma Legal
	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹⁵	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
2012	Lei Complementar nº 141/2012 ¹⁶	Norma Legal
2013	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) ¹⁹	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
2017	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ²⁰	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
	Portaria de Consolidação sobre as Redes do SUS nº 03/2017 ²¹	Norma Infralegal
2021	Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 ²⁵	Norma Infralegal
2023	Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) ²⁶	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal

Fonte: elaboração própria, 2025.

Resultados e discussão

Considerando desde Constituição Federal de 1988 até a Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021 – analisando o núcleo das normativas do SUS e da regionalização como princípio organizativo do sistema – observa-se que há um distanciamento teórico e prático da compreensão constitucional do que é a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. A definição de regionalização como rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada está presente na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080 de 1990, na Noas de 2002, no Pacto pela Saúde (2006), no Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 e na Lei nº 141 de 2012. No entanto, na Portaria de Consolidação das Redes

nº 03/2017 e na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 – normas infralegais que orientam a regionalização na atualidade, embora se fundamentem na compreensão de uma rede regionalizada e hierarquizada, o conceito muda para Redes de Atenção à Saúde, em alusão às diversas redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde (MS). A regionalização deixa de ser pensada e executada por meio de níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e executados em suas respectivas políticas nacionais estruturantes (PNAB, PNAES e PNHOSP) e passa a ser operacionalizada por meio de redes temáticas de atenção com Planos de Ação Regionais (PAR) e macrorregionais de saúde²⁻²¹. No *quadro 2*, encontram-se os principais destaques das normativas analisadas.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
01	CF 88 ²	Planos Plurianuais (PPA) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) Lei Orçamentária Anual (LOA)	As ações e serviços públicos de saúde integram uma Rede regionalizada e hierarquizada. Concepção de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada.
02	Lei nº 8.080/90 ³	Planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual; Planejamento ascendente; Planos de Saúde.	Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; Concepção de regionalização como princípio organizativo do SUS. Concepção de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada.
03	NOAS/2001 e 2002 ^{9,10}	Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimentos (PDI); Programação Pactuada e Integrada (PPI); Planejamento Integrado.	Concepção de regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde. Redes hierarquizadas; Redes de referência especializadas em áreas específicas; Referências intermunicipais; Referências para outros estados; Regionalização estadual; Espaço de organização territorial perpassa desde Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para qualificação na assistência à saúde até os módulos assistenciais; microrregiões, região e macrorregião de saúde: Macrorregião de Saúde; Região de Saúde; Microrregiões de Saúde; Módulos Assistenciais; Municípios Sede de módulos assistenciais (GPSM ou GPABA); Município-Polo (GPSM ou GPAB-A).
04	Pacto pela Saúde (2006) ¹²	Pacto pela Vida – Compromissos Sanitários (Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e Mama, Mortalidade Materna e Infantil, Doenças emergentes e endemias, promoção da Saúde e Atenção Básica), compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; Pacto em Defesa do SUS – Financiamento Público da Saúde como prioridade, participação e mobilização social, Compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS. Pacto de Gestão – Definição clara das competências dos entes federados, Compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Territorialização da saúde como base para organização dos sistemas Programação Pactuada e Integrada (PPI) Termo de Compromisso de Gestão (TCG) Colegiados de Gestão Regional (CGR) Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.	Regionalização com territorialização da saúde como base para organização dos sistemas. Gestão com termo de compromisso assinados pelos gestores. Espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Publicação da 1ª PNAB/2006 e PNPS alinhadas ao Pacto.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
05	Portaria De Consolidação nº 03/2017 ²¹ OBS: A Portaria da Rede de Atenção à Saúde (Portaria 4279/2010) foi republicada a partir da PRC nº 3/2017 que consolida as normas sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS).	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) Colegiado de Gestão Regional (CGR) Planos de Ação Regional (PAR) Planos de Ação Estadual (PAE) Linhas de Cuidado (LC) Plano Regional Integrado (PRI) Algumas redes temáticas têm PAR por macrorregião de saúde como a Rede de Urgência e Emergência, Rede Alyne e Pessoa com deficiência. Já a Rede de Saúde Mental tem PAR regional.	Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas. Mudança no conceito da compreensão do território sanitário a partir de 2010. Compreensão de RAS em: temáticas, de serviços e de pesquisa: 1. Redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Pessoas com Deficiências. 2. Rede de Serviços de Saúde: Redes Estaduais de assistência ao Idoso e de assistência aos queimados; Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast); Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (Rebracim); Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (Retsus); Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (Regesus) e Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats). 3. Rede de Pesquisa: Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS); Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS); Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino; Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPPC); Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC); Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPND); Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPVC); Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika); Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET).
06	Decreto nº 7.508/2011 ¹³	Região de Saúde; Regiões de Saúde Interestaduais; Mapa da Saúde Portas de Entrada Plano de Saúde Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) Rede Regionalizada e Hierarquizada – Rede de Atenção à Saúde Planejamento Ascendente e Integrado Acordo de Colaboração entre os entes Definição dos espaços deliberativos do SUS: CIR, CIB e CIT.	Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas, tendo a Região de Saúde seu espaço de desenho territorial. O Decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e traz a definição de Região de Saúde em seu Art. 2º: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde Não há a definição das microrregiões e macrorregiões. Região de Saúde é o espaço do desenho territorial onde as redes de atenção como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, devem garantir a integralidade da assistência à saúde. Debate importante sobre as portas de entrada do SUS. É visto como uma forma de efetivação do Pacto pela Saúde, mas não segue a territorialização da saúde proposta pelo pacto.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
07	Lei nº 141/2012 ¹⁶	Desigualdades Regionais Critérios de Rateio para subsidiar o financiamento das Regiões de Saúde Definição do que são Ações e Serviços de Saúde (ASPS) Enfoque nos Instrumentos de Gestão: Planos de Saúde (PS), Programação de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão (RAG). Ênfase no Planejamento e Controle Social e nos tempos de elaboração dos instrumentos de planejamento; Infrações aos entes que não cumprirem os regramentos da Lei; Plano e Metas Regionais como a base para promover a equidade inter-regional e interestadual. Plano Integrado e Indicadores de Saúde como forma de monitoramento dos recursos.	Desenho territorial é a Região de Saúde. Não traz os espaços de microrregião e macrorregião de saúde. O conceito de regionalização que permeia a Lei nº 141 é como forma de diminuir as desigualdades regionais. Não trata de redes de atenção/temáticas especificamente. Ênfase no planejamento com o controle social. Possibilidade de os Consórcios de Saúde atuarem como fundos intermunicipais e interestaduais e promover a articulação necessária para a organização regional; Critérios de rateio para financiamento da saúde e definição dos recursos mínimos a serem aplicados pelos entes federados;
08	Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 ²⁵	Rede de Ações e Serviços de Saúde Plano Regional Integrado Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) Comitês Executivos de Gestão das RAS Macrorregiões de Saúde Programação das Ações e Serviços de Saúde – PGASS Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases Espaço Regional Ampliado Regiões de Saúde Interestaduais	Regionalização por Redes de Atenção (redes temáticas) onde o desenho territorial é a macrorregião de saúde. A definição de Região de Saúde se confunde com a definição da macrorregião. Não há discussão do desenho territorial micro. Operacionalização da regionalização via Proadi, tendo o PRI como um produto. Debate importante sobre o fechamento da rede na macrorregião, mas sem discussão dos espaços micros.

Fonte: elaboração própria, 2025.

A compreensão do conceito é o primeiro desafio da regionalização do SUS. Há uma distância entre o Art. 198 da Constituição Federal (CF), que diz “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”² de base territorial, e a opção por uma regionalização por redes temáticas a partir de 2010, com a publicação da norma infralegal Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010,

que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação nº 03/2017²¹. Neste processo de mudanças conceituais, de formas de regionalizar e de seus respectivos instrumentos de planejamento e gestão, foi possível identificar três fases do processo de regionalização no Brasil (*quadro 3*).

Quadro 3. Fases da regionalização no Brasil e seus respectivos conceitos de regionalização, 2025

	Normativas	Características da regionalização
Fase Legal de concepção regional territorial (1988-2010)	CF 88 Lei 8080/90 NOB 91,92, 93 e 96 NOAS 2001 e 2002 Pacto pela Saúde 2006 PNAB 2006	Fase em que prevaleceu as normativas legais do SUS e o conceito de regionalização por áreas territoriais em uma rede regionalizada e hierarquizada consolidadas em normas legais e infralegais. Concepção de Rede regionalizada e hierarquizada. Territorialização da saúde como base para organização dos sistemas e gestão. Concepção de Regionalização como princípio organizativo do SUS com instrumentos de planejamento e investimento com previsão financeira (Programação Pactuada Integrada – PPI; Plano Diretor de Investimentos – PDI; Plano Diretor de Regionalização e Investimento – PDRI; Plano Quinquenal do Ministério da Saúde de investimentos na rede). Colegiado de Gestão Regional (CGR) como espaço de pactuação regional; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal. Concepção de Regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde, com Municípios Sede de módulos assistenciais (GPSM ou GPABA) e Município-Polo (GPSM ou GPAB-A). A mesma lógica de territorialização municipal segue na territorialização regional, ou seja, há organização de áreas de responsabilidades sanitárias com população adstrita, com uma única lógica de desenho territorial que deve ser refletida no seu planejamento em saúde. Há o desenho territorial do micro ao macro, mas o sistema não constrói a responsabilidade sanitária da AE e AH, ficando esta competência de forma clara apenas na APS. Desenhos regionais influenciados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) na média complexidade permanecem.
Fase de transição com mudanças na compreensão de regionalizar (2010 – 2017)	Portaria Redes nº 4279/2010 (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 03/2017) Decreto Presidencial 7508/2011 Lei Nº 12.466/2011 PNAB 2011 Lei 141/2012 PNHOSP 2013 – Portaria nº 3390/2013 e Portaria de Contratualização dos hospitais 3410 ambas de 30 de dezembro de 2013. Resolução CIT 23/2017 PNAB 2017	Definição de regionalização em uma rede regionalizada e hierarquizada consolidadas em normas legais e organização prática do território por redes temáticas em normas infralegais. Perda das dimensões de microrregião e macrorregião de saúde presente na Noas/2001 e 2002 com separação entre desenho regional e planejamento em saúde. Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) não possui segmento nas regiões de saúde conforme o Decreto 7508/2011 previa. Não espelhamento entre as normas legais e infralegais do SUS. Definição de planejamento regional nas normativas legais (Lei nº 141/2012) e de planejamento macrorregional nas normativas infralegais (Resolução CIT 01/2021). Citado também como Espaço Regional Ampliado com plano regional da macrorregião de saúde resultante do PRI. Comissão Bipartite Regional (CIR) como espaço de pactuação regional; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal. Portaria de contratualização dos hospitais publicada no mesmo dia da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e foco das discussões em relação a atenção hospitalar permanece no âmbito da contratualização do SUS e da necessidade de inserção e monitoramento de metas quantitativas e qualitativas, sem discussão da responsabilidade sanitária e população adscrita da MAC no SUS. Não revisão da LC 141/2011 prevista a cada cinco anos e regionalização do SUS segue conduzida via Portarias do MS e Resoluções da CIT. Surgimento de novos instrumentos de Planejamento como os Planos de Ação Regionais (PAR) para cada Rede Temática. Para a rede temática da materno e infantil, rede dos crônicos e rede da pessoa com deficiência, os PAR têm dimensão macrorregional, já para a rede de saúde mental, o PAR tem dimensão regional.

Quadro 3. Fases da regionalização no Brasil e seus respectivos conceitos de regionalização, 2025

	Normativas	Características da regionalização
Fase de Consolidação Das Normativas Infralegais e de vazio legal no SUS (2017 – 2023)	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO DAS REDES nº 03/2017 Resolução CIT 23/2017 Resolução CIT 37/2018 Resolução CIT 44/2019 RESOLUÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO CIT/2021 PNAES 2023	Regionalização por Redes de Atenção/ Redes temáticas. Novo instrumento de planejamento surge, o Planejamento Regional Integrado (PRI) e Resolução CIT 44/2019 revoga o Coap do Decreto 7508/2011, mas sem possibilidade de revogação do decreto como um todo. Regionalização regida por normas infralegais com o conceito de regionalização via Redes de Atenção em seis etapas do PRI: Análise da Situação de Saúde, definição de prioridades, organização dos pontos de atenção, elaboração da programação das ações e serviços de saúde, definição dos investimentos necessários e avaliação e monitoramento. Processo conduzido nos estados por meio de projetos do MS com os Hospitais vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Compreensão do PRI como um método de planejamento macrorregional a ser desenvolvido pelos estados e um produto a ser entregue ao MS. PRI segue como um instrumento de planejamento sem recursos financeiros previstos com deslocamento para os recursos financeiros via habilitações nos PARs para cada rede temática. Retorno da macrorregião de saúde nas Resoluções da CIT, mas sem discussão dos espaços de microrregiões de saúde presente na Noas/2002, dificultando a regionalização por áreas sanitárias dentro da região de saúde pela reorganização dos serviços de média complexidade nos municípios de pequeno porte. A dimensão de território macro é resgatada como o lugar de fechamento das redes de atenção e seu início seria a APS. Enfraquecimento do debate sobre a organização de serviços intermunicipais fora do âmbito do município sede da região de saúde. Duas lógicas de regionalização e de instrumentos de gestão são resultadas deste processo: uma para os municípios (divisão de microáreas e áreas e planejamento atrelado ao ciclo dos instrumentos de gestão (PAS – PMS – RAG) e outra para a região e macrorregião de saúde (organização das redes temáticas e planejamento atrelado aos PAR de cada respectiva rede). PRI não se consolida como a soma e síntese dos PAR e não está presente de forma sistematizada enquanto ciclo de planejamento nos Planos Estaduais de Saúde, havendo um esforço dos gestores do SUS na compatibilização dos inúmeros instrumentos. Regionalização sem desenho territorial dos espaços micro ao macro: Não se regionaliza por população adscrita e adstrita em cada território: microrregional – regional – macrorregional via Políticas de Saúde: AB, AE e AH com responsabilidades sanitárias dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Vazio legal pela não revisão da 141/2012 e condução do SUS por normas infralegais. Fortalecimento da CIT com as publicações de suas Resoluções não se traduz na atualização necessária das normativas legais no sistema único de saúde.

Fonte: elaboração própria, 2025.

Na sequência, são discutidas cada uma destas fases, destacando sua temporalidade e os atos normativos que lhe deram suporte.

Fase legal de concepção regional territorial

A primeira fase vai de 1988 a 2010 e corresponde às normativas: Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080 de 1990, Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92, 93 e 96), Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 2001 e 2002) e Pacto pela Saúde (2006) alinhada à publicação da primeira PNAB (2006). É uma fase de compreensão da regionalização na sua concepção constitucional de rede única/orgânica, qual seja, a rede regionalizada e hierarquizada via normativas legais, seguindo o modelo europeu de desenho regional nas prerrogativas de serviços de saúde de responsabilidade sanitária de base territorial proposto no Relatório Dawson, ainda que voltada apenas para a Atenção Primária à Saúde (APS) essa competência no Brasil.

Nesta primeira fase, há o conceito de regionalização como princípio organizativo do SUS, de regionalização por áreas territoriais, os módulos assistenciais – microrregiões – as regiões e as macrorregiões de saúde, em uma territorialização da saúde como base para organização do sistema e da gestão. A mesma lógica de territorialização municipal segue na regional, ou seja, há organização de áreas de responsabilidades sanitárias com população adstrita, com uma única lógica de desenho territorial que deve ser refletida no planejamento em saúde^{2-11,21}. É um momento de grande expansão da atenção básica no País com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994. Neste período, a municipalização do SUS avança *pari passu* com o aumento do poder dos prestadores de serviços e da organização público-privada e não há definição de território de responsabilidade sanitária e população adscrita para a Atenção Especializada (AE) no Brasil. Os instrumentos de gestão a serem utilizados perpassam

instrumentos de planejamento vinculados a recursos financeiros, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), e o espaço de pactuação regional ainda está em processo de organização, é o denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR)⁹⁻¹¹.

Fase de transição com mudanças na compreensão de regionalizar

A segunda fase, de 2010 a 2017, é marcada pela publicação da Portaria das Redes nº 4279/2010, posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação nº 03/2017. Neste período, além da Portaria nº 4279/2010, há a publicação do Decreto nº 7508/2011, da Lei Complementar nº 141/2011, da PNAB 2017 e da Resolução CIT nº 23/2017 (inserida na Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021)^{13,20-22}. É uma fase de transição de conceitos e de não espelhamento das normativas legais e infralegais, com distanciamento da concepção constitucional de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada nas normas legais para uma concepção de redes temáticas nas normas infralegais.

Nesta fase surgem duas lógicas de desenho e organização territorial: territorialização do município em áreas e microáreas e organização regional em redes temáticas com abandono da territorialização regional em áreas sanitárias ou microrregiões de saúde. Novos instrumentos de planejamento surgem no âmbito regional, como os PAR para cada rede temática. Assim, tem-se dois desenhos regionais, um de territorialização em áreas para os municípios e outro para a região e macrorregião em redes temáticas. São duas lógicas de organização territorial com instrumentos de gestão distintos, primeiro, os Planos Municipais de Saúde (PMS) atrelados à Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Planos Plurianuais (PPA) no ciclo orçamentário e, segundo, para a região/macrorregião, PAR temáticos que visam habilitação de serviços pelo âmbito federal. Não há unidade no

raciocínio da construção do planejamento ascendente do SUS e, na prática, complexifica a comunicação entre os instrumentos de planejamento existentes. Dentro de cada plano há lógicas diferentes de compreender o território, ainda não alinhadas. Ou seja, nesta fase há uma separação do que é fundamental da regionalização: a sinergia entre desenho regional e planejamento em saúde, dado que é a partir do desenho territorial que se produzem planos e não o contrário. A separação entre desenho regional e planejamento em saúde resulta em aumento da complexidade da forma de se regionalizar no Brasil, por haver lógicas distintas de organização territorial, burocratizando a regionalização do SUS e tirando o foco dos atores do SUS do essencial, da organização da rede única/orgânica, pelo fortalecimento de seus níveis de atenção em suas respectivas políticas estruturantes de saúde (PNAB – PNAE – PNHOSP e uma possível Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU)^{13,22,23}.

Nesta lógica de criação das redes temáticas e não organização de áreas no território regional, perdeu-se o espaço territorial microrregional presente nas Noas 2001 e 2002, em um país com mais de 70% dos municípios com menos de 20 mil habitantes. Somadas às dificuldades da municipalização autárquica, aumentam-se as dificuldades dos municípios pequenos em se organizarem e se juntarem em áreas sanitárias de uma escala e escopo mínimos na Atenção Hospitalar (AH). Passa-se a discutir o espaço macrorregional, onde as redes temáticas devem fazer o seu ‘fechamento’, sem discutir o microrregional, o ascendente em áreas sanitárias organizadas e com definição de territórios de responsabilidade sanitária dos serviços, tanto da APS, como da AE e AH^{9,10}. A título de exemplo, desde 2012, os municípios do Paraná tentam reorganizar-se em microrregiões de saúde, pela junção de 5 a 6 municípios com menos de 10 mil habitantes, e dar mais acesso e qualidade aos usuários com uma reorganização de Hospitais de Pequeno Porte para Hospitais de Médio Porte e enfrentam inúmeros problemas dado que a PNHOSP de

2013 não foi implementada e nem atualizada, a PNAES não adentra para a organização da AH e a microrregião de saúde não consta nas normativas atuais²⁷.

Mesmo no âmbito das redes temáticas, há confusão de conceitos de rede temática e Linhas de Produção do Cuidado (LPC)²⁸, o que prejudica ainda mais a discussão da programação orçamentária das redes temáticas. A LPC é o itinerário do usuário na rede de atenção e articula recursos e práticas dos serviços de saúde por meio de diretrizes clínicas, assistenciais e de fluxos ao longo do ciclo da vida, organizando o cuidado nos diferentes pontos de atenção e, portanto, a LPC será sempre específica e para determinada condição de saúde. Em um desenho basilar de um sistema universal de saúde na hierarquização do cuidado entre a APS, AE, AH e Atenção às Urgências, as LPC é que deveriam ser temáticas, como as linhas de produção do cuidado da saúde materno-infantil, da saúde mental, da hipertensão arterial, da diabetes etc. As LPC propiciam melhores cuidados em saúde porque definem fluxos assistenciais, protocolos de atenção e programação de exames necessários para as necessidades específicas da condição de saúde analisada. São linhas pactuadas entre os gestores e perpassam a rede única/orgânica. O problema acontece na prática da regionalização do SUS quando neste processo ocorre o contrário: ao invés das LPC perpassarem a rede única/orgânica, embasadas em suas políticas estruturantes (PNAB, PNAES, PNHOSP), é a rede orgânica que perpassa as redes temáticas. Ou seja, se organizam pontos de atenção da saúde materno-infantil, pontos de atenção da saúde mental, pontos de atenção de urgência e emergência, sem definir os pontos de atenção da AE ambulatorial e hospitalar e a vinculação destes com suas respectivas UBS.

Somados aos desafios do descompasso temporal da municipalização (1990) e regionalização no SUS (2000), há o descompasso temporal de publicação das políticas estruturantes, com dezessete anos de distância entre a primeira PNAB de 2006 e a primeira PNAES

de 2023 e inúmeros arranjos intermunicipais neste íterim para responder às demandas da média e alta complexidade. Não regionalizar via rede única/orgânica do SUS e a opção pela regionalização via redes temáticas é causa significativa da fragmentação do cuidado no SUS.

Neste período, os espaços de pactuação: Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e Comissão Intergestores Tripartite Nacional se fortalecem pelo Decreto nº 7.508 e pela Lei 12.446, ambos de 2011, e o CGR é identificado legalmente como CIR^{13,14}. O Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) nasce e morre neste mesmo período e apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul formalizam o documento²⁹.

O ano de 2017 ainda merece um olhar mais acurado: a revisão da Lei Complementar 141/2012, que deveria ocorrer a cada cinco anos conforme cita a própria lei, não ocorre em 2017 e, ao invés de revisá-la, iniciam-se publicações via Resolução CIT, revogando o Coap e inserindo o Planejamento Regional Integrado (PRI), assim, as normativas infralegais ganham mais espaços de discussão nos espaços deliberativos do SUS do que as normativas legais. Neste ano, são publicadas a nova PNAB e Portarias de Consolidação (Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, 2, 3, 4, 5 e 6/2017), esta última em um esforço do MS em consolidar as normativas infralegais do SUS.

Ainda em 2017, tem-se início a Rede Conasems-Cosems e o apoio institucional dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) como braços fortes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) nos territórios regionais em todo o País³⁰. Esta segunda fase é marcada por um período de definição de regionalização em uma rede regionalizada e hierarquizada em normas legais e organização prática do território regional por redes temáticas em normas infralegais, onde se perde a dimensão das microrregiões e das macrorregiões já dispostas na Noas 2002¹². Neste mesmo ano, a Resolução da CIT nº 23/2017 de 17 de agosto iniciou a

discussão das Regiões de Saúde Interestaduais como um “espaço regional” que garanta acessibilidade e sustentabilidade operacional²².

Os instrumentos de gestão a serem empregados se convertem em ferramentas de planejamento desvinculadas de recursos financeiros, como se a disponibilidade de recursos financeiros não fosse essencial para qualquer planejamento que se deseje implementar. A discussão sobre a PPI e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) perde força, e os PAR de cada rede temática se tornam fonte de recursos financeiros regionais via habilitações do MS. Paralelamente, os espaços de pactuação regional se consolidam e são denominados de CIR, CIB e CIT conforme o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei nº 12.466/2011^{13,14,21,31}.

Fase de consolidação das normativas infralegais e vazio legal no SUS

A terceira fase, inicia-se em 2017 e vai até os dias atuais. Com início a partir da Resolução da CIT nº 23/2017, se amplia nas Resolução CIT nº 37/2018, Resolução nº 44/2019 e Resolução de Consolidação nº 01/2021, que estabelecem diretrizes e critérios para a regionalização e o PRI, visando a organização das Redes Temáticas de Atenção à Saúde²⁸. Esta fase é marcada por um período em que as normativas infralegais se sobrepõem às normativas legais e há uma instrumentalização da regionalização, ou seja, há mudanças não apenas no conceito de regionalização, mas também na estrutura hierárquica normativa, o que dificulta as necessárias revisões e as garantias de atualizações legais. A partir de 2017, a regionalização é conduzida via normativas infralegais por meio de resoluções da CIT e consolidadas por Redes Temáticas, com resgate do território macrorregional da Noas/2002, mas ainda sem a discussão do espaço microrregional. O PRI se transforma em um método para se regionalizar em seis etapas e um produto a ser entregue pelos estados ao Ministério da Saúde, com condução do processo via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do

SUS (Proadi-SUS). Segundo o documento ‘Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado’, as etapas do PRI seriam:

- a) Elaboração da análise da situação de saúde: Identificação das necessidades de saúde, Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais e Identificação dos fluxos de acesso b) Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; c) Organização dos pontos de atenção da RAS; d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde; e) Definição dos investimentos necessários³¹⁽⁸⁻⁹⁾.

Importante salientar que as etapas do PRI suscitaram importantes debates nos territórios, mas o descolamento entre o desenho regional e o planejamento em saúde se aprofunda e as necessidades de saúde locais são invisibilizadas pela necessidade de escolha de uma rede temática prioritária a ser seguida pelos estados durante as etapas. Nesta fase, o tempo de organização de um território regional se torna imensurável porque, a partir da organização do território regional por meio de uma rede temática prioritária a cada vez, como é a orientação, para uma população específica, impede-se a análise da totalidade do território e da população adstrita por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e fragmentam-se as ações de forma expressiva.

O PRI propiciou discussões sobre metodologia de planejamento e vem criando processos organizados de análise de situação de saúde e construção coletiva de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde, mas avançou pouco porque não possui o poder das habilitações de leitos e serviços dos PAR e é essencialmente organizado por Redes Temáticas Prioritárias sem clareza da programação financeira em saúde, mesmo para essas populações específicas já delimitadas. O PRI é voltado para o planejamento das macrorregiões de saúde, ancorado na Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021, mas entra em conflito com, primeiro, a definição de território na normal

legal vigente (a Lei Complementar nº 141/2021) e, segundo, com o conceito de planejamento regional e não macrorregional^{22,31,32}.

O PRI nasce frágil por não possuir financiamento e não advém da territorialização da região/macrorregião de saúde. É considerado um instrumento de planejamento de pactuação entre os entes, mas não um instrumento de gestão, ainda que deva estar inserido nos Planos Municipais e Estaduais e fazer parte de sua construção. Os PAR, organizados para a solicitação de habilitação de serviços pelo âmbito federal, são construídos de acordo com cada rede temática de forma regional ou macrorregional. A Rede Alyne, a Rede de Urgência e Emergência e a Rede da Pessoa com Deficiência são organizadas por meio de planos de ação macrorregional e a Rede de Saúde Mental, via planos de ação regionais. A soma dos PAR deve estar sintetizada no PRI e este no Plano Estadual de Saúde (PES), mas o PAR e PRI não fazem parte dos instrumentos de gestão do ciclo orçamentário (Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatórios Anuais de Gestão – RAG).

Conforme citado acima, a Lei Complementar nº 141/2012, última norma legal publicada, deveria estar na sua 3ª revisão, se revista a cada cinco anos como versa a própria lei, tendo na regionalização uma forma de diminuir as desigualdades regionais, base da regionalização dos sistemas universais de saúde^{2,16}. Em caso de conflito entre normas, a norma superior prevalece e, neste caso, vale a Lei Complementar nº 141/2012, ainda que não revista³³. Com este dado, o SUS está em um vazio legal desde a publicação da Lei Complementar nº 141/2012 e do não espelhamento entre as normativas legais e infralegais, somados à não interconexão das suas políticas estruturantes.

O desenho regional volta a ser discutido em como irá compor os instrumentos de gestão (PMS, PES e PNS), suas respectivas PAS e RAG e há uma imensa dificuldade dos gestores estaduais e municipais em associar desenho regional e planejamento em saúde pelo descolamento entre ambos na última década.

Há uma dissociação entre planejamento e programação/orçamentação, financiamento e gestão com um PRI sem recursos financeiros e não imbricado aos instrumentos da administração pública: Plano Plurianual, LOA, LDO.

É, portanto, uma fase de consolidação da separação entre desenho regional e planejamento, com instrumentos novos pactuados sem recursos financeiros definidos, com um fortalecimento da CIT nas publicações de Resoluções que não se traduz no fortalecimento das normativas legais do sistema; com duas lógicas de organização territorial, uma municipal e outra regional/macrorregional e, portanto, duas lógicas de regionalização: áreas territoriais e redes temáticas; com excesso de instrumentos de gestão e planejamento que não produzem responsabilidade sanitária e competências definidas nem aos entes federados, nem aos serviços de saúde da média complexidade.

A definição de áreas sanitárias de responsabilidade, bem como as competências dos entes federados e competências territoriais dos serviços de saúde primários, secundários e terciários, é condição básica para a organização de um sistema universal de saúde. Observa-se nesta fase uma inversão: não é o território e seu desenho territorial regional/macrorregional a base do planejamento, mas o instrumento de planejamento em si, o PRI, e seu método de aplicação como base de planejamento. Esta inversão dificulta a compatibilização dos instrumentos de gestão e a construção efetiva de planejamento em saúde em um país que se utiliza de lógicas diferentes para seus territórios sanitários. Ainda que a região e a macrorregião de saúde não sejam entes federados, a definição das áreas sanitárias e a responsabilidade sanitária de todos os níveis de saúde, da atenção primária à terciária, é essencial para a regionalização^{1,2,34,35}.

Como síntese dessas fases, há mudanças significativas na construção do desenho territorial e sua organização a partir de 2010. Estas diferentes concepções geram diferentes formas de compreender a regionalização do SUS. Ou seja, há uma falta de alinhamento

conceitual e de espelhamento entre as normas legais e infralegais, com mudança no conceito de regionalização territorial para redes temáticas; discussão da macrorregião sem discussão da microrregião e desenho de território ascendente; conflito entre os conceitos de região em norma legal (Lei nº 141/2012) e macrorregião em norma infralegal (Resolução de Consolidação CIT 01/2021); criação de novos instrumentos de gestão como os PAR para cada rede temática com recursos atrelados a habilitações via MS e PRI, sem previsão de financiamento como o PDI ou o Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) da Noas (2001/2002). Como resultado, há uma fragmentação dos serviços de saúde, a condução do SUS por normas infralegais e não alinhamento conceitual sobre a regionalização entre os entes federativos.

Há um claro distanciamento, ao longo dos anos, do conceito constitucional de regionalização por territorialização em áreas de responsabilidade sanitária para regionalização por redes temáticas, sem a discussão necessária entre desenho regional ascendente, planejamento em saúde com previsão orçamentária e responsabilidade sanitária da AH, conforme postuladas pelo Relatório Dawson, na vinculação dos Hospitais aos seus respectivos Centros de Saúde (1920). A AH deve ter responsabilidade direta com a APS, compreendendo que o conceito de hierarquização está no âmbito das diferentes densidades tecnológicas, da organização hierárquica da complexidade da atenção do cuidado e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis^{1,35-40}, onde a responsabilidade sanitária dos hospitais ampliaria a ordenação da rede e coordenação do cuidado pela APS.

Considerações finais

O que é o hierarquizado da CF de 1988 e qual o problema em se regionalizar por redes temáticas? O problema são as redes temáticas, elas desorganizaram a regionalização? As redes

temáticas, importantes para o aumento do número dos serviços de saúde no País, também são a resposta de uma regionalização sem responsabilidade sanitária dos hospitais, sem a devida discussão da AE e AH no Brasil.

A compreensão do conceito de rede é o primeiro desafio da regionalização neste momento, porque a constituição trata de uma rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada composta pelos serviços da APS, pelos serviços da AE, da AH e pela Atenção de Urgência e Emergência, perpassados pelas ações de vigilância em saúde e assistência farmacêutica.

A exemplo de outros países com sistemas universais de saúde, a rede regionalizada e hierarquizada proposta pelo Relatório Dawson, no Brasil, se refere a políticas estruturantes da rede: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006, PNAB 2011, PNAB 2017), a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES 2023), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP 2013) e a um necessário resgate da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU 2003), com clareza nos pontos de atenção e transporte sanitário de urgência/emergência e integração com as demais políticas. A PNAU, publicada pela Portaria nº 1863/2003 de 29 de setembro, foi revogada pela Portaria 1600/2011 de 07 de julho, que, segundo a própria portaria, reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS³⁷. Este fato coaduna com os achados do artigo, que aponta que há uma mudança de conceito na definição de rede a partir de 2010, com a publicação da Portaria nº 4279/2010 de 30 de dezembro. Observou-se que há mudanças significativas no conceito, nas formas e nos instrumentos de regionalização durante este período.

A proposta do Relatório Dawson não se referia às redes temáticas de atenção como seu primeiro desenho, a exemplo da Rede Materno Infantil, Rede de Crônicos, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental e Rede de Urgência e Emergência, citando as principais redes temáticas discutidas no Brasil, porque isto produz duplicidade de serviços e

fragmentação do cuidado em saúde. Salienta-se que o descompasso na publicação das políticas da rede única/orgânica do SUS – com uma década de distanciamento da PNHOSP para a PNAE ou da publicação de três PNAB para uma PNAE com dezessete anos de espaçamento entre elas, ou ainda, a publicação de políticas nacionais sem implementação concreta, com recursos financeiros, monitoramento, avaliação e revisão da própria política como a PNHOSP de 2013 – estimula uma regionalização fragmentada por redes temáticas e de não construção de áreas sanitárias com as competências dos níveis de atenção definidos e estruturados.

A PNHOSP de 2013 não elucida as tipologias hospitalares no Brasil e não organiza a rede hospitalar com os necessários hospitais de médio porte; não promove a discussão sobre a relação público-privada na assistência hospitalar e, principalmente, não aborda a responsabilidade sanitária na assistência hospitalar em territórios adstritos e adscritos, deixando essa responsabilidade exclusivamente para a PNAB. Ainda que deva ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a PNAB necessita de uma PNAE e de uma PNHOSP integradas, planejadas e financiadas, onde perpassam linhas de cuidados com programações específicas, e não via Redes Temáticas articuladas, porque este processo complexifica e amarra a regionalização que em essência é simples.

O modelo americano analisado por Kuschner & Chorny³⁵, onde a responsabilidade sanitária não deriva de base territorial, mas de afiliação voluntária a um serviço regulado pelo mercado na tentativa de se organizar o “cuidado integrado”, faz sentido com base em linhas específicas de cuidado ou rede temática. Contudo, essa lógica já não funciona em sistemas universais de saúde, onde a organização da rede regionalizada e hierarquizada é a sua forma de organização mais racional em custo-benefício e primordialmente na ampliação do acesso e diminuição de desigualdades. A reprodução do modelo americano de organização do sistema por linhas de cuidado integrado no Brasil, sem

definição e interconexão dos espaços micro (definido e esquecido na Noas 2002) ao macro (definido na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021), somado à indefinição da responsabilidade sanitária territorial com população adscrita e adstrita em todos os níveis de atenção, gera mais entraves ao processo de regionalização do que a produção de cuidado integrado desejada.

Ao não estabelecer áreas de saúde que incluam serviços de APS, AE e AH, orientados pela rede única/orgânica do SUS e permeados por linhas de cuidado temáticas, não se consegue entender claramente a territorialização regional e a demanda por serviços intermediários, como os Hospitais de Médio Porte, resultante da união de municípios menores em áreas sanitárias intermediárias ascendentes/microrregiões que se conectam do micro ao macro. Em um país onde mais de 70% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, a discussão da responsabilidade sanitária dos hospitais pela construção de áreas sanitárias intermediárias é um dos caminhos para a qualificação do cuidado e reorganização territorial dos processos de municipalização descolados da regionalização. Trata-se do equilíbrio entre a autonomia dos entes municipais e a responsabilidade sanitária regional a ser construída no Brasil.

Assim como o Coap, o PRI até o momento foi finalizado em poucos estados e sem programação financeira definida. A descontinuidade dos processos legais mostra a necessidade de uma Política Nacional de Regionalização alinhada às normas legais para longo prazo, com planos regionais associados a Planos de Investimentos também a longo prazo e com base nas projeções da população acima de 65 anos de idade.

Considera-se que a PNAB, a PNAE, a PNHOSP e uma possível PNAU precisam estar articuladas em cada Região de Saúde em uma lógica de construção ascendente de áreas de responsabilidade sanitárias adscritas e adstritas tanto para a APS como para a AE e AH, sistematizadas em desenhos territoriais: microrregião, região e macrorregião de saúde para a construção ascendente e intermediária dos serviços.

Nos falta o intermediário, o filtro, a rede única/orgânica do SUS, a construção de áreas sanitárias com responsabilidade sanitária dos serviços em seus respectivos desenhos territoriais para todos os níveis de atenção e não somente para a atenção primária, *paripassu* a uma legislação correspondente e revisada à medida da expansão do conhecimento como já nos advertia o Relatório Dawson de 1920.

Agradecimentos

Agradecemos ao Departamento de Gestão Federativa e Participativa (DGIP) do MS pelas contribuições nos debates sobre o PRI no País.

Contribuições de autoria

Welz L (0009-0003-1806-6710) é responsável pelas ideias, escrita, organização e revisão do texto. Pereira AMM (0000-0002-2497-9861) é responsável pelo apoio na revisão do texto, nas sugestões de leituras e no debate sobre regionalização. Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362) é responsável pela escrita e revisão do texto. Mendonça FF (0000-0002-3532-5070) é responsável pela escrita e revisão do texto. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines [Internet]. Washington: OPAS; 1964 [acesso em 2025 jan 22]. Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/02/Informe-Dawson-1964-OPAS.pdf>
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [acesso em 2023 set 22]. 496 p. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoefederal.pdf>
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 2023 ago 23]; Seção 1:18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 2024 out 30]; Seção 1:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1991 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1991 [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1992 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1992 [acesso em 2025 jan 30]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993 [acesso em 2025 jan 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996 [acesso em 2025 jan 29]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2025 jan 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 nov 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 dez 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2026 mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

13. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2011 [acesso em 2025 jan 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
14. Presidência da República (BR). Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições [Internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 2025 jan 25]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2026 mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
16. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso em 2024 dez 15]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da Programação Geracional das Ações e Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 jan 6]. Disponível em: [https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20\(Anvisa_COAP\)%2024mai13.pdf](https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20(Anvisa_COAP)%2024mai13.pdf)
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013 [acesso em 2025 maio 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2026 mar 20]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017 [acesso em 2024 dez 15]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
22. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html
23. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o pro-

- cesso de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2018 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html
24. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2019 [acesso em 2025 fev 3]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html
25. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução de Consolidação nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF; 2021 [acesso em 2024 out 14]; Seção I. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2021/resolucao-consolidacao-cit-01-2021.pdf/view>
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html
27. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha de cuidado materno infantil do Paraná: referências da atenção ambulatorial especializada e hospitalar [Internet]. Curitiba: SESA; 2022 [acesso em 2026 mar 20]. p. 28-44. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
29. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1193-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>
30. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Beneficência Portuguesa de São Paulo. Projeto formação rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS: triênio 2021-2023: subsídios históricos, teóricos e conceituais para pactuação de diretrizes da institucionalização do apoio [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 maio 9]. 87 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto-formacao-rede-colaborativa-fortalecimento.pdf>
31. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Orientações tripartites para o Planejamento Regional Integrado [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes.tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf
32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de apoio à gestão estadual [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2024 [acesso em 2024 set 25]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>
33. Normas Legais. Guia sobre a hierarquia das leis [Internet]. 2025 [acesso em 2025 jan 20]. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/guia/hierarquia-das-leis-no-brasil.htm>
34. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Saúde Debate. 2015;39(Esp):11-27. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>
35. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2307-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>

36. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2019;26(4):1139-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2025 out 14]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
38. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1291-310. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>
39. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4769-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
40. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. *Hygeia* [Internet]. 2019 out 23 [acesso em 2025 maio 9];15(32):41-53. Disponível em: <https://seer.ufrj.br/index.php/hygeia/article/view/47115>

Recebido em 19/03/2025

Aprovado em 03/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Manicômio e neoliberalismo: produzir esquizofrenia é produzir riqueza

Asylum and neoliberalism: The production of schizophrenia as wealth production

Asilo y neoliberalismo: producir esquizofrenia es producir riqueza

Robert Filipe dos Passos¹, Simone Mainieri Paulon²

DOI: 10.1590/2358-2898202615010676P

RESUMO Este artigo é desdobramento dos resultados da tese de doutorado do primeiro autor, em que se investiga os modos de atualização do desejo de manicômio que se materializam em processos de transinstitucionalização, sustentando-se em operações bio-necropolíticas, que visam isolar o diferente tomado como inimigo e/ou ameaça. Trata-se de um ensaio teórico que usa como base de discussão registros de diários de campo do pesquisador como subsídio para as reflexões realizadas, explorando os aspectos que sinalizam a intrínseca articulação entre neoliberalismo e a lógica manicomial na contemporaneidade, operacionalizada através da transinstitucionalização. Nos tópicos apresentados, destacam-se elementos que demonstram o modo como a produção de loucura na contemporaneidade promove a partir da sujeição social e da servidão maquínica uma certa forma de produção de loucura enquanto produção de riqueza. Além disso, sinaliza-se de que modo opera a transinstitucionalização como articulador do desejo de manicômio e a transformação do resultado desta em produção de riqueza sob a égide neoliberal. **PALAVRAS-CHAVE** Hospitais psiquiátricos. Saúde mental. Capitalismo. Esquizofrenia. Institucionalização.

ABSTRACT This article is a development of the findings from the first author's doctoral dissertation, which investigated how the asylum desire is updated and materializes through processes of transinstitutionalization, sustained by bio-necropolitical operations aimed at isolating those deemed as enemies and/or threats. This is a theoretical essay that uses field diary entries from the researcher as a foundation for the reflections presented, exploring aspects that reveal the intrinsic articulation between neoliberalism and the asylum logic in contemporary society, operationalized through transinstitutionalization. Throughout the sections, the article highlights elements that demonstrate how the production of madness in the present day is intertwined with social subjugation and machinic servitude, leading to a specific form of madness production as a means of wealth generation. Furthermore, it points out how transinstitutionalization functions as a mediator of the asylum desire, transforming its outcomes into wealth production under the neoliberal paradigm.

KEYWORDS Psychiatric hospitals. Mental health. Capitalism. Schizophrenia. Institutionalization.

RESUMEN Este artículo es una extensión de la tesis doctoral del primer autor, que investiga las formas en que el deseo de asilo se actualiza y materializa en los procesos de transinstitucionalización, basados en operaciones bionecropolíticas dirigidas a aislar a los diferentes, percibidos como enemigos y/o amenazas. Se trata de un ensayo teórico que utiliza las anotaciones del diario de campo del investigador como base para la reflexión, explorando aspectos que señalan la articulación intrínseca entre el neoliberalismo y la lógica del asilo en la actualidad, operacionalizada a través de la transinstitucionalización. Los temas presentados resaltan elementos que demuestran cómo la producción de locura en la actualidad, mediante la sujeción social y la servidumbre mecánica, promueve una forma particular de producción de locura como producción de riqueza. Además, indica cómo la transinstitucionalización opera como articuladora del deseo de asilo y la transformación de su resultado en producción de riqueza bajo el amparo neoliberal. **PALABRAS CLAVE** Hospitales psiquiátricos. Salud mental. Capitalismo. Esquizofrenia. Institucionalización.

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.
robertdospassos@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

Este texto é desdobramento dos resultados de uma tese de doutorado, que tem como autor-pesquisador o primeiro autor deste artigo e orientadora a sua segunda autora. A referida pesquisa teve como objetivo identificar modos de atualização do desejo de manicômio que se materializam em processos de transinstitucionalização, sustentando-se em operações bio-necropolíticas que visam isolar o diferente tomado como inimigo e/ou ameaça. Tal pesquisa é, por sua vez, desdobramento da experiência de produção de um Censo realizado junto aos Residenciais Terapêuticos Privados (RTPs) do município de Passo Fundo, localizado na região norte do Rio Grande do Sul. Este levantamento foi realizado entre 2017 e 2019, sendo publicado com o título de 'Censo sociodemográfico, jurídico e de saúde dos usuários-moradores dos Residenciais Terapêuticos Privados de Passo Fundo/RS'¹. Tal investigação, demandada pela 2ª Promotoria Especializada de Passo Fundo/RS, realizou um processo de mapeamento sociodemográfico, jurídico e de saúde de usuários-moradores destes estabelecimentos no referido município, considerando aspectos clínicos e psicossociais.

Ao iniciar este Censo, constatou-se que tais estabelecimentos não possuíam uma definição e funcionamento adequados aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. No ano de 2019, motivada pelo Ministério Público, a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul publicou a Portaria nº 265/2019², regulamentando os Serviços Residenciais Terapêuticos Privados do Estado do Rio Grande do Sul e o seu funcionamento. Tal portaria, ao tempo em que cria critérios técnicos para o funcionamento de tais estabelecimentos, outorga a sua existência, o que por si só sinaliza uma orientação de modelo de cuidado pautado na lógica da terceirização de serviços de cuidado em saúde mental para o setor privado. Além disso, esta portaria formalizou o financiamento público destes estabelecimentos,

majoritariamente realizado pelos municípios, a partir de recursos da Assistência Social e de outras pastas.

Na produção do Censo, foram realizadas entrevistas junto aos internos, trabalhadores e proprietários dos RTPs, análise de prontuários, bem como produção de diários de campo pelos pesquisadores. É a partir da experiência do primeiro autor deste artigo enquanto pesquisador deste censo que a pesquisa de doutorado da qual aqui serão apresentados resultados parciais se desdobra. Registros dos diários de campo auxiliam na sustentação dos debates realizados neste artigo, que tem como intuito explorar os aspectos que sinalizam a intrínseca articulação entre neoliberalismo e a lógica manicomial na contemporaneidade, operacionalizada através da transinstitucionalização. Nos tópicos apresentados adiante, destacamos elementos que demonstram o modo como a produção de loucura na contemporaneidade promove, a partir da sujeição social e da servidão maquinica, uma forma de produção de loucura enquanto produção de riqueza. E ainda, apresentamos a transinstitucionalização como a operação que favorece que esta articulação entre lógica manicomial e transformação de institucionalização, patologização e medicalização da vida produza riqueza sob a égide do neoliberalismo.

Manicômios contemporâneos sob a égide do neoliberalismo

Não é pelo fracasso das instituições de saúde que acabaremos por viver em um mundo tóxico de ponta a ponta e que torna todo o mundo doente. Pelo contrário, é por seu triunfo. A derrota aparente das instituições é, com frequência, sua função real³⁽⁸⁸⁾.

Uma das principais particularidades dos estabelecimentos manicomiais contemporâneos, tais como os RTPs do Rio Grande do Sul,

as Comunidades Terapêuticas, entre outras instituições manicomiais de características asilares, é que em sua grande maioria são organizações privadas. A maior parte delas foi criada após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/01⁴, o que significa que elas operam exatamente nas lacunas deixadas entre a proibição das internações nos espaços de características asilares e a implementação da rede substitutiva. Em geral, tais estabelecimentos encontram recursos ‘alternativos’ ao Sistema Único de Saúde (SUS), tais como de Assistência Social e Segurança Pública para subsidiar seu financiamento.

A lógica manicomial tem gerado lucro para os proprietários de estabelecimentos de características asilares. Mesmo antes das mudanças promovidas pelo conjunto de decretos que redesenharam a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e formalizaram a incorporação destes estabelecimentos ao conjunto de serviços do SUS, estas empresas já possuíam inúmeros contratos públicos que favoreciam a internação de pessoas nestes locais. No contexto dos RTPs censeados, foi possível identificar um padrão estabelecido no subsídio do pagamento destas internações. O pagamento das internações, em sua grande maioria, é realizado pelo SUS e ‘complementado’ com o repasse direto do Benefício de Prestação Continuada (BPC) do interno – quando este o recebe – para o proprietário¹. São raros os casos em que a internação é paga somente com recursos da própria família ou do próprio interno. É muito comum que o município fique responsável também pelo fornecimento dos medicamentos dos respectivos internos.

Neste sentido, o Estado segue como o responsável financeiro do usuário dos serviços de saúde e/ou assistência, porém repassa os cuidados técnicos para terceiros. Trata-se, nesse sentido, de uma terceirização do serviço de saúde mental, na qual o Estado se desresponsabiliza do cuidado, mesmo que se mantenha responsável pela tutela e custeio destas internações, inclusive com destinação de recursos ainda mais significativos neste modelo de atenção.

Este redesenho de uma certa economia dos modos de cuidado por parte do Estado já havia sido notabilizado por Rotelli, Leonardis e Mauri⁵ anteriormente. Para os autores, a desinstitucionalização na Itália representou um processo social bastante complexo, que transformou as relações de poder entre pacientes e instituições, produzindo estruturas de saúde mental que visavam substituir integralmente a internação em hospitais psiquiátricos. Este processo se deu mediante a desmontagem dos manicômios e da reconversão dos recursos humanos e materiais no campo da saúde mental.

Porém, para o autor, um fator determinante para mobilizar as reformas psiquiátricas na Europa e nos EUA foi a necessidade de substituir as práticas de coerção, segregação e controle social dos serviços e da psiquiatria⁶. É por conta desta característica que a desinstitucionalização teve distintos significados para os diferentes grupos. Para os reformadores, possuía este mesmo objetivo, para os técnicos e políticos radicais, a abolição de todas as instituições de controle social, em uma lógica alinhada com a antipsiquiatria. Para os administradores, era sobretudo a oportunidade de ampliar a racionalização financeira e administrativa, reduzindo leitos e custos em geral^{5,7}.

Foi basicamente amparada nesta última perspectiva que a maioria das reformas se deu. O fechamento dos hospitais psiquiátricos representou, por vezes, um mero processo de desospitalização que deu margem para questionar o mérito das reformas, possibilitando a emergência de outros dispositivos de institucionalização⁶. Este modelo de desinstitucionalização restrito ao processo de desospitalização revela uma orientação liberal e conservadora, na esteira da crise do Estado de bem-estar social⁵.

O capitalismo irá, de modo progressivo, explorar a capacidade produtiva dos coletivos, dos corpos, afetos, mentes, inteligência, criatividade e capacidade comunicativa⁸. Tal característica de nosso tempo, porém, incita uma questão acerca daqueles sujeitos que não serão capazes, por quaisquer motivos, de

assumir a almejada vida ‘produtiva’. Nem todas as pessoas reunirão condições de produzir renda suficiente para dar conta das dívidas necessárias que este modelo de sociedade exige.

Em geral, sabemos que a distribuição de riqueza e pobreza na sociedade é marcada por questões de raça e gênero. São estas pessoas que possuem as menores condições de viabilizar um projeto de vida social por endividamento. Por possuírem menos acesso ao ensino, viverem em condições gerais de maior vulnerabilidade econômica e outros aspectos sociais, econômicos e políticos que materializam o efeito do racismo estrutural e institucional, a população negra sofrerá de forma significativa o efeito da securitização através da racialização. Kilomba⁹ definirá racismo estrutural como a operação das estruturas oficiais privilegiando brancos, promovendo desvantagem aos grupos racializados, reproduzindo a sua exclusão das estruturas dominantes. Já a concepção de racismo institucional é definida pela autora como o padrão de formas de tratamento desiguais marcados pela racialização em operações cotidianas, como no mercado de trabalho, na justiça criminal, em contextos educativos etc.

A condição da população negra e racializada, em geral, é promovida também pelo racismo epistêmico, que conjuga a colonialidade do saber, promovendo a hegemonização de um certo modo de vida que se quer universal. Ao mesmo tempo, os conhecimentos ocidentais universalizantes destroem saberes de outros povos e culturas, o que caracteriza fortemente o colonialismo na América e na África¹⁰.

Este conjunto de práticas que estruturam a sociedade sob a lógica da racialidade e da segregação também marca os destinos possíveis daqueles sujeitos ditos improdutivos para o capital através da institucionalização por questões de saúde mental. Estes sujeitos serão comumente considerados inaptos para o trabalho, na medida em que não sejam tão produtivos quanto alguém considerado ‘normal’. São pessoas que, via de regra, demandam também um cuidado mais significativo de seus

familiares, correndo o risco, ainda, de afetar a produtividade de um familiar-cuidador.

Bandeira¹¹ afirma que, já no final dos anos 60, a grande maioria dos serviços de internação nos EUA era de *Nursing Homes*, que possuem como característica serem privados. Como já foi citado anteriormente, o autor compreende que este modelo de ‘cuidado’ é reflexo da sociedade estadunidense, que é fortemente intolerante com a diferença, focada no lucro e propõe soluções reducionistas aos seus ‘problemas sociais’. Desta forma, a desinstitucionalização neste país representou uma reospitalização e um repasse de recursos públicos para empresas privadas de internação.

Outra característica desta mudança é que parte importante das pessoas que até então se encontravam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos nos EUA é que estas se tornaram beneficiárias do programa de Renda Complementar da Previdência ou de Pensão Social por Invalidez. Esta renda contribui para que os sujeitos sejam institucionalizados em abrigos residenciais ou instituições residenciais subsidiadas¹².

Seja por inadaptação aos serviços de cuidado em liberdade, pela ausência de oferta destes serviços, por uma suposta periculosidade, os sujeitos improdutivos serão alvo da lógica manicomial. Resta a institucionalização, com a qual, finalmente, pessoas que representavam um ‘peso’ para a sociedade passarão a gerar renda para um empresário da saúde mental, proprietário de um estabelecimento de internação. Trata-se de um repasse da institucionalização para o setor privado, processo que se dá também no contexto dos hospitais psiquiátricos, sendo que parte considerável destes também é de caráter privado e que cerca de um terço da população destes estabelecimentos estão em condição de moradores¹³.

É este fim da linha que aguarda o sujeito improdutivo, sua exclusão, por vezes definitiva, pela via da institucionalização. Seja em um manicômio, em um presídio ou em alguma outra instituição total, estas ‘vidas que pesam’ aos ‘produtivos’ serão anuladas, mercantilizadas e transformadas em objeto rentável.

Para exemplificar esta operação, resgatamos algumas cenas vividas durante a realização do Censo: uma jovem que, pelo modo que se encontrava vestida e com os apetrechos de limpeza que carregava, parecia ser trabalhadora da limpeza, mas era uma moradora. Ao ser entrevistada, ela relata que o motivo de sua internação foi ter sido agressiva com seu irmão em uma briga. Após a morte de sua mãe, o irmão gostaria de vender a casa da família e ela não. Após essa briga, o irmão solicitou sua internação. Ela estava há três anos internada. Em seu prontuário constava ‘transtorno psiquiátrico em investigação’. Uma mulher que se autodeclarava bruxa e que aparentava ter comportamentos peculiares, com um discurso bastante particular, mas sem nenhum sintoma que justificasse a necessidade de uma internação. Gêmeas autistas que, durante as visitas da equipe de pesquisadores do censo, sempre se encontravam amarradas: uma em uma cama e outra em um sofá. O momento em que acabavam sendo desamarradas era quando defecavam nas próprias roupas. Fezes humanas em meio a um corredor externo de uma RTP que estiveram em decomposição por mais de um mês no mesmo lugar enquanto os pesquisadores do censo realizavam as entrevistas neste estabelecimento. Um homem que comunica com um castelhano carregado e que se encontrava institucionalizado há mais de 10 anos, sem comunicar verbalmente com ninguém. Não se tinha nenhuma informação sobre ele, pois desde que havia sido recolhido das ruas não se havia conseguido levantar nenhuma informação acerca de sua origem. Ao levarmos uma tradutora para a entrevista, além de responder a todas as perguntas realizadas, foi possível acompanhar sua postura que, em um primeiro momento, acanhada e ensimesmada, transformou-se drasticamente em questão de minutos.

As entrevistas e conversas informais com os moradores destes estabelecimentos afirmam vidas que pulsam e insistem em resistir ao seu próprio desaparecimento. Histórias e memórias carregadas de intensidades e

singularidades. Nenhum esforço em apresentar estas pessoas como ‘cascas vazias’ é capaz de justificar a manutenção do enclausuramento praticado, por anos a fio, nestes estabelecimentos. Ao pequeno gesto de atenção e movimento de escuta, vidas transbordam por todas as partes rompendo o silêncio enlouquecedor da institucionalização.

Disjunções inclusivas: novas composições entre capital e Estado

Há uma relação intrínseca entre capital e Estado. Esta articulação é consonante com aquilo que Lazzarato¹⁴⁽¹²⁹⁾ nomeará como uma disjunção inclusiva. Este conceito compreende a relação entre o capital e suas instituições, nas quais “as diferenças, sem deixar de se afirmarem, agenciam-se necessariamente”.

O capital, neste sentido, opera através de relações de poder que se constituem por máquinas sociais assistidas por máquinas técnicas¹⁵. O capital estabelece, portanto, seus dispositivos de governamentalidade entre as demandas institucionais de uma determinada sociedade e os aparelhos técnicos produzidos por estes grupos sociais.

O fenômeno da transinstitucionalização será caracterizado pela forma de viabilização da produção de máquinas sociais e técnicas, engendrando os valores capitalísticos e estratificando corpos docilizados. Prender, manicomializar, transformar trabalhadores em empreendedores-de-si acríticos viciados em trabalho, cercear a condição de circulação de determinados grupos precarizados. Tudo isso através das máquinas técnicas que operam maquinações sociais no real. É a transinstitucionalização que garantirá a fluidez e o acoplamento destas maquinarias.

Há uma relação entre a disjunção inclusiva e o delineamento da inclusão pela reclusão definida por Foucault¹⁶ enquanto característica das sociedades disciplinares. O que garante o

agenciamento das diferenças das instituições que se relacionam com o capital é justamente a transinstitucionalização.

A efervescência da pauta antimanicomial no Brasil e em outras partes do mundo coincide, em termos temporais, com o avanço do neoliberalismo. Em nosso país, a implementação do SUS e posteriormente dos serviços substitutivos de saúde mental se dá paralelamente ao avanço das pautas neoliberais em diversos setores da sociedade. A década de 90 foi marcada pelas privatizações de diversas organizações públicas. A implementação das políticas públicas ocorre no Brasil em meio à crise das políticas de *Welfare State* no mundo e da hegemonia de um longo ciclo de políticas neoliberais, que favorecem o desemprego estrutural e a desassistência por parte do Estado¹⁷. Com efeito, já na primeira década do século XXI, com a flexibilização da lei que regula os trabalhos passíveis de serem terceirizados, ampliou-se consideravelmente no país a terceirização de uma série de serviços e consequentes postos de trabalho¹⁸.

Para Lazzarato¹⁴, diferente do que o discurso neoliberal busca afirmar em relação à defesa do Estado mínimo, o capitalismo depende do Estado e da sua capacidade de operacionalizar a governamentalidade. Para o autor, a principal característica do neoliberalismo é justamente a de transpor a capacidade de soberania dos estados para o 'Estado Econômico'. Vasconcelos¹⁷ sinaliza, no contexto da superação de modelos de políticas em saúde mental manicomiais, uma pista desta dinâmica de funcionamento. Para o autor, subestimou-se a necessidade de pautarmos a reforma psiquiátrica conjuntamente com a conjuntura do projeto neoliberal.

A ascensão neoliberal se expressa na inflexão conservadora que domina parte do planeta atualmente. No contexto da saúde mental, este processo é sinalizado pelos movimentos de contrarreforma, que buscam reforçar as estratégias de segregação como forma de cuidado¹⁹. A privatização de parte

do Estado, o desmonte do projeto de bem-estar social, a pauperização das condições de vida da maioria da população, a intensificação do abismo de desigualdade de renda, o punitivismo, o cerceamento de liberdades individuais de alguns, o acirramento do ódio. Todos esses são componentes desta mesma conjuntura^{20,21}.

Para Deleuze e Guattari²², o problema do *socius* é o de codificar fluxos de desejo, inscrevendo e registrando sobre eles referências que permitam que nenhum fluxo circule sem regulação. Em diferentes tempos, esta regulação se deu em diferentes formas. Em nosso tempo, a máquina capitalista procura descodificar e desterritorializar fluxos, o que promove uma aproximação do seu próprio limite, que é um limite esquizofrênico. É justamente nestes termos que a produção de riqueza no capital significará produção de esquizofrenia. Não se trata aqui dos fluxos esquizo, que recusam a codificação edípica-familista e a sobrecodificação capitalística. A produção neoliberal é da esquizofrenia manicomializada, esvaziada, mortificada.

O capitalismo exige uma ampliação infinita da sua capacidade produtiva, que não considera o esgotamento de suas fontes materiais ou da própria limitação de demanda. Justamente por isso, em seus ciclos permanentes de crise, as saídas sempre são destinadas ao alargamento das condições de exploração, também sem qualquer limitação. Somos uma sociedade de deprimidos, ansiosos, 'burnoutizados', desligados da realidade porque hiperprecarizados, levados a muito mais além do que o corpo é capaz de suportar.

Este Estado cada vez mais gerido pelo governo supranacional do capital é, ele mesmo, recurso do capitalismo. É esta subserviência estatal que operacionaliza os processos que garantirão o

Exercício pleno e intensivo da soberania sobre a população e sobre a sociedade, como modalidade do controle político do capital sobre o conflito de classe e sobre os 'comportamentos' dos governados¹³⁽⁹⁸⁾.

Se a condição para a implementação da reforma psiquiátrica brasileira foi, desde seus primórdios, um financiamento precário, insuficiente para garantir o acolhimento adequado das demandas de saúde mental da população, este projeto já nasce tensionado em relação às práticas manicômiais que historicamente ‘resolveram’ o problema da loucura pela lógica da institucionalização. Vasconcelos¹⁷ afirma que a implementação de políticas de cuidado em países periféricos e semiperiféricos, em uma conjuntura de ascensão neoliberal, torna a viabilidade de um projeto de cuidado em liberdade muito mais complexo. Mais do que isso, esta condição parece ter favorecido a emergência de ‘soluções’ neoliberais para as lacunas deixadas por esta implementação precária da reforma.

O Estado, para Lazzarato¹⁴, é a instituição em si, que operacionaliza a governamentalidade pretendida pela soberania do Estado econômico. Os aparelhos estatais, tais como as políticas públicas e/ou a fragilização da condição destas assistirem determinada população, o sistema de regulação do regime de trabalho, a legislação e o modelo de educação são os dispositivos que implementam as tecnologias de subjetivação do poder supranacional do capital.

É justamente essa relação que gera condição de possibilidade de discursos depreciativos do público em favorecimento ao privado emergirem. O precário financiamento do SUS promove a fragilização da oferta de cuidado, que dá condições para o discurso do sistema ser ‘ótimo na teoria, mas inviável na prática’. Da mesma forma, foi esta precarização deliberada na implementação da reforma psiquiátrica que criou margem para o posicionamento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)²³ avaliar, já em 2006, que a reforma psiquiátrica no Brasil promoveu uma desassistência em saúde mental, deixando pessoas em sofrimento psíquico e familiares sem a devida cobertura de cuidado.

Segundo Vasconcelos¹⁷, este projeto de desvalidação da reforma, promovida pela psiquiatria biomédica, foi financiado pela categoria médica através de lobby político no Congresso

Nacional mediante esforço de propaganda promovido em diferentes mídias. Tratou-se de uma campanha estratégica montada por empresas de consultoria contratadas por esta categoria justamente com a intencionalidade de retomar o poder que fora dado como ‘perdido’ com a implementação da reforma. O que podemos observar na conjuntura atual do país, é a sistemática implementação das ‘diretrizes do modelo assistencial em saúde mental’ apresentado em 2006 pela ABP²³, sinalizando a íntima relação entre o modelo biomédico de cuidado em saúde mental e o projeto de sociedade neoliberal.

Além disso, houve, especialmente a partir do início da última década, um avanço conservador no debate sobre a questão das drogas no campo da saúde mental, especialmente no que se refere à dita ‘epidemia de uso do crack’²⁴. Este contexto fortaleceu a ideia da ‘incapacidade’ dos serviços da Raps assumirem estas demandas¹⁷.

Para Lazzarato¹⁴, o Estado é a outra face indispensável da economia, de modo que estes se tornam inseparáveis da política e da instituição. O autor afirma ainda que o capitalismo fez do biopoder sua técnica própria de regulação, na medida em que controla e produz subjetividade amparado nas suas estratégias de governamentalidade. É importante sinalizar aqui também a face oculta da modernidade e do próprio biopoder, que são as práticas de necropoder que viabilizam o projeto liberal desde o colonialismo até os nossos dias²⁵. A modernidade é sustentada pelo colonialismo e, portanto, pelo necropoder²⁵, da mesma forma que Quijano²⁶ afirmará que a Europa só existirá financiada pelo genocídio colonial perpetrado na América.

É no centro desta articulação contemporânea, entre capitalismo e Estado, que identificamos estas atualizações de formas-estabelecimentos manicômiais, privados, mas sustentados, em grande medida, com financiamento público. Estes novos manicômios resolvem, por um lado, o desejo de desresponsabilização daqueles que seriam responsáveis

pelo cuidado destas pessoas, como a família, a comunidade e as políticas públicas. Por outro lado, este novo dispositivo manicomial transforma os indesejados em produto rentável, uma vez que estes serviços são transferidos para o setor privado.

Na modernidade, a venda da força de trabalho em troca de dinheiro se tornará a pedra filosofal da sociedade capitalista, explicando e justificando a riqueza não mais pelo legado, mas sim pelo seu valor de troca. É esta mudança paradigmática que favorecerá a demanda de reabilitação dos desviantes ao circuito produtivo. A demanda de acolhimento dos improdutivos por parte do Estado também terá seu significado transformado. Não se trata mais de isolar e moralizar os desviantes, mas sim de assistência pública, de administração. Socorrer os pobres, nesse sentido, não é mais uma virtude de um governo, mas sim um dever²⁷.

Interessante pensar que a noção moderna de dever do Estado nasce já atrelada a um compromisso maior, que é não com os membros da sociedade, mas sim com o capital. O dever do Estado aqui responde à necessidade da produtividade. A moralidade, a beneficência, o caráter humanitário destas mudanças invisibilizam aquele que é o pacto fundante da modernidade, expressa na Revolução Francesa, que é a legitimação da classe social que emerge deste contexto, a burguesia.

Na conjuntura contemporânea de internações privadas, além da liberação dos familiares para permanecerem vinculados ao sistema de exploração e consumo, o Estado transfere valores que seriam investidos em serviços públicos e coletivos para estes estabelecimentos. Estes ‘empreendimentos de institucionalização’ também integrarão o ciclo do mercado, reduzindo o tamanho do Estado em termos de serviços de políticas públicas, mas mantendo o financiamento via repasse para empresas de internação. Esta nova forma de manicomialização garante o consumo de uma série de psicofármacos ofertados compulsoriamente e produz ‘contenção química’ destes internos, favorecendo também a ampliação da presença

da big pharma também neste modo de produzir ‘cuidado’. Vivenciamos uma expansão importante do consumo de psicofármacos em termos quantitativos, ao mesmo tempo em que vivemos uma transformação na criação de necessidades e novos valores de uso para estas drogas. Estas transformações não vêm de outro lugar que não da necessidade de acumulação de capital por parte da indústria farmacêutica²⁸.

Loucura como fluxo de capital variável

A atualização do modelo de internação é coerente com aquilo que se afirma em Tiqqun²⁹, seja em escala molar como em escala molecular. A escala molar é expressa na característica do Estado moderno, já em uma perspectiva molecular, o processo se dá a partir daquilo que se nomeia como sujeito econômico²⁹.

Tudo é político, uma vez que a política se dá sempre em suas dimensões macro e micro-políticas. O capitalismo precisa da segmentarização molecular para formar um tecido molar³⁰. É justamente por isso que molar e molecular não se encontram em oposição, mas é na composição de formas molares e forças moleculares que se promovem determinados territórios e seus processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização³¹. O modelo e o processo imanente que reverte o modelo esboçam um mapa, mesmo que para criar suas próprias hierarquias³⁰.

Para Lazzarato¹⁵, o capitalismo age sobre a subjetividade através de dois dispositivos de poder que possuem operações heterogêneas: a sujeição social e a servidão maquínica. Na sujeição social, personificam-se as relações de capital, nas quais o capitalista funciona como capital personificado. Trata-se da transformação do sujeito em empreendedor de si mesmo, ou capital humano. Fluxo de capital variável.

Mbembe²⁵ irá resgatar de Vogl a noção de que o capital, tendo atingido sua condição máxima de fuga, promove um movimento de

escalada. Desta forma, compreende-se que para esta fase do capitalismo, a todo e qualquer acontecimento e situações da vida pode ser atribuído um valor de mercado. Se para Foucault³² toda vida pode ser uma obra de arte, o neoliberalismo opera sob a lógica de que cada vida é passível de ser monetizada, mesmo quando tratamos dos ditos ‘improdutivos’ do capital.

É a partir da linguagem que se constitui a armadilha semiótica que significa e produz representação da qual não é possível escapar. É na perspectiva da sujeição social que se produz um ‘sujeito individuado’, que no paradigma neoliberal será justamente o capital humano, o empresário de si¹⁵.

Já na produção de individuação em um processo de servidão maquínica, a dessubjetivação será o procedimento de governamentalidade. Ou seja, a sujeição irá produzir e sujeitar indivíduos. Já na servidão maquínica, os indivíduos tornam-se ‘dividuais’, amostras, dados, mercados ou bancos. O dividual opera na servidão do mesmo modo que componentes não humanos funcionam em máquinas técnicas¹⁵.

Para Mbembe²⁵, o capital se autodefine como ilimitado, seja em seus fins seja em seus meios. O capitalismo não dita somente seu próprio regime de tempo, mas também a produção das relações de filiação e, assim, multiplica-se por si mesmo. Este contexto produz indiferença, mas também um conjunto de paranoias codificantes que procuram normalizar a vida social, construindo categorias a partir de uma racionalidade empresarial.

A experiência da internação compulsória – e quase sempre perpétua – dos sujeitos em sofrimento psíquico institucionalizados expressa de modo significativo o engendramento entre a servidão maquínica e o esforço infinito de normalização da vida social. Estes sujeitos ditos loucos são resultado do imaginário, que é insistentemente produzido enquanto paranoia normalizante das instituições contemporâneas, transformados em produto de um mercado de corpos dessubjetivados em vida.

Ao ser recebido pelo proprietário de um dos RTPs, um dos pesquisadores do censeamento escuta uma história sobre um dos internos. Este morador havia chegado recentemente na instituição, tendo sido transferido de um Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPF), localizado em Porto Alegre-RS. O ex-interno do IPF estava empolgado com a nova morada, pois este tempo representava uma etapa intermediária da sua desinstitucionalização, pois lhe permitia estar mais perto de casa, receber visitas da sua mãe e, quem sabe, em um futuro ainda incerto, voltar ao seu município de origem. Porém, o novo morador do RTP não consegue se adaptar, uma vez que os regramentos da casa, a ausência de quaisquer propostas de atividades e o espaço de circulação drasticamente reduzido são reconhecidos como uma perda de liberdade em comparação ao IPF. O morador manifesta literalmente que preferia estar internado no IPF, pois neste espaço possuía menos autonomia e tinha ainda mais restrições em relação à antiga morada. O proprietário conta que o ‘paciente’ se recusava a comer as refeições preparadas pela casa, pois acreditava estarem querendo envenená-lo.

Com a resistência do morador, o proprietário conta que teria argumentado: “*Cara, eu recebo para você estar aqui, a tua saúde é o meu lucro, eu quero é que você viva cem anos!*”. A saúde do morador, como podemos ver, não diz respeito a sua qualidade de vida ou seu ‘estado de saúde mental’. A saúde aqui se resume a um pulso que ainda pulsa e isto já é o suficiente. A saúde referenciada pelo proprietário parece ser simplesmente a capacidade de manter o interno com sinais vitais pelo maior tempo possível, visto que já é o bastante para que este corpo que se quer dessubjetivado, se torne produto de lucro.

O empreendedor da loucura – e de fato na maioria dos RTPs os proprietários sequer possuem formação em saúde – tem como expertise a geração de renda. Consultas médicas escassas, poucos profissionais de saúde no quadro fixo, equipe interprofissional praticamente inexistente, oferta mínima

de práticas terapêuticas. De fato, os sujeitos institucionalizados nestes espaços servem ao mercado. Na obra de Daniela Arbex³³, a autora relata os casos de vendas de cadáveres do Hospital Colônia de Barbacena-MG para as universidades. Aqui, a venda de corpos se dá ainda em vida, a partir do abandono dos sujeitos nestas novas modalidades de estabelecimentos-depósitos.

Como corpos-dividendos, tais sujeitos são transformados em uma espécie de índices de ações do mercado da loucura. Serão avaliados permanentemente, não em seu estado de saúde mental, mas em seu valor de troca. No caso do empreendedor da saúde mental, que havia rogado por cem anos de vida ao morador de seu estabelecimento, seria o mesmo que posteriormente exigiria um valor de subsídio maior do município de origem do ‘paciente’, uma vez que ele ‘dava mais trabalho que os internos comuns’. Com a recusa do município em aumentar o valor pago pela internação, o proprietário solicitou que o interno fosse transferido para outro estabelecimento, pois ele se tornava ‘oneroso’ para a sua clínica.

Curiosamente, o custo diferenciado deste interno não era exatamente o valor gasto com seu cuidado, mas sim a energia dispendida para o cuidado com ele. Porém, a solicitação do proprietário não era de um suporte técnico, mas sim financeiro. Em outras palavras, na perspectiva deste ‘empreendedor da saúde mental’, somente a valoração monetária da sua ação era capaz de dar conta da £\$quizofrênia do interno de seu estabelecimento. Ao fim da celeuma, o morador acabou retornando ao IPF, como ele mesmo havia pedido, por ‘não ter se adaptado’ à nova morada.

Transinstitucionalização como agenciamento entre capital e loucura

Deleuze e Guattari²² afirmaram, quando escreveram *O anti-Édipo*, no início da década de

70, que a esquizofrenia era a doença de seu tempo, justamente por ser ela uma produção capitalista. O capitalismo, em sua forma de decodificar fluxos, para promover circulação de agenciamentos maquínicos que favorecem consumo, em última instância, produz esquizofrenia.

Sem pretender encerrar as experiências em uma totalidade, é possível afirmar que nosso tempo também é marcado por outras consequências das ‘revoluções’ do capitalismo. A ansiedade e a depressão são características de nosso tempo e sinalizam muito bem o caráter centrífugo da composição de um sujeito a partir deste processo produtivo. Necessidade de desempenho e culpabilização pela iminente sensação de fracasso e do risco da marca da improdutividade. Quanto maior é o realismo capitalista³⁴, que parece encerrar o modo de existir nesta ‘fôrma’ única neoliberal, maior é também a sensação claustrofóbica de não se ter alternativa que não a autorresponsabilização, assimilando todo sofrimento enquanto resultado de uma vida mal gerida.

Com isso, o circuito se encerra perfeitamente: o capital assentado sob as forças produtivas desejantes inscreve a si mesmo enquanto quase-causa, fazendo necessidades ganharem, sob a perspectiva dos sujeitos, qualidade de desejo; os sujeitos que emergem deste processo produtivo percebem a si e ao processo desde este lugar muito particular, em que nas suas próprias maquinações não encontram alternativa que não a assimilação e reprodução destas necessidades de adequação; quando esta adequação não é possível, este sujeito será o primeiro a reconhecer a necessidade de ajuda para cuidar de sua saúde mental; este profissional, por sua vez, prontamente definirá sob qual regime adaptativo cada sujeito inadaptado deve ser submetido; por fim, a resposta de cada sujeito a prescrição adaptativa proposta pelo profissional psi, seja ela positiva ou negativa, funcionará como uma reafirmação do postulado de saúde mental individualizante e acrítica estabelecido como modelo hegemônico em nosso tempo.

Fica evidente que também no campo da produção desejante existe uma disputa, um tensionamento acerca dos agenciamentos maquínicos que irão estabelecer modos de subjetivação. Há um esforço, nos termos colocados por Lazzarato³⁵, de neutralizar ao máximo o caráter de imprevisibilidade desta produção residual do sujeito enquanto acontecimento. O capital assenta sob o processo produtivo também com a intenção de domesticá-lo, reduzindo ao máximo o imprevisível em detrimento do conhecido, do habitual. Trata-se de uma luta pela hegemonia da capacidade de inelegibilidade acerca de quem nós somos. Mas mais do que isso, uma luta pela hegemonia das condições de possibilidade de fazer emergir um certo sujeito, *homo oeconomicus*, bem como dos modos de governamentalidade deste sujeito, classificando sua existência a partir dos atributos estabelecidos pela hegemonia do capital.

No que se refere ao interesse desta investigação, é possível reconhecer que o desejo de manicômio jamais se descola de demandas sociais concretas, que se estabelecem por meio de modos de governamentalidade biopolíticos e necropolíticos. Estes modos de condução da gestão dos corpos em suas variações de reconhecimento materializam a organização do desejo no real sob a lógica da instauração da falta. Para determinados corpos, a falta opera como instauração de comportamento neurótico, campo fértil para a assimilação das instruções do manual de bom comportamento da vez, travestido de ‘boa saúde mental’. A falta aqui se faz inscrita no processo constitutivo (embora sempre posterior à maquinação desejante de referência) deste sujeito, e o coloca a correr, fluir e cortar fluxos sob a lógica da autorregulação (repressão). Já para outros corpos, a falta significa ausência de critérios de elegibilidade deste sujeito enquanto *Eu*. Lhes falta familiaridade com o sujeito universal, com este homem-branco-hétero-cis, nascido do norte global. Para estes corpos, há um risco acentuado de o caminho neurotizante estar barrado ou seu acesso ser demasiadamente difícil e instável, pois o circuito estabelecido

nesta condição de emergência de um certo sujeito é outro ou, melhor dizendo, o do outro.

É exatamente neste ponto que podemos compreender o papel da transinstitucionalização nas maquinações sociais que demandam permanentemente por manicômio. Prender o pobre, assassinar o jovem preto, sedar e punir a mulher incomodativa e desobediente, fazer do improdutivo um objeto rentável. Maquinar destinos que engendrem as lógicas instituídas acerca de quem somos ‘nós’ e quem são os inimigos a partir dos dispositivos de regulação social. Trancar, ou matar, ou matar em vida trancando por uma questão de segurança pública, por uma questão de saúde pública, por uma questão de proteção de si e dos outros. Trancar e matar como medida profilática, como promoção necropolítica de morte de vidas não passíveis de luto.

A instituição, esta espécie de fio invisível, vai tecendo relações de saber e poder, estabelecendo formas e composições de subjetivação moral³⁶. Trata-se de mecanismos de operacionalização das máquinas sociais e técnicas da produção do real, que materializam a produção desejante²². A transinstitucionalização, por sua vez, desloca, engendra, faz circular as maquinações sociais entre os distintos dispositivos de controle, compondo o tecido social. É também através da transinstitucionalização que se distribuirão os destinos dos sujeitos entre as estratégias biopolíticas e necropolíticas de gestão dos corpos. Transinstitucionalizar é operar entre estes diferentes recursos de submissão dos sujeitos a distintos regimes de controle. Sujeição social ou servidão maquínica, assimilação ou disciplinarização. Sobrecodificação de corpos com a inscrição do regime de controle amparado nos pressupostos de saúde mental.

O desejo por manicômio expressa este acoplamento com a necessidade de estratificar corpos a partir desta categoria axiomática da razão. A transinstitucionalização engendra mecanismos de manicomialização, articulando dispositivos de lógica disciplinar com o esforço de composição de um manicômio a céu aberto por uma saúde mental de caráter capitalístico.

No que se refere à loucura, a transinstitucionalização cumprirá o papel de colar ao desejo a vontade de manicômio a partir da tessitura heterogênea de caminhos entre a razão e a normalidade e seus respectivos ‘tratamentos’. Estes diferentes dispositivos de controle determinarão, por sua vez, quais serão as estratégias de submissão dos sujeitos ao regime da razão e da loucura. Mais do que isso, esses dispositivos definirão quais experiências serão passíveis de serem contidas sob a lógica da camisa de força química ou física. De qualquer modo, é da tessitura da transinstitucionalização que ambas são feitas.

As forças desejanças, acopladas a necessidades produzidas pelas maquinações sociais e técnicas, escavam no sujeito um ‘si’. A capacidade e porosidade de ‘si’ em relação ao

regime de regulação estabelecido determinará o tipo de ‘tratamento’ destinado a cada sujeito. Estamos aqui talvez no limite do controle a céu aberto das sociedades de controle, que exigem articulação constante com as antigas instituições disciplinares, determinando o regime de tratamento dos sujeitos que por um motivo ou outro não foram capazes de se adequar à ‘fôrma’ do corpo dócil.

Contribuições de autoria

Passos RF (0000-0003-0900-4262)* e Paulon SM (0000-0002-0387-1595)* contribuíram para redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. ■

Referências

1. Dalmolin B, Alves ALS, Mattos M, et al. Censo sociodemográfico, jurídico e de saúde dos usuários-moradores dos residenciais terapêuticos privados de Passo Fundo/RS. Passo Fundo: UPF Editora; 2021.
2. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Portaria SES nº 265, de 3 de maio de 2019. Institui a regulamentação do funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos Privados do Estado do Rio Grande do Sul [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. 2019 maio 6 [acesso em 2026 jun 16]; Edição 86:98. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=377268>
3. Comitê Invisível. Motim e destituição agora. São Paulo: N-1 Edições; 2017.
4. 4. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2001 abr 9 [acesso em 2025 jan 25]; Seção 1-E:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
6. Saraceno B. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. Saúde Debate. 2020;44(3):29-32.
7. Guattari F. A revolução molecular. São Paulo: Ubu Editora; 2024.
8. Negri A, Hardt M. Declaração: isto não é um manifesto. São Paulo: N-1 Edições; 2016.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
10. Conceição TFF, Pereira MO. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro: uma análise sobre criminalização de substâncias psicoativas e o encarceramento de mulheres negras. In: Pereira MO, Passos RG, organizadores. Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia; 2019.
11. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. J Bras Psiquiatr. 1991;40(7):355-60.
12. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
13. Conselho Federal de Psicologia (BR); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público (BR); et al. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional [Internet]. Brasília, DF: CFP; 2020 [acesso em 2025 jan 25]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>
14. Lazzarato M. O governo do homem endividado. São Paulo: N-1 Edições; 2017.
15. Lazzarato M. Signos, máquinas e subjetividades. São Paulo: Edições SESC; 2014.
16. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2002.
17. Vasconcelos EM. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletário de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.
19. Prado Y, Severo F, Guerrero A. Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. Saúde Debate. 2020;44(3):250-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>
20. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trab educ saúde. 2019;17(2):e0021241. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
21. Delgado PGG. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. Saúde Debate. 2020;44(Esp 3):21-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>
22. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2010.
23. Associação Brasileira de Psiquiatria; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina (BR); et al. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Brasília, DF: ABP; 2006.
24. Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde Debate. 2014;38(101):359-67. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>
25. Mbembe A. Crítica da razão negra. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
26. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
27. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
28. Alvarenga R, Dias MK. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. Psicol Soc. 2021;33:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
29. Tiqqun. Contribuição para a guerra em curso. São Paulo: N-1 Edições; 2019.
30. Haesbaert RC. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2016.

31. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34; 1999. (v. 3)
32. Foucault M. História da sexualidade. Volume 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
33. Arbex D. Holocausto brasileiro. 15ª ed. São Paulo: Geração Editorial; 2015.
34. Fisher M. Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo? São Paulo: Autonomia Literária; 2020.
35. Lazzarato M. As revoluções do capitalismo: a política no império. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
36. Paulon SM. A desinstitucionalização como transvaloração: apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital*. 2006;(10):121-36.

Recebido em 06/06/2025

Aprovado em 08/04/2026

Conflitos de interesse: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7267047092491530> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – e-mail: gmachineski@gmail.com Jamilli Silva Santos

Aspectos éticos da fluoretação da água em tempos de pseudociência e redes sociais digitais

Ethical aspects of water fluoridation in pseudoscience and digital social media times

Aspectos éticos de la fluoración del agua en la era de pseudociencia y redes sociales digitales

Paulo Capel Narvai¹, Flávia Reis de Andrade²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011006P

RESUMO Fluoretação da água é uma tecnologia para prevenir cárie dentária, ainda um importante problema de saúde pública. Seu emprego teve início em 1945, nos Estados Unidos da América (EUA). Porém, mudanças decorrentes da eleição de Donald Trump à presidência (2024) levaram esse país a interromper sua implementação. Em 1985, a cidade de São Paulo começou a fluoretar as águas. Quarenta anos depois, a medida se mostra efetiva. Neste ensaio-crítico, são analisadas objeções éticas, ou supostamente éticas, ao uso dessa tecnologia, discutindo-se, à luz da bioética, a decisão dos EUA, os resultados de 40 anos de fluoretação em São Paulo e a possível influência da decisão estadunidense sobre a descontinuidade e as consequências da fluoretação, no Brasil e em outros países. Algumas objeções que se apresentam como éticas não o são, pois se baseiam apenas em desconhecimento científico. A maioria das objeções efetivamente éticas fundamenta-se no principialismo, reconhecidamente limitado na análise de problemas derivados de intervenções de saúde pública. Da análise, emerge um único questionamento: o da admissibilidade ética de renunciar ao uso de uma tecnologia comprovadamente eficaz, eficiente, efetiva e segura para a saúde humana, sem qualquer justificativa em evidência científica.

PALAVRAS-CHAVE Cárie dentária. Fluoretação. Bioética. Política de saúde.

ABSTRACT Water fluoridation is a technology used to prevent tooth decay, which is still a major public health problem. It began to be used in 1945 in the United States. However, changes resulting from Donald Trump's 2024 election to the U.S. presidency led to a halt in its implementation there. In 1985, the city of São Paulo began fluoridating its water. Forty years later, the measure has proven effective. This critical essay analyzes ethical, or supposedly ethical, objections to the use of this technology while discussing, from the perspective of bioethics, the US decision, the results of 40 years of fluoridation in São Paulo and the possible influence of the US decision to discontinue fluoridation and its consequences, in Brazil and other countries. Certain objections are presented as ethical, but they are not, as they are based solely on scientific ignorance. Most truly ethical objections are based on principlism, which is admittedly limited when problems involving public health interventions are analyzed. One single question arises from this analysis: the ethical admissibility of forgoing the use of a technology proven to be effectual, effective, efficient, and safe for human health, without any justification on the basis of scientific evidence.

KEYWORDS Dental caries. Fluoridation. Bioethics. Health policy.

RESUMEN La fluoración del agua es una tecnología destinada a prevenir la caries dental, que sigue siendo un importante problema de salud pública. Su uso se inició en 1945 en los Estados Unidos de América (EE. UU.). Sin embargo, los cambios derivados de la elección de Donald Trump como presidente (2024) llevaron a ese país a interrumpir su aplicación. En 1985, la ciudad de São Paulo comenzó a fluorizar el agua. Cuarenta años después, la medida ha demostrado su eficacia. En este ensayo crítico se analizan las objeciones éticas, o supuestamente éticas, al uso de esta tecnología, discutiendo, a la luz de la bioética, la decisión de EE. UU., los resultados de 40 años de fluoración en São Paulo y la posible influencia de la decisión estadounidense sobre la interrupción y las consecuencias de la fluoración, tanto en Brasil como en otros países. Algunas objeciones que se presentan como éticas no lo son, ya que se basan únicamente en la ignorancia científica. Del análisis, surge una única cuestión: la de la admisibilidad ética de renunciar al uso de una tecnología de eficacia, eficiencia, efectividad y seguridad demostradas para la salud humana, sin ninguna justificación basada en la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE Caries dental. Fluoruración. Bioética. Política de salud.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.

pcnarvai@usp.br

²Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (FCTS) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

Em 31 de outubro de 1985, a cidade de São Paulo deu início à fluoretação das águas¹, e, desde então, essa medida, que nunca foi interrompida, vem se mostrando efetiva no enfrentamento da cárie. A prevalência e a magnitude da doença foram reduzidas expressivamente. No período de 1986 a 2023, na idade-índice de 12 anos, a prevalência diminuiu 51,2%: de 94,9%, em 1986, para 46,3%, em 2023. Desde a sua implementação, a magnitude acompanhou o declínio da prevalência: o número médio de dentes atingidos pela cárie diminuiu de 6,47 (IC95% 6,12-6,82), em 1986, para 1,51 (IC95% 1,03-1,99), em 2023. O uso de cremes dentais fluoretados, mudanças nos programas de saúde bucal nesse período e melhorias na escolaridade materna e na renda per capita são fatores que se associaram à fluoretação das águas para a mudança registrada na epidemiologia da cárie. Estima-se, contudo, que a fração preventiva que pode ser atribuída à fluoretação oscila entre 34% e 47%^{2,3}.

Não obstante o reconhecido impacto positivo da fluoretação, mudanças políticas decorrentes da eleição de Donald Trump à presidência dos Estados Unidos da América (EUA), em 2024, levaram esse país a rever a orientação de ampliar a fluoretação das águas, chegando-se até mesmo a recomendar que cessasse a fluoretação da água nos municípios⁴.

No documento do United States Department of Health and Human Services (HHS), órgão equivalente ao Ministério da Saúde do governo dos EUA, intitulado 'Oral Health in America: Advances and Challenges', publicado em 2021, são apresentadas as metas do programa Healthy People 2030, afirmando-se que de 65%, no ano 2000, a cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público deveria ser ampliada para 77,1%, em 2030⁵. No entanto, a atual direção (2025-28) do HHS mandou interromper essa política pública. Há justificados receios de que essa decisão do governo dos EUA influencie e induza a mudanças nas políticas públicas relacionadas

com a fluoretação das águas em outros países, notadamente, o Brasil.

O contexto histórico em que os EUA alteraram, abrupta e radicalmente, essa política pública é marcado pelo aprofundamento da presença das tecnologias digitais de informação e comunicação no cotidiano. A emergência das redes digitais como uma mídia relevante nas interações sociais a tornam foco de grande interesse político-eleitoral e, portanto, um campo de batalha estratégico na disputa da opinião pública e de eleitores. Nesse contexto, adquirem enorme repercussão pautas cujas temáticas apresentam interfaces entre o senso comum e a ciência. A possibilidade de operar em redes sociais como emissores e não apenas como receptores de mensagens trouxe à tona todo tipo de emissores de conteúdo, equalizando-os e, portanto, colocando-os em igualdade de vocalização. Temas científico-técnicos como, por exemplo, vacinas e fluoretação da água vêm migrando de laboratórios e ambientes técnico-administrativos para o cotidiano de vida social, via redes digitais, levados por emissores em busca de audiência e reconhecimento. Abriram-se espaços inusitados para a pseudociência e a pós-verdade, e, como não poderia deixar de ser, isso vem impactando políticas públicas e requerendo dos seus gestores habilidade para lidar com esses novos cenários e atores sociais. Esse impacto corresponde, decerto, a novos desafios para a saúde pública contemporânea⁶.

A agnotologia é um ramo da ciência criado em 1995 por Robert Proctor, professor de História da Ciência na Universidade de Stanford, e Iain Boal, linguista, professor na Universidade de Berkeley, que estuda a produção deliberada da desinformação, geradora de ignorância com fins políticos e econômicos. Eles analisaram as motivações de vários casos de ocultamento de conhecimentos científicos (evidência da associação estatística entre câncer de pulmão e tabagismo) pela indústria do tabaco e sobre mudanças climáticas, por religiosos interessados na contraposição entre criacionismo e ciência. Concluíram que há

um método no ocultamento e identificaram algumas de suas características: a reiteração de que sempre haverá pelo menos duas opiniões opostas sobre qualquer coisa; a disseminação de dúvidas sobre conclusões científicas, ainda que consensuais numa comunidade epistêmica, relativizando-as; a promoção de controvérsias artificiais, gerando polêmicas, com ou sem bases racionais; o adiamento de decisões, inclusive judiciais, motivado por sugestões de que conhecimentos científicos não são conclusivos; a obstrução de acesso ou a desqualificação de evidências científicas consistentes. Assim produzida, a ignorância não é apenas o ainda desconhecido, mas se constitui em uma criação por agentes interessados, por alguma razão, em que não se saiba algo⁷.

Em 2019, a socióloga canadense Linsey McGoe, professora da Universidade de Essex, no Reino Unido, cunhou o conceito de ‘ignorância estratégica’ para se referir à omissão de pessoas, empresas e governos que, frente a conhecimentos que possam lhes ameaçar de algum modo, optam por ignorá-los, ainda que, a rigor, tecnicamente falando, não sejam ignorantes. Esse tipo de ignorância é a base sobre a qual se assentam muitas *fake news*⁸.

A cárie dentária, uma doença de etiologia multifatorial, é um importante problema de saúde pública em vários países⁹, desde que se tornou uma pandemia, a partir do século XVII, com a expansão da produção e comercialização global do açúcar, principal fator de risco para a doença¹⁰. As enormes dificuldades para controlar o consumo de açúcares em escala populacional, decorrentes de fatores econômicos e culturais, vêm impondo a tomadores de decisão envolvidos com políticas públicas para prevenção da cárie a busca de fatores de proteção que possam se contrapor aos fatores de risco¹¹. O fator de proteção com maior impacto na prevenção da cárie é a fluoretação da água de abastecimento público, que segue sendo efetiva no contexto brasileiro, mesmo em contextos de baixa prevalência da doença³.

No Brasil, a fluoretação da água começou a ser utilizada em outubro de 1953, na cidade de

Baixo Guandu, no Espírito Santo¹². Em 1974, o Congresso Nacional brasileiro aprovou uma lei tornando obrigatória a execução da medida onde houver Estação de Tratamento de Água (ETA)¹³.

Neste ensaio teórico-crítico, são analisadas objeções éticas, ou supostamente éticas, ao uso da tecnologia de fluoretação da água, discutindo-se, à luz da bioética, a decisão dos EUA e sua possível influência sobre a continuidade da fluoretação no Brasil, admitindo-se suas consequências, não apenas econômicas, mas, sobretudo, as intangíveis, como dores, sofrimentos e infecções resultantes da cárie. Não obstante os avanços na prevenção e no controle dessa doença, persistem na maior cidade do Brasil importantes dificuldades de acesso a cuidados odontológicos assistenciais.

Água fluoretada e fluoretação da água

A descoberta do efeito preventivo de cárie, decorrente da exposição a fluoretos em águas utilizadas para consumo humano, foi aventada como hipótese após a análise de várias situações em que crianças apresentavam defeitos de formação do esmalte dentário em graus variados, uma anomalia hoje conhecida como fluorose dentária. Admitida a hipótese de que algo na água estaria produzindo a anomalia de formação, logo se chegou à conclusão de que o fluoreto, em diferentes concentrações na água, era a causa do problema. Por outro lado, os níveis de cárie nas crianças afetadas eram muito menores do que em crianças não expostas. Seguiram-se vários estudos até que se chegou à conclusão de que havia uma concentração ótima de fluoretos na água, que produzia o efeito preventivo da cárie, sem o efeito adverso da fluorose em níveis relevantes, estética e funcionalmente. Consolidada a teoria, a partir de 25 de janeiro de 1945, em Grand Rapids, EUA, a fluoretação começou a ser utilizada como uma tecnologia de saúde pública. Desde então, nunca foi demonstrado

qualquer efeito adverso, além da fluorose dentária em grau muito leve, ainda assim, afetando apenas pequena parte dos indivíduos expostos. Em 1999, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA identificou a fluoretação da água como uma das dez conquistas mais importantes da saúde pública naquele país, no século XX¹⁴.

Cabe assinalar a importante mudança de orientação quanto ao emprego da fluoretação da água pelo governo dos EUA: a medida começou a ser implementada, em nível mundial, sob o governo do democrata Franklin D. Roosevelt, teve continuidade durante oito décadas, sob governos democratas e republicanos, e se vê ameaçada de interrupção sob o governo republicano de Donald Trump. Não apenas ameaçada, mas efetivamente interrompida nos estados de Utah e Flórida¹⁵. De pioneiro em escala mundial, aquele país muda abruptamente essa política pública sem que essa decisão encontre fundamento em qualquer conhecimento científico sobre o tema.

A inusitada decisão é coerente, porém, com o esvaziamento e desmantelamento do CDC, uma vez que, sob a gestão Trump, aquele órgão, mundialmente reconhecido como um dos pilares dos conhecimentos e práticas de saúde pública, de notável contribuição ao demais países, vem sendo atingido por ações que objetivam o ocultamento de dados e a perda de transparência sobre suas ações, um valor relevante ética e cientificamente¹⁶.

Desde que a experiência pioneira de Grand Rapids teve início, seguiram-se análises sobre as concentrações de fluoretos em águas provenientes de diferentes fontes, em várias partes do mundo. Chegou-se, assim, à conclusão de que o halogênio está presente em todas as águas, em concentrações variadas, inclusive dos mares e oceanos, de modo similar ao que acontece com o cloro. Nessas águas, fluoretos ocorrem em concentrações que equivalem às concentrações consideradas ótimas para exposição humana (em torno de 1,0 mg F/L de água). Em águas, a maior concentração identificada até hoje foi detectada no Lago

Nakuru, no Quênia, com 2.800 mg F/L¹⁷. Por causa dessa variação, e porque diferentes concentrações de fluoretos possibilitam classificar as águas tendo como referência o teor ótimo para prevenir cárie¹⁸, pode-se afirmar que são hipofluoretadas águas que contêm menos do que 0,54 mg F/L. São consideradas hiperfluoretadas águas que contêm mais do que 1,44 mg F/L. E águas cujos teores de fluoretos oscilam entre 0,55 e 1,45 mg F/L são consideradas isofluoretadas. Em função de variações climáticas, em que a média das temperaturas máximas registradas num determinado local, ao longo de um ano, é um fator decisivo para definir qual é o teor ótimo de fluoretos no local, aceita-se essa faixa de variação para o teor ótimo, sendo que, de modo geral, os países têm fixado essa concentração ótima em 0,7 mg F/L de água, como é o caso da maior parte dos territórios do Brasil e dos EUA¹⁹.

Após quase um século de sua utilização, e tendo em vista a constatação de que fluoretos sempre estão presentes em águas utilizadas para consumo humano, concluiu-se que a medida deve ser considerada uma tecnologia de saúde pública que consiste em uma ação deliberada de ajuste do teor natural do elemento químico flúor na água de abastecimento público, destinada ao consumo humano, em conformidade com os padrões técnicos e recomendações científicas visando à obtenção do máximo benefício em termos de prevenção da cárie dentária e o mínimo risco de ocorrência de fluorose dentária²⁰⁻²². Por suas características, essa tecnologia é tida como uma típica intervenção de saúde pública, pois beneficia a todos equitativamente, tem eficácia comprovada por estudos controlados, apresenta baixo custo-relativo, não depende de ações realizadas individualmente pelos beneficiados, não requer mudanças de hábitos ou atitudes da população-alvo da intervenção, sendo segura para a saúde humana, pois o único efeito adverso conhecido, conforme referido, são os graus muito leves de fluorose dentária, sem implicações funcionais ou estéticas, em porcentagem ínfima da população-alvo.

Uma intervenção típica de saúde pública tem fundamento no princípio segundo o qual

uma ação de saúde é tanto mais uma ação de saúde pública, quanto menor o número de vezes que tiver de ser realizada e maior a sua efetividade – ou seja, sua capacidade de resolver o problema, para o maior número de pessoas, e com o menor custo possível²³⁽¹²⁶⁾.

Como uma tecnologia, a fluoretação é recomendada por cientistas²⁴, organismos nacionais²¹ e internacionais²⁵ de pesquisa em saúde, bem como pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁶.

Objeções supostamente éticas

Programas de saúde pública implicam intervenções cujos benefícios e ônus, bem como as evidências científicas que os embasam, precisam ser explicitamente identificados, de modo que se possa verificar se o balanço e a distribuição desses benefícios e danos são adequados e suficientes para justificá-los eticamente^{27,28}. Por essa razão, são pertinentes os questionamentos de natureza ética à tecnologia da fluoretação da água.

Porém, se, desde Grand Rapids, uma vasta produção acadêmica dedicada aos diferentes aspectos científicos e políticos da fluoretação da água abordou e produziu respostas a diferentes tipos de questionamentos, a partir do final do século XX, aspectos supostamente éticos têm sido incluídos no debate sobre o assunto, dado tratar-se de um tema de interesse público, afeto à saúde coletiva. Mas, muitas vezes, os argumentos apresentados não são efetivamente éticos, mas pretensamente científicos. No entanto, tais argumentos apresentam inconsistências, derivadas de maus delineamentos de pesquisa ou de má interpretação de pesquisas bem delineadas. Pseudociência é o termo que se aplica a esses argumentos. As decisões

políticas sobre implementar ou não essa tecnologia vêm enfrentando, nos diferentes países, desde a iniciativa pioneira de Grand Rapids, obstáculos que buscam fundamento em aspectos ambientais, ecológicos, naturalistas, epidemiológicos, de segurança para a saúde humana ou, ainda, relacionados com a disponibilidade e a alocação de recursos públicos. Há suficiente e esclarecedora literatura sobre tais aspectos^{22,29}. Não há, porém, na literatura científica, questionamentos consistentes sobre a eficácia, efetividade e eficiência dessa tecnologia. Por esse motivo, neste artigo, atemo-nos aos aspectos éticos, ou supostamente éticos, envolvidos^{30,31}.

Nos referimos a aspectos ‘supostamente éticos’, pois um conjunto extenso de questionamentos à fluoretação da água não pode ser aceito como objeção propriamente ética à tecnologia. Ao contrário, são questionamentos que decorrem de desinformação ou má informação por parte de autores que buscam qualificar seus argumentos buscando ancoragem na bioética, mas que são impertinentes a essa área e cujos trabalhos são, mais propriamente, pseudociência.

Vejamos alguns desses argumentos:

- a. Não há suficiente evidência científica sobre a eficácia em reduzir a incidência e prevalência da cárie dentária³²;
- b. Trata-se de uma medicação em massa, compulsória³³;
- c. Estão disponíveis outros veículos para os fluoretos em programas de saúde pública, não sendo a fluoretação da água apenas cara, mas desnecessária³⁴;
- d. Causa fluorose e, potencialmente, hipotireoidismo e fraturas ósseas, não havendo suficiente justificativa ética para o seu uso³⁴;
- e. Os silicofluoretos, amplamente utilizados na fluoretação da água, são substâncias medicinais não licenciadas³⁵;

f. Os silicofluoretos nunca foram submetidos à Food and Drug Administration dos EUA para aprovação como medicamentos, mas são administrados a grandes populações sem consentimento informado ou supervisão de um médico qualificado³⁵;

g. A fluoretação da água, usando silicofluoretos, constitui pesquisa médica ilegal³⁵.

Por não haver, de fato, objeções éticas nesses argumentos, conforme será abordado adiante, não devem ser acolhidos no debate ético ou bioético sobre o emprego da tecnologia de fluoretação da água.

Objeções efetivamente éticas

O principialismo é a corrente bioética mais frequentemente encontrada na literatura que aborda objeções éticas à fluoretação da água como uma tecnologia de saúde pública, as quais podem ser sumarizadas como segue:

a. Viola os princípios éticos da autonomia, da precaução, da justiça e da proteção³³;

b. A obrigatoriedade gera dilemas bioéticos, pois exclui a possibilidade de escolha individual de consumir ou não água fluoretada³⁶;

c. Não há participação de pessoas e comunidades, de modo transparente e democrático, nas decisões^{37,38};

d. São insuficientes, no início do século XXI, os conhecimentos disponíveis sobre fluoretação da água, produzidos com base em dados epidemiológicos coletados há mais de 50 anos, para justificar eticamente a continuidade do uso dessa tecnologia³⁹;

e. Não se pode argumentar que os benefícios passados, supondo que, por si só, justificam a continuação da prática da fluoretação³⁹;

f. É preciso reconhecer a inerradicabilidade do conflito de valores que a fluoretação da água engendra, sendo necessárias novas diretrizes baseadas em ciência sólida e atualizada, e em ética sólida. Nesse contexto, uma ética sólida pressupõe uma ciência sólida³⁹.

As objeções que se apresentam como ‘éticas’ ao emprego da tecnologia de fluoretação da água buscam aplicar, a uma intervenção típica de saúde pública, proposições que, no campo da bioética, são úteis para análise de situações conflituosas na clínica e na pesquisa.

Em uma revisão sistemática, publicada em duas partes^{40,41}, que examina como a ética da fluoretação da água tem sido avaliada na literatura, os autores concluem que

muitos trabalhos se referem a princípios éticos biomédicos destinados a intervenções clínicas em vez de intervenções de saúde pública sendo, portanto, inadequadas para resolver a tensão entre a inevitável violação do consentimento individual e o benefício coletivo em saúde pública. [...] Embora a maioria reconheça sua complexidade, aqueles que mais apoiam a fluoretação frequentemente enfatizam o benefício coletivo, e os que menos apoiam enfatizam a violação da autonomia ou da liberdade pessoal e preocupações com danos⁴⁰⁽³³⁶⁾.

As limitações analíticas da bioética principialista têm levado, contudo, ao surgimento de correntes de pensamento bioético críticas que preconizam ir além de questões individuais, incluindo temas coletivos em seu campo de estudo e ação, como a bioética da proteção e a bioética de intervenção⁴².

A bioética de proteção propõe que a resolução dos dilemas éticos implica reconhecer que eles têm origem em conflitos de interesses entre quem dispõe dos “meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem”^{43(m)}. Partindo dessa diferença entre os indivíduos, que não é uma abstração ou subjetividade, mas ocorre concretamente na vida cotidiana, a bioética da proteção, *stricto*

sensu, preconiza a consideração do princípio da equidade para que aos indivíduos ‘vulnerados’, que não dispõem de tais meios, possa ser considerado o princípio da justiça. Por essa razão, a equidade emerge como “condição *sine qua non* da efetivação do próprio princípio de justiça”⁴³⁽¹⁷⁾ para atingir a igualdade. Mas, *lato sensu*, aplicada no contexto da globalização, a bioética da proteção visa a proteger, além da própria saúde humana, todos os seres vivos contra o sofrimento e a destruição evitáveis, enfrentando a problemática da sobrevivência do mundo vital e da qualidade de vida de seus integrantes ou hóspedes⁴³.

Ao controlar a concentração de fluoretos em águas utilizadas para consumo humano, a fluoretação evita a ocorrência de fluorose dentária em graus moderado e grave e possibilita a prevenção da cárie dentária de modo equitativo, pois beneficia toda a população, mas ainda mais os indivíduos dos segmentos populacionais socioeconomicamente mais vulneráveis². Por esses motivos, a fluoretação da água se apresenta em absoluta sintonia com a bioética da proteção.

A bioética de intervenção, ancora-filosoficamente no utilitarismo e no consequencialismo⁴⁴,

preconiza como moralmente justificável, no campo público e coletivo, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo possível e que resulte nas melhores consequências; e no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas para os conflitos localmente identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem e as contradições que os fomentam⁴²⁽¹¹⁵⁾.

A fluoretação da água apresenta efeitos que se coadunam com as proposições da bioética de intervenção, uma vez que responde positivamente aos requisitos de benefícios individuais e coletivos, autonomia, justiça, equidade, solidariedade, participação e mudanças para

menos nos níveis populacionais de cárie dentária, que tendem a ser mantidas com a continuidade da sua execução.

Contexto ético

Um problema qualquer de saúde pública implica eticamente uma pessoa de vários modos. Disso decorrem diferentes contextos éticos, nos quais a pessoa assume posições que podem ser analisadas sob uma perspectiva bioética. Uma dessas situações se dá quando a pessoa é vítima do problema. Outra, quando a pessoa não é vítima, mas se interessa pelo problema. Uma pessoa também pode ser implicada no problema de saúde pública, ainda que indiretamente, se atua profissionalmente em algum setor de atividades afeto ao problema. Mas há um tipo de implicação ética inarredável que se dá se uma pessoa participa de processos de tomada de decisão que se referem ao problema de saúde pública.

No plano do indivíduo, um contexto ético é caracterizado pela tomada de uma decisão que decorre não de uma exigência legal, mas de uma consulta à própria consciência sobre fazer ou não fazer algo, em virtude de valores e crenças que geram uma convicção, sobre o bem e o mal, o certo e o errado, que fundamenta um ato ou decisão. Mas quem toma uma decisão sobre uma política pública ou programa de saúde o faz num plano que é, simultaneamente, individual e coletivo. Atendidas as exigências previstas em leis e normas que se referem à política pública ou programa de saúde, e demais exigências que se impõem ao tomador de decisão, como disponibilidade de recursos, aceitação da iniciativa pela comunidade ou população-alvo e por autoridades públicas de várias áreas da vida social, ainda assim, pode o tomador de decisão, e demais envolvidos na cadeia de decisão em que implica executar ações e programas de saúde pública, ser imerso em algum contexto ético, cujos dilemas implicarão considerar fazer ou não fazer algo, em virtude de suas convicções sobre o bem e o mal, o certo e o errado.

Em contextos éticos desse tipo, para além de saber se algo pode ser feito, emerge a questão ética de decidir se o que pode ser feito deve ser feito³¹. Considerando-se que, para a saúde pública, nem todo problema de saúde é um “problema de saúde pública”²³⁽¹²³⁾, e que “nem tudo o que a ciência possibilita fazer, deve ser feito em saúde pública”²³⁽¹²⁴⁾, pois a implementação de qualquer política pública tem de lidar, simultaneamente, com uma miríade de variáveis, entre as quais, a sustentabilidade econômica das ações e operações a serem implementadas (o que significa lidar, sempre, com recursos escassos e necessidades praticamente infinitas), impõem-se, portanto, aos tomadores de decisão os contingenciamentos decorrentes de orçamentos e demais restrições legais e econômicas. Nesses contextos, a questão ética de decidir sobre se algo que pode ser feito deve efetivamente ser feito não é o único problema com que se defrontam esses tomadores de decisão. Ainda assim, pode ser necessário lidar com dilemas éticos emergentes em cada situação concreta⁴⁵.

A implementação de políticas públicas implica, portanto, a consideração de vários aspectos éticos. Na cidade de São Paulo, por exemplo, a continuidade da fluoretação das águas de abastecimento público, não obstante sua comprovada efetividade, pode ser afetada pela mudança operada nos EUA, com indicação de sua interrupção. Essa decisão, que produz efeitos em todo o mundo, impacta, também, o Brasil e sua maior cidade, onde, em 2025, o emprego da fluoretação da água completou 40 anos.

Porém, não se trata, em São Paulo, de decidir se o que pode ser feito deve ser feito, mas de decidir se o que vem sendo feito com êxito sanitário¹ pode deixar de ser feito, como ocorreu em Utah e na Flórida.

Decerto que, também do ponto de vista ético, decisões sobre políticas públicas, notadamente as que se referem à promoção da saúde da população, não deveriam ser tomadas com base em convicções pessoais ou opiniões de grupos ou segmentos populacionais, mas

tendo como fundamento evidências científicas. O contexto contemporâneo está, porém, marcado por profundas mudanças na comunicação social, com o advento e a consolidação de redes sociais digitais, nas quais, muitas vezes, importa mais o impacto do que se afirma do que sua veracidade ou consistência científica. Essa característica, que vem atingindo fortemente a cobertura vacinal, entre outras ações de saúde pública, vem atingindo, também, como se vê nos EUA, a fluoretação da água.

A esse respeito, Goldim²⁸⁽⁶⁰⁾ afirma que, habitualmente, as questões éticas são abordadas sob a forma de dilemas, restringindo as alternativas a apenas duas possibilidades de solução, mas que, como na área da saúde as alternativas são múltiplas, seria melhor falar em “problema ético ao invés de dilemas éticos”, com o objetivo de não restringir a própria reflexão. Neste artigo, contudo, falamos em dilema ético, pois nos referimos à aplicação de uma tecnologia de saúde pública, a fluoretação da água, que, por suas características, requer, efetivamente, uma decisão binária: sim ou não. Aliás, essa é, também, a situação da vacinação para prevenção de doenças, que se coloca para muitas pessoas, inclusive gestores de serviços de saúde, não como apenas um problema ético, mas, efetivamente, como uma situação ética dilemática, pois o antivacinismo tem impactado negativamente a cobertura vacinal em vários países, produzindo hesitação vacinal nas populações, com base em desinformação e deliberada má informação, que tem levado milhares à morte, em todo o mundo.

Violação da precaução, da justiça e da proteção

Dado que fluoretos são encontrados naturalmente em todas as águas, são infundados os argumentos que se referem à suposta ‘medicação em massa’, ‘aplicação compulsória’ ou ‘princípio da precaução’. A tecnologia da fluoretação da água não se confunde com medicamentos nem com sua ‘aplicação em

massa'. Trata-se do oposto, pois o que se busca é disponibilizar, de modo seguro à população, água para consumo humano com teores controlados de fluoretos, suficientes para prevenir a cárie dentária, sem causar fluorose dentária funcional e esteticamente relevante. Não cabe argumentar com o princípio da precaução, impertinente ao tema, pois esse princípio se refere a situações em que não se dispõe de conhecimentos científicos suficientes para prever, com razoável antecedência, a ocorrência de algo (como certos fenômenos naturais, como terremotos, erupções vulcânicas, tsunamis). Dallari e Ventura⁴⁶ consideram que a precaução se baseia

na experiência em matéria técnica e científica: as vantagens que surgem a curto prazo são, com frequência, seguidas de desvantagens a médio e longo prazo. Logo, é preciso dotar-se dos meios de prever o surgimento de eventuais danos, antes mesmo da certeza da existência de um risco⁴⁶⁽⁵⁹⁾.

Para a fluoretação, porém, há aproximadamente um século, estão disponíveis conhecimentos científicos que possibilitam seu emprego seguro para a saúde humana e animal e para o ambiente. Tais conhecimentos são sobejamente conhecidos, e não cabe cogitar o princípio da precaução, sendo suficientes a prudência e o bom senso que devem presidir o emprego de qualquer tecnologia e qualquer prática no âmbito do saneamento básico.

Um aspecto eticamente relevante sobre essas objeções, presente há algumas décadas no debate sobre o tema, é que persiste na argumentação a noção de que se trata de 'adicionar' algo que seria 'estranho' à natureza das águas utilizadas para consumo humano. É como se uma 'água pura, isenta de fluoretos', estivesse disponível para as pessoas e, ao tratar a água, essa 'pureza' se perdesse, estando agora 'contaminada' por fluoretos que lhe seriam 'estranhos'. Mas esse argumento é equivocado, pois a tecnologia de fluoretação se propõe a ajustar a concentração de um elemento

químico naturalmente presente em todas as águas, seja adicionando, seja retirando fluoretos. A noção de 'adição' de algo, que leigos supunham não haver na água, utilizada desde a iniciativa pioneira de Grand Rapids, em 1945, acabou por impulsionar esse equívoco na opinião pública. Mas, nas décadas iniciais do século XXI, não se justifica seguir dando curso a essa noção equivocada. Ao contrário, deve-se enfatizar que se trata não mais do que proceder a ajustes mínimos na concentração desse elemento. Nessas situações, ao contrário de supostos danos, ameaças ou riscos, o que se dá, concretamente, é uma ação protetiva, preventiva da ocorrência da fluorose dentária. Assim, não há violação de nenhum princípio ético.

Violação da autonomia e do direito de escolha

O argumento que se refere à 'perda de autonomia' e à 'impossibilidade de um indivíduo escolher se quer ou não consumir água fluoretada'⁴⁷, e que vê nessa impossibilidade um dilema bioético, requer considerar que, conforme enfatizamos, não há águas totalmente isentas de fluoretos. Assim, não caberia sequer admitir, no campo da reflexão bioética, a alegação de 'violação da liberdade do indivíduo', ou do seu 'direito de escolha', ou que são obrigados a 'ingerir medicamento' posto na água que bebem. Por isso, a presença de fluoretos em águas, com a concentração que ocorre naturalmente sendo ajustada para não produzir malefício, não corresponde, evidentemente, à presença de um medicamento na água. Além disso, a reivindicação que busca fundamento no 'direito de escolha' ou na 'liberdade individual' equivale à 'liberdade individual' de não ser iluminado pelo sol, ou de não ser importunado pelo vento ou pela chuva, fenômenos tão naturais quanto a presença de fluoretos em águas. Contudo, embora esse argumento seja falacioso, segue presente nas produções científicas sobre o tema, conforme ressaltam Patel et al.⁴¹, para quem haveria uma tensão

entre a inevitável violação do consentimento individual e o benefício coletivo em saúde pública. Esse argumento é similar ao da inerradicabilidade do conflito de valores que a fluoretação da água engendra, dado o conflito não resolvido entre beneficência e autonomia, a que aludiram Cohen e Locker^{39,40}.

Cabe, porém, contemporaneamente, questionar a pertinência desses argumentos que falam em ‘inerradicabilidade’ e ‘tensão inevitável’. É certo que, eticamente,

Algo considerado bom aos olhos de um membro da sociedade pode ser uma violação dos direitos e liberdades de outro [e que] conflitos de valores falam da própria natureza da bioética⁴⁸⁽⁵⁸⁰⁾.

Mas a ciência mostra que não restam dúvidas sobre o benefício proporcionado pelo emprego da tecnologia de fluoretação da água. Trata-se de benefício não apenas individual, mas coletivo, pois a fluoretação da água contribui para a equidade em saúde ao diminuir desigualdades na distribuição populacional da cárie dentária. Assim, é uma medida preventiva duplamente justa: protege o indivíduo e a população da qual ele faz parte. Sobre a persistência contemporânea do argumento que alega haver ‘violação da autonomia’, cabe reiterar que a nenhum indivíduo, vivendo em sociedade, está dada a possibilidade de consumir uma água totalmente isenta de fluoretos.

É cara e desnecessária, pois há outros veículos para fluoretos

A existência de outros veículos para fluoretos é um fato, mas não há motivo para opor veículos pura e simplesmente. Ao contrário, há suficiente produção científica de boa qualidade descrevendo técnicas e métodos para associar diferentes veículos em estratégias de saúde pública²⁰. Assim, como objeção ética, esse argumento não tem sustentação, nem ética nem científica.

O argumento de que a medida seria ‘cara’ não encontra fundamento no caso brasileiro⁴⁹.

Sobre ‘não ser necessária’ ou ‘se basear em dados produzidos há mais de 50 anos’, pode-se argumentar que estudos realizados no século XXI, no Brasil, mostram que a fluoretação é efetiva e agrega benefício preventivo mesmo em localidades em que é baixa a prevalência de cárie^{1,3}. Os argumentos sobre a desnecessidade da medida, sobre a ocorrência de efeitos adversos e sobre a ineficácia, buscando associar exposição à água fluoretada com hipotireoidismo e fraturas ósseas, cânceres e outros efeitos adversos à saúde humana não se direcionam especificamente para questões éticas, e, além disso, mesmo à luz de questões científicas em sentido estrito, vêm sendo refutados²⁹. Assim, a afirmação de que não haveria suficiente evidência científica sobre a eficácia em reduzir a incidência e prevalência da cárie dentária não resulta de pesquisa científica, mas expressa apenas o desejo de autores que buscam dar conotações de questionamentos éticos à fluoretação da água a essas suposições, não respaldadas por pesquisas científicas.

Direito de pessoas e comunidades participarem das decisões

A participação das comunidades em ações e programas de saúde pública não é apenas desejável, mas, no Brasil, é uma das diretrizes do sistema de saúde, conforme dispõe o artigo 198, inciso III, regulamentado pela Lei Federal nº 8.142, de 1990⁵⁰. Mas a participação, por si mesma, sem que se assegure a possibilidade de acesso a informações e à possibilidade de obtenção de esclarecimentos técnico-científicos sobre qualquer intervenção de saúde pública, não apenas a fluoretação, mas também o uso de vacinas, soros e outros recursos preventivos ou terapêuticos, não é suficiente para que haja transparência e democracia no processo participativo. No caso específico da fluoretação da água, as pessoas, e mesmo lideranças de movimentos sociais de saúde e gestores do SUS, têm dificuldades para compreender do que se trata, reconhecendo-se, assim, a necessidade de ações de educação em saúde para formar e esclarecer sobre o tema⁵¹.

Considerações finais

Ainda que sob a ótica restrita da bioética principialista, aqui enfatizada apenas em decorrência da sua predominância no campo da biomedicina, as pretensas objeções à fluoretação da água não se sustentam eticamente, conforme buscamos demonstrar neste artigo, refutando argumentos relacionados com a suposta maleficência, em detrimento da beneficência, violação da autonomia e injustiça. Trata-se, ao contrário, de reafirmar, com base na bioética de intervenção, que a fluoretação da água atende aos requisitos éticos de proporcionar benefícios individuais e coletivos, respeitando a autonomia, promovendo justiça, equidade, solidariedade, participação e mudanças para menos nos níveis populacionais de cárie dentária.

Uma questão ética que emerge com relevância no contexto da presente análise é saber se seria eticamente admissível e justo, com base na bioética de proteção, que uma tecnologia comprovadamente eficaz para prevenir

cárie, eficiente e segura para a saúde humana, tenha seu uso interrompido, sem qualquer justificativa científica aceitável, admitindo-se as diferenças entre os indivíduos e, portanto, conflitos de interesses entre eles. A bioética da proteção preconiza, em tais contextos, o primado do princípio da equidade para a consideração do imperativo ético da justiça. Nesse sentido, parece oportuno inverter a proposição de que não se trata, agora, de saber se algo que pode ser feito deve ser feito, mas de saber se algo que vem sendo feito, com êxito, para prevenir dor, sofrimento e infecção, deve ser interrompido.

Contribuições de autoria

Narvai PC (0000-0003-4769-6896)* colaborou para a concepção, o planejamento e a escrita do texto, e a revisão crítica do conteúdo para aprovação final. Andrade FR (0000-0001-9461-0325)* colaborou para a escrita do texto e a revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Narvai PC, Soares CCS, Frias AC, et al. Cárie e fluorose dentária após 40 anos de fluoretação da água em São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e47. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059007126>
2. Narvai PC, Frazão P, Castellanos Fernandez RA. Fluoretação da água e democracia. *Saneas*. 2004;2(18):29-33.
3. Cruz MGB, Narvai PC. Cárie e água fluoretada em dois municípios brasileiros com baixa prevalência da doença. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:28. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052016330>
4. American Dental Association. Utah set to ban community water fluoridation [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 13]. Disponível em: <https://adanews.ada.org/ada-news/2025/february/utah-set-to-ban-community-water-fluoridation/>
5. Institutes of Health National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet]. 2021 [acesso em 2026 maio 13]. Disponível em: <https://www.nidcr.nih.gov/research/oralhealthinamerica>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Delmazo C, Valente JCL. Fake news nas redes sociais online: propagação e reações à desinformação em busca de cliques. *MJ*. 2018;18(32):155-69. DOI: https://doi.org/10.14195/2183-5462_32_11
7. Proctor RN, Schiebinger L. *Agnotology. The making and unmaking of ignorance*. Stanford: Stanford University Press; 2008. 298 p.
8. McGoe L. *The unknowners: how strategic ignorance rules the world*. London: Zed Books; 2019. 256 p.
9. World Health Organization. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [acesso em 2026 maio 13]. Disponível em: <https://www.nidcr.nih.gov/research/oralhealthinamerica>
10. Moore WJ, Corbett E. Distribution of dental caries in ancient british populations. *Caries Res*. 2009;9(2):163-75. DOI: <https://doi.org/10.1159/000259743>
11. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31146-8)
12. Chaves MM, Frankel JM, Mello C. Fluoracção de águas de abastecimento público para prevenção parcial da cárie dentária. *Rev APCD*. 1953;7(2):27-33.
13. Zilbovicius C, Ferreira RGLA, Narvai PC. Water and health: fluoridation and the repeal of brazilian federal law 6050/74. *Rev Direito Sanit*. 2018;18(3):104-24. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i3p104-124>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. *MMWR*. 1999;48(41):933-40.
15. Narvai PC. A Terra é Redonda [Internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 7]. Universidade Harvard e fluoretação da água. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/universidade-harvard-e-fluoretacao-da-agua/>
16. Upshur REG. Principles for the Justification of Public Health Intervention. *Canadian J Public Health Pol*. 2002;93(2):101-3. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf03404547>
17. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>
18. Frazão P, Rebelo MAB, Narvai PC. Interpretação da distribuição de valores de concentração de fluoreto requer cuidado. *Vigil Sanit Debate*. 2022;10(3):133. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.02028>
19. Burt BA. The epidemiological basis for water fluoridation in the prevention of dental caries. *J Public Health Pol*. 1982;3(4):391-407.
20. Ministério da Saúde (BR). Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília, DF: MS; 2026.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Scientific Statement on Community Water Fluoridation [Internet]. Atlanta: CDCP; 2024 [acesso em 2025 ago 7]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/fluoridation/about/statement-on-the-evidence-supporting-the-safety-and-effectiveness-of-community-water-fluoridation.html>
22. FDI World Dental Federation. Promoting oral health through water fluoridation [Internet]. Geneva: FDI; 2000 [acesso em 2025 ago 7]. p. 2. Disponível em: <https://www.fdiworlddental.org/promoting-oral-health-through-water-fluoridation>
23. Narvai PC. SUS: uma reforma revolucionária. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2022. 270 p.
24. Armfield JM. Community effectiveness of public water fluoridation in reducing children's dental disease. *Public Health Rep*. 2010;125(5):655-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/003335491012500507>
25. Taylor G, Taylor J. Position statement on Community Water Fluoridation [Internet]. 2016 [acesso em 2026 maio 13]. p. 1. Disponível em: <https://www.canada.ca/>

content/dam/canada/health-canada/migration/publications/healthy-living-vie-saine/cpho-ocdo-final-position-statement-eng.pdf

26. Petersen PE, Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride-the WHO approach. *Community Dent Health*. 2016;33(2):66-8. DOI: https://doi.org/10.1922/CDH_Petersen03
27. Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1776-82. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1776>
28. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista AMRIGS*. 2009;53(1):58-63.
29. McDonagh MS. Systematic review of water fluoridation. *BMJ*. 2000;321(7265):855-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7265.855>
30. Callahan D, Jennings B. Ethics and public health: forging a strong relationship. *Am J Public Health*. 2002;92(2):169-76. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.92.2.169>
31. Fortes PAC, Zoboli E. Bioética e saúde pública. *Cad São Camilo*. 2006;12(2):41-50.
32. Quinteros ME. Bioethical considerations about water fluoridation: a critical review. *J Oral Res*. 2016;5(5):200-6. DOI: <https://doi.org/10.17126/jo-ralres.2016.044>
33. Mendoza VC. El dilema ético de la fluoración del agua potable. *Rev Med Chile*. 2007;135(11):1487-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001100018>
34. Awofeso N. Ethics of artificial water fluoridation in Australia. *Public Health Ethics*. 2012;5(2):161-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/phe/phs016>
35. Cross DW, Carton RJ. Fluoridation: a violation of medical ethics and human rights. *Int J Occup Environ Health*. 2003;9(1):24-9. DOI: <https://doi.org/10.1179/107735203800328830>
36. Garbin CAS, Santos LFP, Garbin AJI, et al. Fluoretação da água de abastecimento público: abordagem bioética, legal e política. *Rev bioét*. 2017;25(2):328-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252193>
37. Song Y, Kim J. Community water fluoridation: caveats to implement justice in public oral health. *Int J Environ. Res Public Health*. 2021;18(5):2372. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052372>
38. McNally M, Downie J. The ethics of water fluoridation. *J Can Dent Assoc*. 2000;66:592-3.
39. Cohen H, Locker D. The science and ethics of water fluoridation. *J Can Dent Assoc*. 2001;67(10):578-80.
40. Patel B, Dyer TA. The ethics of community water fluoridation: part 2 – how has the ethics of community water fluoridation been appraised in the literature? A scoping review *Br Dent J*. 2025;238(5):336-43. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-024-8057-5>
41. Patel B, Patrick A, Dyer TA. The ethics of community water fluoridation: Part 1 – an overview of public health ethics. *Br. Dent. J*. 2025;238(5):311-5. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-024-8058-4>
42. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev bioét*. 2009;13(1):111-23.
43. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev bioét*. 2009;16(1):11-23.
44. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev bioét*. 2009;13(1):125-34.
45. Kalamatianos PA, Narvai PC. Uma proposta de esquema para análise ética das ações de saúde pública. *Mundo Saúde*. 2004;28(1):34-41.
46. Dallari SG, Ventura DDFL. O princípio da precaução: dever do estado ou protecionismo disfarçado? *São Paulo Perspect*. 2002;16(2):53-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392002000200007>

47. Calman K. Beyond the 'nanny state': stewardship and public health. *Public Health*. 2009;123(1):e6-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.10.025>
48. McNally M, Downie J. The science and ethics of water fluoridation – a response. *J Can Dent Assoc*. 2001;67(10):580.
49. Frias AC, Narvai PC, Araújo ME, et al. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1237-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600013>
50. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2026 jun 17]; Seção I:25694. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
51. Ferreira RGLA, Marques RAA, Menezes LMB, et al. Aspectos éticos e o uso de produtos fluorados na visão de lideranças de saúde. *Physis*. 2014;24(2):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200009>
-
- Recebido em 12/08/2025
Aprovado em 18/05/2026
Conflito de interesse: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte Financeiro: não houve
- Editor responsável:** Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260232140260557>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>, e-mail: manoelito.junior@uesb.edu.br

A oportunidade de pensar e promover a literacia em saúde do trabalhador no Brasil

The opportunity to understand and promote occupational health literacy in Brazil

La oportunidad de reflexionar y fomentar la alfabetización en salud de los trabajadores en Brasil

Frederico Peres¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011217P

RESUMO O presente ensaio busca lançar luz sobre a oportunidade de se pensar e promover a literacia em saúde do trabalhador no País, como estratégia para o desenvolvimento de habilidades e competências junto a trabalhadoras e trabalhadores, em perspectiva emancipadora, permitindo-lhes identificar os determinantes das múltiplas crises observadas na relação saúde-trabalho e as estratégias, individuais e coletivas, para o seu enfrentamento. Parte da constatação do papel central que a significação de informações ocupa, em um mundo do trabalho excludente e marcado por desinformação, na promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Em seguida, discutem-se os principais componentes e domínios associados ao conceito de literacia em saúde do trabalhador e a oportunidade de considerá-los no âmbito de estratégias para a promoção da saúde e segurança no trabalho. E conclui-se qualificando a promoção da literacia em saúde do trabalhador como estratégia para se avançar não apenas na criação de ambientes de trabalho seguros e saudáveis, mas, também, na formação de trabalhadoras e trabalhadores mais capazes de interagir entre si e, de forma associativa, se engajar, de forma crítica, em processos decisórios visando à garantia de melhores condições de vida e trabalho, individual e coletivamente.

PALAVRAS-CHAVE Saúde ocupacional. Literacia para a saúde. Educação baseada em competências. Promoção da saúde.

ABSTRACT This essay explores the potential of promoting occupational health literacy in Brazil, as a strategy to foster workers' skills and competencies from an emancipatory perspective, enabling them to identify the determinants underlying the multiple crises observed in the relationship between health and work, as well as to develop individual and collective strategies to address them. The discussion begins by recognizing the central role of meaning-making in the interpretation of key health information for the promotion of safe and healthy work environments. It then examines the main components and domains of the concept of occupational health literacy and considers their application within workplace health and safety promotion strategies. Finally, the essay argues that advancing occupational health literacy can serve as a means not only to foster safer and healthier work environments but also to cultivate workers capable of engaging critically and collaboratively in decision-making processes that aim to ensure improved living and working conditions, both individually and collectively.

KEYWORDS Occupational health. Health literacy. Competency-based education. Health promotion.

RESUMEN El presente ensayo pretende arrojar luz sobre la oportunidad de reflexionar y promover la alfabetización en salud de los trabajadores en el país, como estrategia para el desarrollo de habilidades y competencias entre las trabajadoras y los trabajadores, desde una perspectiva emancipadora, permitiéndoles identificar los factores determinantes de las múltiples crisis observadas en la relación entre salud y trabajo, así como las estrategias, tanto individuales como colectivas, para hacerles frente. A continuación, se analizan los principales componentes y ámbitos asociados al concepto de alfabetización sanitaria de los trabajadores y la oportunidad de tenerlos en cuenta en el marco de las estrategias para la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo. Y se concluye calificando la promoción de la alfabetización en salud de los trabajadores como una estrategia para avanzar no solo en la creación de entornos de trabajo seguros y saludables, sino también en la formación de trabajadoras y trabajadores más capaces de interactuar entre sí y, de manera asociativa, participar de forma crítica en los procesos de toma de decisiones con el fin de garantizar mejores condiciones de vida y de trabajo, tanto a nivel individual como colectivo.

PALABRAS CLAVE Salud laboral. Alfabetización en salud. Educación basada en competencias. Promoción de la salud.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
frederico.peres@fiocruz.br

Introdução

O mundo do trabalho contemporâneo tem se configurado como um espaço cada vez mais marcado pelo agravamento das desigualdades estruturais, fruto de processos insustentáveis de desenvolvimento econômico, cujas consequências são desproporcionalmente sentidas pelos indivíduos e grupos mais vulnerabilizados da população¹. Um contexto que é notadamente observado em países historicamente marcados por profundas desigualdades socioeconômicas, como o Brasil, afetando um enorme contingente de trabalhadoras e trabalhadores^{2,3}.

No País, esse contexto se associa à lógica desenvolvimentista de inspiração neoliberal, sustentada pela flexibilização das relações de trabalho, pela minimização do papel protetor do Estado e pela maximização da produtividade, adotada a partir do final dos anos 1980 e início dos 1990, no contexto da redemocratização¹. Uma lógica que, desde então, tem promovido um processo sistemático e crescente de precarização do trabalho e de desmonte das redes de proteção social e do arcabouço legal que, desde os anos 1930, asseguravam direitos básicos às trabalhadoras e trabalhadores do País⁴.

Ao mesmo tempo que se constata o aprofundamento dessa crise estrutural do mundo do trabalho no Brasil, outras crises a ela se conjugam, como a dificuldade de construir e implementar políticas públicas voltadas para a promoção da saúde junto a trabalhadoras e trabalhadores, e o enfraquecimento da capacidade institucional do Estado de fiscalizar, prevenir riscos e garantir a saúde e a segurança, nos mais distintos ambientes de trabalho, entre outras². Crises que se produzem e reproduzem no crescente contexto de desinformação em que se inserem indivíduos e grupos da população, interferindo fortemente nas dinâmicas sociais, influenciando tendências e comprometendo, muitas vezes, a saúde e a segurança de trabalhadoras e trabalhadores, nos mais distintos contextos laborais nacionais⁵.

É possível, portanto, falar em uma ‘crise de crises’, um cenário onde os fatores que determinam essas distintas crises se articulam, interferem entre si e resultam no agravamento de suas consequências, cujos resultados são, novamente, mais sentidos entre aqueles indivíduos e grupos da população mais vulnerabilizados, nos territórios menos assistidos do País⁶. Reposicionar a questão como uma crise de crises permite compreender o abismo entre o ideal de um trabalho saudável e o cotidiano das relações e condições de trabalho de um imenso contingente de trabalhadoras e trabalhadores, levados a conviver com insegurança, desproteção, desinformação e a impossibilidade de interferir nas relações e nos processos excludentes que comprometem, cada vez mais, suas condições de vida e trabalho^{1,2}.

Nesse contexto complexo e desafiador, o conceito de literacia em saúde do trabalhador adquire um caráter estratégico na reorientação de ações voltadas ao desenvolvimento de habilidades e competências junto a trabalhadoras e trabalhadores brasileiros, com o objetivo de promover melhores condições para a tomada de decisão informada sobre diferentes aspectos que interferem na relação saúde-trabalho⁷. Conceito que, originalmente, vincula-se à literacia em saúde (do inglês *health literacy*), que engloba um conjunto amplo de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros^{8,9}.

Cabe a ressalva de que, no presente artigo, adota-se o termo literacia como tradução de *literacy*, em razão de seu amplo e recorrente uso em países lusófonos, a partir dos exemplos pioneiros de adoção do conceito em Portugal, no início da década de 2000 (anteriormente, inclusive, aos primeiros estudos realizados no Brasil), bem como em razão de sua abrangência semântica, não restrita a aspectos de linguagem, questão anteriormente detalhada⁸. Reconhece-se, porém, que, no Brasil, adotam-se como tradução de *literacy* os termos ‘alfabetização’ e ‘letramento’.

O presente ensaio busca lançar luz sobre a oportunidade de se pensar e promover a literacia em saúde do trabalhador, no contexto nacional, como estratégia para o desenvolvimento de habilidades e competências junto a trabalhadoras e trabalhadores, em perspectiva emancipadora, permitindo-lhes identificar os determinantes das múltiplas crises observadas na relação saúde-trabalho, e as estratégias, individuais e coletivas, para o seu enfrentamento. Parte da constatação do papel central que a significação de informações ocupa, em um mundo do trabalho excludente e marcado por desinformação, na promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Em seguida, discutem-se os principais componentes e domínios associados ao conceito de literacia em saúde do trabalhador e a oportunidade de considerá-los no âmbito de estratégias para a promoção da saúde e segurança no trabalho.

As mudanças no mundo do trabalho e o espaço da literacia em saúde do trabalhador

As mudanças nos processos e nas condições de trabalho no País, a partir dos anos 1990, quando houve uma reorientação das políticas macroeconômicas em direção a modelos de inspiração neoliberal, resultaram em processos de desindustrialização e reprimarização da economia, sobretudo com o aumento da participação do agronegócio exportador na composição do Produto Interno Bruto (PIB) nacional^{2,4}. Como consequência, essa reorientação acabou por se consolidar como importante força motriz da precarização do trabalho e dos consequentes impactos na saúde de trabalhadoras e trabalhadores brasileiros, seja pela perda de direitos e redes de proteção social, pela intensificação das jornadas e dos processos de trabalho, pelo aumento do trabalho informal ou pela flexibilização de contratos e vínculos de trabalho¹.

A crescente deterioração das condições de vida, trabalho e saúde de trabalhadoras e trabalhadores, em diferentes partes do País, nesse período, colocava a necessidade de se pensar e implementar estratégias para o monitoramento e o cuidado à saúde de trabalhadoras e trabalhadores, sejam aquelas voltadas a prevenir os riscos associados à organização, aos ambientes e processos de trabalho, ou aquelas pensadas para mitigar os danos potenciais à saúde do trabalhador, individual e coletivamente². Demandas que, paulatinamente, começaram a ser enfrentadas pelos programas e serviços de saúde do trabalhador, que, em diferentes regiões do Brasil, organizavam-se e estruturavam-se a partir de uma articulação intersetorial, nas três esferas de governo, assim como passaram a ser absorvidas pelo recém-instituído Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Esses novos desafios às políticas públicas e, em especial, ao SUS foram sendo enfrentados a partir de ações e programas voltados tanto para o controle dos fatores de risco e a vigilância nos ambientes de trabalho quanto para a atenção à saúde e o controle dos agravos relacionados ao trabalho, sendo orientadas pelo conhecimento construído a partir da organização de um campo interdisciplinar que vinha se consolidando, no País, desde a segunda metade da década de 1980: a saúde do trabalhador¹. Os saberes e as práticas vinculados ao campo da saúde do trabalhador constituíram o principal arcabouço técnico e acadêmico que possibilitou o desenvolvimento e a implementação de serviços e programas voltados à garantia de melhores condições de vida e trabalho, deslocando o foco para a compreensão dos processos e condições que comprometem a saúde – física e mental – de trabalhadoras e trabalhadores^{2,3}. Um avanço significativo que, apesar de romper com a lógica higienista da saúde ocupacional e com o modelo assistencialista da medicina do trabalho, não conseguiu avançar com relação às abordagens técnicas e normativas orientadoras de ações educativas, voltadas ao desenvolvimento de habilidades e competências para promover autonomia,

participação e protagonismo desses sujeitos nos processos de tomadas de decisão sobre as condições de saúde no trabalho^{1,4}.

O espaço da literacia em saúde do trabalhador para a construção de sentidos sobre saúde e segurança no trabalho em uma perspectiva emancipadora

A construção de sentidos no âmbito da relação entre saúde e trabalho é um processo complexo, situado e profundamente condicionado por fatores sociais, culturais, organizacionais e subjetivos¹⁰. Em um mundo do trabalho fortemente marcado pela intensificação das atividades laborais, pela precarização das condições produtivas e pela fragmentação das redes de proteção social e dos vínculos coletivos, o desafio que se apresenta não se restringe a barreiras de acesso à informação ou a dificuldades de compreensão de seus conteúdos e mensagens. Inclui, também, a capacidade de avaliar criticamente essa informação, e, uma vez identificado que ela é crível, útil e de interesse, transladá-la em ação concreta – ou seja, dar sentido a essa informação para a tomada de decisão informada^{11,12}.

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo amplamente utilizado, e principalmente a partir do final da década de 1980, para delimitar um conjunto amplo de habilidades e competências que os indivíduos e grupos da população usam para acessar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando ao cuidado de sua saúde ou de terceiros, sobretudo no que diz respeito à capacidade de tomada de decisões informadas^{8,9}. Quando aplicado à saúde do trabalhador, permite entender como trabalhadoras e trabalhadores significam informações sobre a saúde e a segurança nos distintos ambientes e processos de trabalho, de forma crítica e contextualizada, e, a partir das dinâmicas vivenciadas

em seu cotidiano laboral, contribuindo para que possam participar de forma mais ativa e consciente de decisões que resultem em melhores condições de vida e trabalho¹².

A literacia em saúde do trabalhador estende-se, a partir dessa concepção ampliada, para além do conhecimento individual de normas e procedimentos de segurança, abrangendo as dimensões social, organizacional e política dos processos de saúde-trabalho, englobando habilidades e competências que, quando desenvolvidas, permitem uma maior consciência crítica sobre como as relações de poder, as pressões político-econômicas e as culturas compartilhadas nos distintos ambientes de trabalho influenciam os resultados de saúde^{7,12}. Ou seja, promover a literacia em saúde do trabalhador contribui para que trabalhadoras e trabalhadores atuem como sujeitos ativos e informados nos processos de construção de sentidos sobre saúde e segurança no trabalho, em vez de receptores passivos de normas e procedimentos de segurança voltados para a prevenção de riscos, agravos e acidentes de trabalho^{8,13,14}.

Do ponto de vista epistemológico, o processo de significação do conhecimento sobre saúde e segurança no trabalho, em uma perspectiva emancipadora, exige o reconhecimento do trabalhador como sujeito ativo no processo de construção de saberes, e não apenas um destinatário da informação^{8,9,12}. Para tanto, exige que toda e qualquer iniciativa voltada para a promoção de melhores condições de saúde e segurança nos ambientes de trabalho levem em conta os seguintes aspectos:

- A complexidade das informações sobre saúde e segurança: partindo da consideração de que a saúde do trabalhador é um campo fortemente influenciado por saberes técnicos, vindos tanto da Epidemiologia e da Saúde Pública quanto da Engenharia Industrial, é possível supor que grande parte da informação disponível para trabalhadoras e trabalhadores sobre as relações entre a saúde e o trabalho exija o conhecimento prévio de determinados jargões, conceitos e processos

técnicos com os quais esses trabalhadores não estão plenamente familiarizados. Dificilmente, a pergunta ‘o que o trabalhador precisa saber para compreender e dar sentido a esta informação?’ é feita, previamente à comunicação de uma norma ou informação sobre saúde e segurança no trabalho. Assim, a possibilidade de dar sentido às informações sobre as relações entre a saúde e o trabalho está vinculada à sua adequação às demandas de literacia em saúde dos diferentes indivíduos e grupos de trabalhadores a quem esse conhecimento se destina;

- A falta de adequação cultural das informações de saúde: grande parte da informação disponível sobre saúde e segurança no trabalho foi construída em ambientes acadêmicos de países do Norte Central e disponibilizada, originalmente, em língua inglesa. A falta de adequação cultural na tradução de conteúdos sobre saúde e segurança no trabalho se configura como uma barreira importante ao processo de busca, compreensão, avaliação e significação de informações sobre saúde. Os regionalismos, as marcadas diferenças entre os países, os padrões próprios compartilhados em contextos urbanos e rurais, nos diferentes países, conjugados às desigualdades no acesso e disponibilização dessas informações, observados nos diferentes grupos da população, fazem com que grande parte da informação disponível sobre o tema não seja reconhecida, em um quadro de significação comum, por uma grande parcela das trabalhadoras e trabalhadores para os quais tais conteúdos se destinam;

- Reduzida capacidade de leitura, especialmente entre indivíduos e grupos de trabalhadores historicamente vulnerabilizados: considerando que a maioria das informações sobre saúde e segurança no trabalho se encontra disponível, ainda, na forma escrita (sejam aquelas veiculadas em meio impresso ou digital), conjugado ao fato de

ser observado, junto a diversos grupos de trabalhadoras e trabalhadores, limitado desenvolvimento da literacia fundamental e da alfabetização, os problemas potencialmente associados à reduzida capacidade de leitura e escrita demandam outros formatos e mídias para a divulgação de informações sobre as relações entre a saúde e o trabalho.

Para além das dificuldades de significação das informações disponíveis sobre saúde e segurança no trabalho, faz-se importante considerar, na atualidade, que a ampliação de acesso à informação, impulsionada pelo avanço das tecnologias de comunicação – em particular, as tecnologias móveis de acesso à internet e às redes sociais –, apesar de haver transformado profundamente as formas de produção e circulação do conhecimento, tem sido acompanhada por um fenômeno de grande complexidade, cujas consequências ainda estão sendo estimadas: o aumento da desinformação como estratégia de interferência em processos e dinâmicas sociais^{15,16}.

No campo da saúde, a disseminação de conteúdos falsos, distorcidos ou descontextualizados, muitas vezes, estimulados por interesses políticos e econômicos, vem comprometendo a confiança de indivíduos e grupos da população nas instituições, no conhecimento científico e, assim, fragilizando práticas e políticas sanitárias, historicamente consolidadas no País, como a diminuição da cobertura vacinal causada por informações deliberadamente fabricadas (*fake news*) sobre efeitos adversos inexistentes das vacinas^{5,16}. Um cenário claramente evidenciado durante a pandemia de covid-19, com consequências graves para a saúde pública nacional, sobretudo no que diz respeito aos impactos sobre os grupos mais vulnerabilizados da população, entre os quais, um grande contingente de trabalhadoras e trabalhadores que, mesmo nos piores momentos da pandemia, não podiam manter isolamento físico e social, sob pena de perderem seus empregos^{15,17}.

Quando a desinformação se vincula ao mundo do trabalho, seus efeitos podem ser particularmente nocivos, afetando a significação que os trabalhadores atribuem às informações sobre saúde e segurança e, por consequência, suas atitudes e práticas no cotidiano laboral¹⁸. Exemplos vão desde a minimização dos riscos ocupacionais por parte de empregadores até a disseminação de teorias e ideias, sobretudo por parte dos chamados ‘influenciadores digitais’, que negam evidências científicas sobre doenças relacionadas ao trabalho, a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de sua evolução em Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), bem como os benefícios de o trabalhador poder contar com leis e direitos trabalhistas, como visto na recente e massiva campanha virtual contra a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁵.

Esse complexo e multifacetado contexto reforça o papel central que os vieses cognitivos, associados à significação de informações sobre saúde e segurança no trabalho, adquirem nos contextos de desinformação, quando trabalhadoras e trabalhadores tendem a dar sentido apenas a conteúdos que confirmem suas crenças preexistentes (viés de confirmação) e a refutar ou deslegitimar o conhecimento técnico-científico, quando esse não se alinha a crenças já consolidadas (viés de desconfirmação)⁶. Assim compreendida, a desinformação não apenas compromete o acesso à informação correta, mas reconfigura os próprios sentidos atribuídos ao trabalho, à saúde e à proteção social, dificultando a construção de práticas de cuidado voltadas à melhoria das condições de vida e trabalho^{7,18}.

Tais aspectos deixam claro que o efetivo desenvolvimento de habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde e segurança no trabalho, numa perspectiva crítica e promotora de autonomia e empoderamento, individual e coletivamente, precisa levar em consideração a centralidade da literacia em saúde do trabalhador, em seus diferentes domínios e níveis, nos processos em que

trabalhadoras e trabalhadores são instados a significar informações com o intuito de se antecipar a riscos, preservar sua segurança e saúde e garantir melhores condições de vida e trabalho, individual e coletivamente.

A oportunidade de pensar a literacia em saúde do trabalhador no País

Pensar a literacia em saúde do trabalhador no Brasil e em como esse conceito pode ajudar a compreender os desafios associados à significação de informações sobre saúde e segurança no trabalho, por parte de trabalhadoras e trabalhadores de diferentes setores, é um exercício que precisa ir além das análises sobre linguagem e leiturabilidade (*readability*) de textos, incorporando o olhar sobre habilidades e competências mais avançadas que permitam aos indivíduos não apenas processar informações, mas, também, usá-las para melhorar os resultados de saúde, individual e coletivamente, e transformar as condições sociais que produzem e reproduzem tais resultados¹⁰. Alguns modelos elaborados para compreender a literacia em saúde em uma perspectiva mais avançada vêm sendo utilizados, amplamente, para descrever, de uma forma mais abrangente e crítica, as habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde. E, por meio deles, é possível pensar a literacia em saúde do trabalhador em uma perspectiva mais ampla, efetivamente emancipadora^{8,19}. Entre esses modelos avançados, destaca-se o proposto por Don Nutbeam¹⁹, oportuno e adequado para se pensar a literacia em saúde do trabalhador e seu papel na garantia de melhores condições de vida e trabalho no País.

O modelo avançado de literacia em saúde de Nutbeam¹⁹ fornece uma base teórica importante para se pensar e promover a literacia em saúde do trabalhador no Brasil. Nele, o

autor identifica três níveis progressivos de literacia em saúde – o nível funcional, o interativo e o crítico –, cada qual correspondendo a dimensões distintas de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências. O nível funcional da literacia em saúde, segundo o autor, refere-se às habilidades básicas de leitura, escrita e operação com números (numeracia) que permitem aos indivíduos entenderem informações relacionadas à saúde, como a leitura de bulas de medicamentos, a compreensão de orientações médicas em uma consulta, a leitura do resultado de um exame realizado, o entendimento da dosagem de um medicamento prescrito ou as chances de sucesso de uma determinada conduta proposta, expressa em percentuais, entre outros exemplos¹⁹.

Nos contextos de trabalho, o nível funcional inclui a capacidade de compreender rótulos de produtos perigosos manipulados, seguir instruções de segurança contidas em protocolos, orientar-se por normas e manuais e compreender informações recebidas em treinamentos e capacitações para o desempenho de suas atividades de trabalho, entre outras. Embora importante para a compreensão das informações básicas que se vinculam às diferentes atividades de trabalho, o nível funcional da literacia em saúde do trabalhador se circunscreve, basicamente, ao plano reativo e normativo, sendo limitado para promover a autonomia ou um engajamento crítico nos fóruns decisórios sobre questões relacionadas à garantia da saúde e da segurança nesses ambientes de trabalho^{14,19}.

Já o nível interativo (ou comunicativo) da literacia em saúde engloba habilidades cognitivas e sociais mais avançadas, permitindo aos indivíduos se envolverem ativamente em diálogos nos diferentes grupos sociais de que participam (família, escola, igreja, trabalho etc.) e, nesses processos, construir significados, de forma coletiva, às informações sobre saúde a que têm acesso, aplicando-as a circunstâncias novas ou revisitando interpretações anteriormente dadas, em âmbito individual¹⁹. Nos contextos de trabalho, o nível

interativo da literacia em saúde se associa à capacidade de trabalhadoras e trabalhadores de se comunicarem efetivamente com colegas, empregadores e profissionais de saúde, dentro e fora dos ambientes de trabalho, bem como de participarem de discussões sobre saúde e segurança no trabalho e de iniciativas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador. E que, portanto, enfatiza a participação e a comunicação como estratégias-chave para fortalecer a consciência coletiva e a responsabilidade compartilhada por questões relacionadas à garantia da saúde e segurança no trabalho^{12,20}.

Importante observar, ainda, que o nível interativo da literacia em saúde, tal qual proposto por Nutbeam¹⁹, não se restringe apenas a desenvolver habilidades comunicacionais ou fomentar a construção de conhecimentos na coletividade, mas implica fomentar o pertencimento e a perspectiva do viver e interagir em grupos sociais, essenciais para que o conhecimento sobre saúde deixe de ser prescritivo e passe a ser compartilhado, vivido e apropriado^{8,11}.

Por fim, o modelo de Nutbeam¹⁹ delimita um nível mais avançado, que envolve tanto a capacidade de analisar informações criticamente e a compreensão dos determinantes estruturais e políticos da saúde quanto a capacidade de agir coletivamente para modificá-los – o nível crítico da literacia em saúde. No âmbito das relações entre a saúde e o trabalho, o nível crítico da literacia em saúde crítica se expressa na capacidade do trabalhador de reconhecer como processos de determinação socioeconômicos influenciam as condições de saúde e segurança no trabalho e, assim, produzem melhores ou piores condições de vida e trabalho⁷.

Segundo Nutbeam¹⁹, o nível crítico da literacia em saúde não se restringe à compreensão e ao uso de mensagens e informações, mas à capacidade de usar esse conhecimento para interferir nos processos de determinação social da saúde, a partir da compreensão de processos e de dinâmicas sociais, do papel dos distintos atores nesses processos

e dinâmicas e dos espaços onde podem se engajar, transformando-se em sujeitos ativos nos processos com vistas à garantia de sua saúde ou de terceiros. Contexto que, aplicado ao mundo do trabalho, permite a trabalhadoras e trabalhadores não ficarem restritos ao plano responsivo da prevenção de riscos, vinculando o desenvolvimento de habilidades e competências a processos de empoderamento coletivo e de transformação social¹².

Do ponto de vista sociopolítico, a articulação do modelo avançado de literacia em saúde proposto por Nutbeam¹⁹, com a promoção de ações em saúde do trabalhador, sobretudo no contexto do SUS e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renast), apresenta-se como estratégia pedagógica e participativa capaz de promover a reflexão crítica, o diálogo e a co-produção de conhecimento entre trabalhadores, gestores e profissionais de saúde, visando à melhoria da capacidade de significação de informações sobre as relações entre a saúde e o trabalho¹². Sobretudo no que diz respeito à possibilidade de desenvolver a autonomia de trabalhadoras e trabalhadores para melhor interpretar, negociar e transformarem seus ambientes de trabalho¹¹. E, assim, reforça a importância da promoção da literacia em saúde do trabalhador no País.

Outro importante fator que associa a literacia em saúde à saúde do trabalhador está relacionado com a credibilidade e a legitimidade, atribuídas por trabalhadoras e trabalhadores, às informações sobre saúde e segurança nos ambientes de trabalho, sobretudo quando tais normas técnicas são elaboradas por engenheiros, gestores e técnicos de segurança que não participam do cotidiano laboral¹¹. De uma forma geral, trabalhadoras e trabalhadores tendem a atribuir maior valor ao conhecimento oriundo da experiência compartilhada do que ao discurso técnico ou institucional, especialmente quando percebem o distanciamento entre quem elabora ou comunica tais informações e quem vivencia, nos distintos ambientes de trabalho, as condições que a organização

e os processos de trabalho impõem^{12,14}. Um contexto que é particularmente evidenciado em situações em que a comunicação se dá de forma verticalizada e prescritiva. E que reforça a necessidade de construção de estratégias dialógicas para o desenvolvimento de habilidades e competências em saúde do trabalhador, a partir do reconhecimento mútuo da importância dos saberes práticos e técnicos, orientados pela e para a garantia da saúde e da segurança nos ambientes de trabalho²⁰.

Assim, a promoção da literacia em saúde do trabalhador, em uma perspectiva avançada, abrangente e efetivamente emancipadora, precisa considerar não apenas a linguagem utilizada para a elaboração dessas informações (ou seja, que não se restrinja à dimensão funcional da literacia em saúde), mas, também, o desenvolvimento de habilidades e competências capazes de permitir a esses indivíduos: tomar decisões informadas sobre sua saúde e segurança no trabalho; ter um maior engajamento nas dinâmicas sociais, dentro e fora dos ambientes de trabalho, permitindo-os participar de decisões sobre sua saúde e seu trabalho; e transformarem-se em sujeitos ativos em processos visando à garantia de melhores condições de saúde e trabalho, individual e coletivamente.

A oportunidade de promover a literacia em saúde do trabalhador no País

O processo de significação de informações por trabalhadoras e trabalhadores depende de sua inserção nos diferentes contextos de trabalho. Em ambientes de trabalho fortemente competitivos, marcados por incessante busca de aumento da produtividade, por hierarquias rígidas, baixa capacidade de participação na organização do trabalho e alta rotatividade de pessoal, por exemplo, trabalhadores com literacia em saúde menos desenvolvida, muitas

vezes, naturalizam riscos como estratégia defensiva, para a manutenção do emprego, independentemente do quanto conhecem e compreendem as informações de segurança, voltadas à prevenção e ao cuidado²⁰. Nesses casos, o conhecimento sobre saúde e segurança tende a permanecer externo à experiência do cotidiano laboral, em parte, pela dificuldade de avaliar, em uma perspectiva crítica e ampliada, a relevância das mensagens ali expressas para a garantia de sua saúde e integridade física, comprometendo, assim, a possibilidade de significação de tais informações^{12,18}.

Alguns autores apontam para o fato de que trabalhadores com literacia em saúde menos desenvolvida, em muitos casos, compreendem as informações às quais têm acesso, mas não as incorporam em suas práticas, seja por ausência de suporte organizacional ou por acreditarem que uma postura protetiva, orientada pelas normas de segurança e saúde no trabalho, pode comprometer seu emprego ou colocá-lo em condições de desvantagem em relação a outros colegas, mais dispostos a correr riscos pelo trabalho¹⁰⁻¹². Situações que desvelam um contexto em que a saúde é percebida como responsabilidade individual, enquanto as condições que a determinam (intensidade do trabalho, pressões, supervisão, entre outras) são definidas por dinâmicas organizacionais externas, sobre as quais trabalhadoras e trabalhadores com literacia em saúde menos desenvolvida têm pouca capacidade de controle ou influência^{14,20}.

A superação dessas condições desfavoráveis implica a construção de sentidos em torno de resultados positivos no âmbito da relação entre a saúde e o trabalho. Um processo intersubjetivo que se dá, também, nas interações entre colegas, nos espaços de convivência dentro e fora dos ambientes de trabalho e nas redes informais de solidariedade¹⁰. E que pressupõe a garantia da condição de protagonista da trabalhadora e do trabalhador, sem a qual sua real participação nos processos decisórios coletivos – inclusive sobre saúde e segurança no trabalho – fica comprometida²¹.

Quando a condição de protagonista do trabalhador é garantida, as dinâmicas de saúde e segurança no trabalho operam a partir de relações cooperativas positivas, que possibilitam o aprendizado coletivo, inclusive no que diz respeito à significação de informações sobre saúde e segurança no trabalho, que é facilitada, favorecida^{8,12,21}. Em contrapartida, em contextos laborais marcados por intensa competição, pela forte precarização, pela fragmentação de processos e de dinâmicas de trabalho, o desenvolvimento de ações compartilhadas para a garantia da saúde e da segurança no trabalho fica bastante prejudicado, sobretudo quando as exigências relativas à significação de informações e operação sob protocolos técnicos de segurança são incompatíveis com a literacia em saúde do trabalhador dos indivíduos que ali atuam^{9,10,21}.

A partir de tais considerações, é possível justificar a relevância de se promover a literacia em saúde do trabalhador em três distintos níveis:

- **Nível Individual:** no nível do indivíduo, a promoção da literacia em saúde do trabalhador é capaz de dotar trabalhadoras e trabalhadores de mais autonomia, favorecendo uma tomada de decisão informada sobre diferentes aspectos da relação entre a saúde e o trabalho, baseada em uma melhor capacidade de significação de informações, resultando não apenas na adesão a normas e procedimentos que previnam riscos e preservem sua saúde e segurança, mas, também, no aumento da capacidade de influenciarem processos para a garantia de saúde e segurança, individual e coletivamente, nos ambientes de trabalho;
- **Nível Coletivo:** no nível das diferentes coletividades (família, comunidade, equipe de trabalho, redes de suporte, entre outras), a promoção da literacia em saúde do trabalhador favorece uma maior participação nos diferentes fóruns decisórios relacionados com a saúde e a segurança no trabalho, assim como

facilita a organização de estratégias coletivas visando à melhoria das relações entre a saúde e o trabalho e à promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis;

- **Nível Organizacional:** no nível das organizações, a promoção da literacia em saúde do trabalhador, junto aos diferentes grupos de trabalhadoras e trabalhadores, favorece a reorientação da organização e dos processos de trabalho para a promoção de ambientes seguros e saudáveis, sobretudo quando se consegue construir, de forma dialógica e participativa, estratégias associativas e solidárias para o desenvolvimento de habilidades e competências sobre saúde e segurança no trabalho – a possibilidade de construção coletiva, dentro da organização, de uma cultura de saúde e segurança no trabalho.

Promover a promoção da literacia em saúde do trabalhador a partir de modelos avançados da literacia em saúde, como o proposto por Nutbeam¹⁹, permite a identificação de diferentes espaços e abordagens para o desenvolvimento de ações educativas voltadas ao desenvolvimento de habilidades e competências junto a trabalhadoras e trabalhadores. Partindo daquelas habilidades e competências mais básicas, circunscritas ao nível funcional da literacia em saúde (ler, escrever, falar e operar com números, entre outras) e majoritariamente restritas ao indivíduo, até aquelas mais avançadas, próprias dos níveis interativo e crítico da literacia em saúde (se reconhecer como ator-chave em um grupo social e saber contextualizar, de forma crítica e aplicada, o conjunto de informações sobre saúde que recebe, de diferentes fontes, em diferentes contextos, avaliando e dando sentido estritamente àquelas que são necessárias para o cuidado de sua saúde ou de terceiros), esse modelo permite identificar distintas abordagens educativas, adequadas a cada momento e nível, individual e coletivamente^{8,9,19}.

Nos espaços voltados para o desenvolvimento de competências circunscritas aos níveis

funcional (leitura, escrita, numeracia, entre outras) e interativo (o reconhecimento do papel do indivíduo no grupo social, a capacidade de comunicação, estabelecimento de vínculos sociais indispensáveis para a garantia de sua segurança e saúde, entre outras), nos quais ainda prevalecem estratégias educativas centradas na transmissão de conteúdos, com maior ou menor cuidado com relação à linguagem, dependendo da situação, torna-se necessária e urgente a ruptura com a lógica transmissionista e a possibilidade de orientar a promoção da literacia em saúde do trabalhador pela perspectiva emancipadora (libertadora) da educação em saúde^{9,22}. Uma reorientação que possibilite aproximar esses espaços formativos àqueles tradicionalmente voltados para o desenvolvimento de habilidades e competências circunscritas ao nível crítico da literacia em saúde, onde o ato pedagógico está voltado para o fortalecimento da ação social e política de trabalhadoras e trabalhadores, nos diferentes contextos laborais e fora deles^{22,23}.

Em ambos os casos, observa-se uma forte vinculação dessa perspectiva emancipadora da literacia em saúde do trabalhador com o pensamento de Paulo Freire^{9,22,23}. Ou seja, a literacia em saúde do trabalhador, na sua concepção mais avançada, precisa ser desenvolvida através de uma perspectiva emancipadora (libertadora) da educação em saúde. E, para tanto, faz-se necessário resgatar algumas lições deixadas por Freire em sua extensa obra sobre educação, seja ao explicitar os limites da educação transmissionista (ou bancária, segundo o autor), seja na possibilidade de reorientar as práticas pedagógicas pelo encurtamento de distâncias entre conceitos e práticas e entre educadores e educandos^{22,23}.

A promoção da literacia em saúde do trabalhador, em sua perspectiva emancipadora, também se apresenta como uma estratégia de enfrentamento do fenômeno da desinformação que, nos últimos anos, vem marcando os contextos de produção e divulgação de informações sobre saúde e trabalho, interferindo nos processos de significação e influenciando

resultados de dinâmicas sociais^{6,16}. Ao não se limitarem a aspectos de linguagem e leitura-alidade, as habilidades e competências trabalhadas no âmbito da promoção da literacia em saúde do trabalhador contribuem para o desenvolvimento de capacidades críticas, comunicacionais e participativas junto a trabalhadoras e trabalhadores, permitindo-os analisar, validar e, acima de tudo, contextualizar as informações recebidas, nos processos de significação do conhecimento²³. Dessa forma, conseguem se engajar com mais autonomia em processos e dinâmicas que visam à garantia de sua saúde ou segurança em contextos laborais, discutindo e reinterpretando informações sobre riscos, direitos e condições de trabalho, confrontando discursos desinformativos com base em sua própria experiência e interagindo com mais criticidade em espaços dialógicos junto a gestores, técnicos de segurança e profissionais de saúde^{5,6,16}.

No contexto do SUS, a promoção da literacia em saúde do trabalhador pode ser operacionalizada em diferentes espaços, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), os programas e serviços de Saúde do Trabalhador dos diferentes estados e municípios e as equipes multidisciplinares (e-Multi) da Atenção Primária à Saúde (APS), entre outros.

Os Cerest se apresentam como espaços prioritários para a promoção da literacia em saúde do trabalhador, sobretudo pelo papel que desempenham nas práticas de educação permanente, vigilância participativa e articulação academia-serviços em saúde do trabalhador^{1,2}. Nesses espaços, a promoção da literacia em saúde do trabalhador poderia se dar: por intermédio de programas de formação de multiplicadores do conhecimento, voltados a agentes comunitários, lideranças sindicais e comunitárias, além de profissionais de saúde; em parceria com universidades, escolas técnicas e outros centros formadores do campo da Saúde Pública, através de iniciativas de formação, pesquisa-ação e extensão; e por meio da criação de estratégias capazes de monitorar

iniciativas de desinformação sobre as relações saúde-trabalho e de orientar respostas e estratégias de enfrentamento baseadas em evidências científicas e capilarizadas, através do diálogo social entre esses centros e a sociedade civil organizada, entre outras estratégias.

Já no que se refere à possibilidade de localizar as ações para a promoção da literacia em saúde do trabalhador na APS, seja no contexto das e-Multi ou por meio das unidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), coloca-se a necessidade de reposicionar o trabalho como determinante central da saúde, integrando a saúde do trabalhador aos planos de cuidado individual e coletivo, com ênfase em indivíduos e grupos de usuários mais vulnerabilizados e territórios menos assistidos. As salas de espera das unidades básicas de saúde poderiam ser espaços privilegiados para o desenvolvimento de ações para a promoção da literacia em saúde do trabalhador, de forma dialógica e participativa, permitindo a profissionais da saúde e usuários desenvolverem, de forma associativa e integrada, habilidades e competências visando à garantia de melhores condições de vida e trabalho.

É importante destacar, ainda, que o enfrentamento da desinformação, associado às relações entre a saúde e o trabalho, no contexto da promoção da literacia em saúde do trabalhador, exige políticas e ações intersetoriais que articulem aspectos de saúde, educação e trabalho¹⁶. Nesse sentido, implementar programas de educação permanente voltados à promoção da literacia em saúde do trabalhador – dirigidos a profissionais de saúde, docentes, gestores públicos e lideranças comunitárias e sindicais, entre outros grupos –, por meio de redes interinstitucionais que unam Cerest, academia, movimentos sociais e sindicatos, configura ação estratégica para a promoção de espaços dialógicos horizontais, capazes de combater narrativas desinformativas sobre saúde e trabalho.

Por fim, cabe considerar que o maior desafio talvez seja o de natureza político-estrutural: a possibilidade de transformação das condições

e dos processos que levam ao comprometimento da saúde nas diferentes atividades de trabalho. Nenhum processo de significação é sustentável quando os ambientes, processos e a organização do trabalho continuam a reproduzir adoecimentos, violências simbólicas e físicas, exclusões, incertezas, desgastes e sobrecarga³. A partir dessa constatação, a literacia em saúde do trabalhador não pode ser compreendida apenas como conjunto de competências individuais, mas como prática social e política, que se insere na luta por ambientes de trabalho saudáveis, democráticos e humanizados, com garantia e reconhecimento do papel protagonista de trabalhadoras e trabalhadores^{9,12,21}.

Conclusões

Pensar e promover a literacia em saúde do trabalhador são ações estratégicas para promover a efetiva participação de trabalhadoras e trabalhadores em processos decisórios e dinâmicas sobre a saúde e a segurança no trabalho, sobretudo através do fortalecimento de sua capacidade de buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações para a tomada de decisão informada. Ao fortalecerem a conscientização crítica, a participação coletiva e a capacidade de colaboração intersetorial, as iniciativas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador podem permitir que trabalhadoras e trabalhadores não apenas se submetam a normas e protocolos de segurança – geralmente construídos por atores externos e implementados através de ações verticalizadas –, mas que participem, de forma ativa e consciente, de ações que resultem em melhorias dos processos e dos ambientes de trabalho, incluindo a garantia de condições mais seguras e saudáveis de vida e trabalho.

Avançar na direção da promoção da literacia em saúde do trabalhador, no Brasil, demanda desenvolver estratégias dialógicas e emancipadoras, capazes de permitir a trabalhadoras e trabalhadores atuarem de forma

protagonista, como sujeitos ativos e conscientes, nos processos de mudança, nos ambientes de trabalho, para melhoria das condições de saúde e segurança, individual e coletivamente. Para tanto, faz-se necessário enfrentar e superar algumas barreiras, historicamente identificadas no país no que tange aos limites da autonomia e da condição protagonista de trabalhadoras e trabalhadores: o compromisso institucional com a articulação intersetorial, necessária ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador; esforços educacionais e de formação que rompam com a lógica normativa dos treinamentos e capacitações, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e competências em uma perspectiva dialógica e emancipadora; o efetivo reconhecimento de trabalhadoras e trabalhadores como sujeitos ativos na coprodução de locais de trabalho mais seguros e saudáveis; e a ruptura com a lógica tecnocêntrica que tradicionalmente orienta as ações de saúde e segurança no trabalho, valorizando os espaços de construção coletivos de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, entre outros desafios.

Promover a literacia em saúde do trabalhador como ação estratégica individual, coletiva e organizacional, com o propósito de reduzir as iniquidades produzidas no âmbito das relações entre a saúde e o trabalho, representa uma possibilidade de contribuir não apenas para a criação de ambientes de trabalho mais seguros, mas, também, para a formação de trabalhadoras e trabalhadores mais capazes de interagir entre si e, de forma associativa, engajarem-se nos processos necessários para a garantia de melhores condições de vida e trabalho.

Contribuições de autoria

Peres F (0000-0003-2715-6622)* contribuiu para elaboração, concepção do trabalho; análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do trabalho; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1963-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
- Hurtado SLB, Simonelli AP, Mininel VA, et al. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(08):3091-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>
- Santos CCDA, Gomes NR, Santos KOB, et al. Avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho no Brasil no contexto da saúde do trabalhador: uma revisão de escopo. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2024;49:e9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/38122pt2024v49e9>
- Hennington EA, Santos GBD, Pasche DF. Dez anos da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora e os desafios da formação para (trans) formação do trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2024;49:e4. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21622pt2024v49e4>
- Fachin J, Araújo NC, Araújo RF. Fake News e desinformação em saúde no Brasil. *Ask inf saúde*. 2025;4(1):e-108. DOI: <https://doi.org/10.21728/asklepion.2025v4n1e-108>
- Peres F, Vasconcellos-Silva PR. Literacia científica y en salud: buscando sentidos en un mundo de desinformación, marcado por una emergencia climática. In: Peres F, Menezes MAC, organizadores. *Emergencia climática y las Escuelas de Salud Pública en América Latina: lecciones aprendidas y por aprender*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2025. p. 71-112. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621915>
- Ehmann AT, Ög E, Rieger MA, et al. Work-related health literacy: a scoping review to clarify the concept. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):e9945. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18199945>
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005;20(2):195-203. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>
- Peres F, Rodrigues KM, Lacerda T. *Literacia em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021. (Série Temas em Saúde). DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081068>
- Friedrich J, Rupp M, Feng YS, et al. Occupational health literacy and work ability: a moderation analysis including interpersonal and organizational factors in healthy organizations. *Front Public Health*. 2024;12:e1243138. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1243138>
- Güner MD, Ekmekci PE. Health literacy level of casting factory workers and its relationship with occupational health and safety training. *Workplace Health Saf*. 2019;67(9):452-60. DOI: <https://doi.org/10.1177/2165079919843306>
- Jørgensen MB, Larsen AK. Occupational health literacy: healthy decisions at work. In: O Okan, U Bauer, D Levin-Zamir, et al. *International handbook of health literacy*. Bristol: Policy Press; 2019. p. 347-58. DOI: <https://doi.org/10.56687/9781447344520>
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Abuzeid RAM, Najjar AA, Abdulqader N. Evaluating the effect of occupational health education on workers knowledge. *Emerg Med Inves*. 2018;187(10):e2475-5605. DOI: <https://doi.org/10.29011/2475-5605.000087>
- Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCS, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25:4201-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>

16. Freire NP. Divulgação científica imuniza contra desinformação. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:4810. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.15012021>
17. Ferreira Caceres MM, Sosa JP, Lawrence JA, et al. The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic. *AIMS public health*. 2022;9(2):262-77. DOI: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2022018>
18. Van Dijk F, Caraballo-Arias Y. Where to find evidence-based information on occupational safety and health? *Ann Glob Health*. 2021;87(1):6. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3131>
19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Prom Inter*. 2000;15(3):259-67. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
20. Sevinc N, Korkut B. Relationship of occupational health and safety training with health literacy among employees working in the various lines of business. *Uni Med*. 2020;39(3):171-7. DOI: <http://orcid.org/0000-0003-4763-1902>
21. Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010. 343 p.
22. Peres F. A perspectiva emancipatória da literacia em saúde no Brasil: aportes do pensamento freireiano para a translação de saberes em torno de um conceito global. *Cad Saúde Pública*. 2025;40:e00089824. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT089824>
23. Freire P. A Pedagogia do Oprimido. 75ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2020. 256 p.

Recebido em 15/10/2025

Aprovado em 28/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Colapso ambiental e saúde: políticas e paradoxos

Environmental collapse and health: Policies and paradoxes

Colapso ambiental y salud: políticas y paradoxos

Celia Almeida¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011253P

RESUMO Este ensaio propõe uma reflexão crítica sobre o colapso ambiental do mundo, suas consequências sobre todos os seres vivos e a dissociação entre as contundentes evidências e as políticas preconizadas para fazer frente ao risco de deterioração da vida no planeta. Discute dois temas especialmente relevantes: a crise climática e a transição energética. Sintetiza brevemente suas causas estruturais e as formulações teóricas e analíticas presentes nos debates entre diferentes disciplinas para enfrentar esses grandes problemas contemporâneos – Antropoceno, Ecosocialismo, Capitaloceno. Argumenta que o colapso ambiental mobiliza múltiplas dimensões entrelaçadas, são processos longos e multidimensionais. Analisa sucintamente a crise geopolítica em curso e o impacto desse cenário no sistema internacional e na Organização das Nações Unidas (ONU). As informações e os dados provêm de revisão bibliográfica e documental, não sistemática, de artigos da internet e notícias da mídia. A intenção é descrever um panorama amplo, uma ‘fotografia do momento’, sobre questões que se articulam e impactam o planeta. Conclui que problematizar a complexidade da situação ambiental e o alcance de algumas políticas pode ajudar a entender as dinâmicas estruturais subjacentes, as despolitizações e contradições em uma perspectiva que amplia o debate sobre vulnerabilidade social e planetária.

PALAVRAS-CHAVE Poluição ambiental. Saúde global. Clima. Energia renovável.

ABSTRACT This essay proposes a critical reflection on the world's environmental collapse, its consequences on all living beings and the dissociation between the overwhelming evidence and the policies recommended to face the risk of deterioration of life on the planet. It discusses two particularly relevant topics: the climate crisis and the energy transition. It briefly summarizes its structural causes and the theoretical and analytical formulations present in the debates between different disciplines to face these major contemporary problems – Anthropocene, Ecosocialism, Capitalocene. It argues that environmental collapse mobilizes multiple intertwined dimensions, are long and multidimensional processes. It briefly analyzes the ongoing geopolitical crisis and the impact of this scenario on the international system and the United Nations (UN). The information and data come from a non-systematic bibliographic and documentary review, internet articles and media. The intention is to describe a broad panorama, a ‘photograph of the moment’, about issues that are articulated and impact the conditions of the planet. It concludes that problematizing the complexity of the environmental situation and the scope of some policies can help to understand the underlying structural dynamics, depoliticizations and contradictions in a perspective that expands the debate on social and planetary vulnerability.

KEYWORDS Environmental pollution. Global health. Climate. Renewable energy.

RESUMEN Este ensayo propone una reflexión crítica sobre el colapso ambiental mundial, sus consecuencias para todos los seres vivos y la disociación entre la evidencia abrumadora y las políticas recomendadas para enfrentar el riesgo de deterioro de la vida en el planeta. Se analizan dos temas particularmente relevantes: la crisis climática y la transición energética. Resume brevemente sus causas estructurales y las formulaciones teóricas y analíticas presentes en los debates entre diferentes disciplinas para enfrentar estos grandes problemas contemporáneos: Antropoceno, Ecosocialismo, Capitaloceno. Sostiene que el colapso ambiental moviliza múltiples dimensiones entrelazadas, son procesos largos y multidimensionales. Se analiza brevemente la actual crisis geopolítica y el impacto de este escenario en el sistema internacional y las Naciones Unidas (ONU). La información y los datos provienen de revisión bibliográfica y documental no sistemática, de artículos de Internet y de la media. La intención es describir un panorama amplio, una ‘fotografía del momento’, sobre temas que se articulan e impactan al planeta. Se concluye que problematizar la complejidad de la situación ambiental y el alcance de algunas políticas puede ayudar a comprender las dinámicas estructurales subyacentes, las despolitizaciones y las contradicciones desde una perspectiva que amplíe el debate sobre la vulnerabilidad social y planetaria.

PALABRAS CLAVE Contaminación ambiental. Salud global. Clima. Energía renovable.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
celia.almeida09@gmail.com

Introdução

O colapso ambiental é um dos grandes problemas globais contemporâneos. Ganhou enorme relevância nos últimos tempos, embora a questão já tenha sido enunciada há décadas.

A noção de sustentabilidade apareceu no final dos anos 1970 como um mero jargão técnico, e, a partir dos anos 1980, passou a ser utilizada para qualificar o desenvolvimento, consolidando-se no decorrer da década dos 1990¹⁻³. Hoje, está disseminada, incorporada a várias áreas do conhecimento, como também ao senso comum, mas sem uma definição precisa¹⁽¹²⁻¹³⁾. As raízes do debate sobre o tema estão, principalmente, nas “reflexões da ecologia e da economia”¹⁽¹⁷⁾, com diferentes vertentes teórico-conceituais, explicações e tentativas de solucionar os dilemas do crescimento/desenvolvimento.

O termo Ecologia foi cunhado na segunda metade do século XIX, e a concepção da Ecologia como ciência e disciplina se desenvolveu no século XX. Designa o estudo das interações entre os seres vivos e seu ambiente, isto é, uma ciência que se aprofunda nos meandros, interações e compatibilidades entre as quatro dinâmicas constitutivas da Terra – a do planeta, a da vida, a da natureza humana e a da civilização⁴. A teoria da evolução darwiniana rompeu com a concepção dual do tempo – ‘tempo histórico’, progressivo; e ‘tempo da terra’, cíclico e repetitivo – e com o caráter determinista da história, estabelecendo a unicidade do tempo – um fluxo contínuo, em permanente interferência entre os complexos processos socioevolutivos, em uma relação dialética, continuidade na descontinuidade⁴.

O termo ‘biosfera’ foi cunhado na mesma época. “Bio[s] significa vida e ‘esfera’ refere-se à superfície arredondada da Terra, ou seja, aquela que sustenta a vida”⁵⁽⁶⁹⁾. Desde então, a palavra passou a se referir à rede interligada da vida na Terra e à biodiversidade que nos rodeia, com todas as suas intrincadas relações biológicas e geológicas, que tornam o planeta um espaço habitável⁵. Os impactos humanos

na biosfera vêm se acumulando há milênios, deixando registros fósseis e arqueológicos de muitas modificações, contudo, o crescimento acelerado dessas mudanças nas últimas décadas pode levar a uma redução importante na habitabilidade do planeta e à consequente extinção da humanidade. A capacidade regenerativa da biosfera vem sendo perigosamente alterada, e teme-se chegar a um ponto sem retorno. Na realidade, a ‘vida’ se efetiva por processos cooperativos, e a ‘sustentabilidade’ precisa da capacidade regenerativa da biosfera⁵.

O termo Antropoceno, por sua vez, foi proposto de forma ‘casual’ em 2000 para se referir ao crescente impacto das atividades humanas no ‘sistema terra’, uma abordagem que concebe a Terra como um conjunto interconectado integrado de subsistemas (geosfera, biosfera, criosfera, hidrosfera e atmosfera)^{1,3,6}. A partir de então, difundiu-se rapidamente por vários campos do pensamento humano, e hoje é objeto de inúmeras reflexões^{2,3}. Os impactos são detectáveis desde a pré-história, mas aumentaram drasticamente com a ‘Grande Aceleração’ pós-segunda guerra – aumento populacional, intensa industrialização, globalização, consumo excessivo –, que construiu o mundo contemporâneo⁷. O prefixo ‘antropo’ enfatiza que os humanos e suas complexas sociedades têm modificado o sistema operacional da Terra, e o sufixo ‘ceno’ é normalmente utilizado para se referir aos tempos geológicos da Terra, em uma escala dividida em diferentes fases (eras, idades, épocas). Para alguns autores, a extraordinária expansão das estruturas e tecnologias construídas pelo homem, das quais são hoje totalmente dependentes (urbes, edifícios, estradas, veículos, internet, inteligência artificial etc.), indicariam também uma ‘nova esfera’ planetária – a ‘tecnoesfera’⁶.

Cientistas de diversas áreas manifestam que o impacto causado pela humanidade no planeta é tão grande que se pode afirmar a entrada em uma ‘época nova’ (o Antropoceno). Intensos são os debates, ainda sem conclusões definitivas, sobre a formalização do termo,

o seu reconhecimento geológico e a data de seu início. E muitas são as dificuldades, pois requerem diálogos difíceis entre a geologia (que define normas e padrões nessa seara) e várias outras disciplinas^{3,5,6}.

Assim, o colapso ambiental é um tema que mobiliza múltiplas dimensões entrelaçadas, e chama a atenção a não correspondência entre as dramáticas evidências e a ausência de ações políticas concretas, evidenciadas pela continuidade de atividades danosas, o não cumprimento das metas acordadas em âmbito internacional e a inefetividade das Conferências das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas (COPs) sobre Mudança do Clima, Biodiversidade, entre outras. Como entender essa dissociação entre evidências (científicas e vivenciais) e ações políticas concretas?

Em termos políticos, os problemas estão intimamente implicados na alta demanda energética (primeiro, de combustíveis fósseis, e, agora, renováveis) e nos circuitos financeiros e de uso da natureza⁸. A lógica é a do extrativismo exacerbado, transformação do mundo em ‘recursos’, ‘matéria-prima’ para produção de mercadorias^{7,8}. Um modelo civilizatório em que convergem zonas de sacrifício/aprovisionamento e centros de destino/acumulação^{7,8}.

Este ensaio propõe uma reflexão crítica sobre o contexto planetário e suas consequências sobre todos os seres vivos e o papel de algumas políticas, negociadas e decididas em âmbito internacional e aplicadas na esfera nacional, para fazer frente ao risco real de acelerada deterioração da vida no planeta.

Os processos atuais não são novos, são de longo prazo, e os problemas foram se exacerbando ao longo do tempo. São:

processos lentos e continuados de contaminação, despossessão, deslocamento forçado e deterioração nas possibilidades de modos de vida autônomos aos circuitos do capital⁸⁽⁴⁾.

Uma dinâmica que enaltece um modelo de crescimento/desenvolvimento permanente e

inevitável, que corrói o planeta em nome do progresso^{8,9}.

Não se pretende apresentar uma revisão bibliográfica exaustiva sobre o tema, tampouco discutir conceitos ou correntes de pensamento sobre ‘sustentabilidade’ e propostas de soluções, que se enfrentam nos debates contemporâneos, públicos ou acadêmicos, disponíveis em extensa bibliografia. A intenção neste texto é modesta: descrever um panorama amplo, uma ‘fotografia do momento’, sobre questões multidimensionais que se articulam e impactam as condições de vida das populações. Uma perspectiva que amplia o debate sobre vulnerabilidade social, políticas públicas e estratégias de mitigação. Apontam-se criticamente alguns paradoxos ou contradições entre os problemas e as soluções preconizadas por políticas pouco efetivas, formuladas e implementadas para enfrentar tal situação. A tentativa de articulação de diferentes informações e ângulos analíticos para pensar ‘saúde’ em sentido amplo, mesmo que na forma de um ‘sobrevoo’, aporta conhecimentos relevantes às reflexões sobre o colapso ambiental e seus impactos nos seres vivos.

Discute-se, primeiro, o contexto no planeta e as causas estruturais de problemas especialmente relevantes – a crise climática (aquecimento global) –, enfatizando o papel dos sistemas alimentares e seus desdobramentos e seu correlato – a transição energética. A seguir analisam-se algumas políticas específicas, seus significados e paradoxos – agronegócio, desenvolvimento sustentável, conservação da biodiversidade e *One Health* –, apontando a dissociação entre evidências e ações. Depois, são elaborados breves comentários sobre o processo geopolítico em curso e seu impacto no funcionamento do sistema mundial e na Organização das Nações Unidas (ONU), incluída a Organização Mundial da Saúde (OMS). Por fim, descrevem-se sinteticamente os reflexos dos problemas analisados na saúde dos humanos e articulam-se algumas reflexões.

Utilizou-se revisão bibliográfica não sistemática de revistas acadêmicas e documentos

oficiais, dirigida para os temas priorizados no ensaio, além de artigos de analistas e pesquisadores disponibilizados em *sites* específicos (A Terra é Redonda, Outras Palavras/Outra Saúde, Newsletter IHU Unisinos, Nueva Sociedad, entre outros) e reportagens na mídia oficial. A maioria dos dados estatísticos é proveniente desse material publicado, e foi checada nas fontes referidas. As informações coletadas foram articuladas analiticamente de forma a embasar a discussão proposta.

A questão ambiental condensa questões que envolvem as escolhas econômicas, políticas e de ordenamento do sistema interestatal (ou a ordem mundial), impulsionada pelo uso de combustível fóssil, urbanização acelerada e progresso tecnológico contínuo. Os resultados apontam para um contexto de crises sobrepostas, que se retroalimentam, e de políticas nacionais e internacionais com efeitos limitados, insatisfatórios ou claramente inefetivos.

Conclui-se que problematizar a complexidade da situação ambiental e o alcance de algumas políticas pode ajudar a entender as dinâmicas estruturais subjacentes, as despolitizações e contradições em uma perspectiva que amplia o debate sobre vulnerabilidade social e planetária. Urge avançar na produção dos conhecimentos que possam enfrentar a complexidade dos problemas e propor alternativas mais efetivas e eficazes, superando a ideia de desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico e tecnológico sem limites, consumo exacerbado e exploração contínua da natureza. Transformações estruturais demandam tempo e reflexão crítica de longo prazo para avançar na busca de respostas

e efetivas mudanças, não apenas soluções imediatistas para a gestão de crises sobrepostas.

O contexto ambiental do planeta

Embora as discussões sobre o clima tenham antecedentes nos séculos XVIII e XIX, a questão climática só começou a ser construída como um problema público global nos anos 1960-1970, quando emerge a ‘ciência do ambiente’ e a ‘sociologia ambiental’⁴.

As mudanças climáticas e a transição energética são dois temas particularmente importantes no contexto planetário contemporâneo. Os efeitos do aquecimento global vêm se intensificando, manifestando-se de forma desigual nos territórios, e impactam diretamente a saúde das populações. Desse modo, a substituição dos combustíveis fósseis na produção de energia é inevitável.

São questões ‘gêmeas’ urgentes, mas desafiadoras: articulam-se em ciclos viciosos entre o problema e a solução preconizada. São fenômenos complexos e multidimensionais e envolvem questões estruturais interrelacionadas (econômicas, sociais e culturais).

O consenso científico atual busca definir os ‘limites globais’ (isto é, as fronteiras) que o planeta pode suportar em termos ambientais, econômicos e sociais seguros para a humanidade^{3,10}. No quadro conceitual das ‘fronteiras planetárias/sistema terra’¹⁻³, as mudanças climáticas representam apenas uma das nove fronteiras, e seis delas já foram ultrapassadas, colocando em risco a existência humana¹⁰ (*quadro 1*).

Quadro 1. Fronteiras planetárias: limites seguros para a humanidade

- 1) Mudanças climáticas
 - 2) Acidificação dos oceanos
 - 3) Esgotamento do ozônio estratosférico
 - 4) Fluxos biogeoquímicos dos ciclos do nitrogênio e do fósforo
 - 5) Utilização da água doce
 - 6) Mudança no uso da terra
 - 7) Perda de integridade da biosfera
 - 8) Carga de aerossóis atmosféricos e
 - 9) Incorporação de novas entidades, como elementos sintéticos e resíduos nucleares.
-

Fonte: Santaella L³ e Foster JB¹⁰.

Portanto, todas as fronteiras planetárias devem ser examinadas, e não é possível concentrar esforços apenas em uma, pois mudanças significativas que ocorram em qualquer uma delas podem desencadear distúrbios alhures. Assim,

a fronteira da mudança climática depende da manutenção em níveis seguros de fronteiras de água doce, terra, aerosol fósforo, nitrogênio, marítimas e extratossféricas³⁽⁶⁶⁾.

Embora as metas do Acordo de Paris (2015) não tenham sido ultrapassadas (foram revisadas em 2025), os riscos estão aumentando anualmente. O Relatório Estado do Clima Global-2024, da Organização Meteorológica Mundial¹¹, alerta sobre a necessidade inadiável de ações para conter o superaquecimento e afirma ser essa apenas uma parte do problema.

Epidemias, pandemias, agronegócio e resistência antimicrobiana

Tomando como exemplo as epidemias e os riscos de pandemias, estudos apontam que a explicação de surtos de doenças infecciosas e pandemias não pode ser buscada apenas no agente infeccioso ou no seu percurso epidemiológico, ou, ainda, na ‘fúria da natureza’. Precisa considerar, também, as causas estruturais que potencializam os problemas: os caminhos desenhados pelo uso da terra, das águas, dos animais, das plantas e seus

desdobramentos – destruição de *habitats*, produção de Gases de Efeito Estufa (GEE) – CO₂, metano e óxido nitroso –, aumento da temperatura da Terra, poluição, contaminações etc. Esses percursos alteram substancialmente a biosfera, os ecossistemas e a vida de todos e de tudo no planeta.

São eventos socioecológicos impulsionadores de emergências sanitárias resultantes de uma rede de sobredeterminações, proporcionada pelo modo de produção e sua forma de acumulação. Alguns dados são elucidativos das dificuldades de solução.

É bem conhecido que os sistemas agroalimentares aceleram a crise climática e a evolução da virulência de patógenos pelos danos cumulativos que provocam^{12,13}: deflorestamento, crescimento de extensas monoculturas (não raro, geneticamente modificadas), uso excessivo de fertilizantes e agrotóxicos; grandes dimensões populacionais e aglomeração na criação de animais, provocando mutações e novas variantes de patógenos (que ‘pulam’ de uma espécie à outra); uso abusivo de antibióticos; redes ampliadas de viagens globais para o comércio (inclusive com animais vivos).

A agropecuária mundial utiliza quase a metade das terras habitáveis do planeta, sendo 80% ocupada pela pecuária^{14,15}. No Brasil, os sistemas alimentares foram “responsáveis por 73,7% das emissões de GEE em 2021”, dos quais, 56,3% provêm de mudança no uso da terra e florestas, incluindo o desmatamento, e o setor agropecuário, mais

especificamente, o agronegócio, responde por 33,7% dessas emissões⁸⁽¹⁴⁾.

A estruturação do agronegócio extrapola a agricultura e a pecuária ao articular indústria e cadeias produtivas¹⁴, e incorpora uma contradição: os riscos socioambientais ficam com os produtores rurais, enquanto a maior parte do valor (insumos, máquinas, varejo, serviços financeiros, seguros etc.) é capturada por empresas ‘de fora’ (do setor e do País). Ou seja, os produtores correm os riscos e geram riqueza para quem fornece os insumos e as máquinas e comercializam a produção^{14,15}. Estudos apontam que 80% dos produtos agropecuários do mundo são produzidos no Sul global, mas que a maior parte do lucro vai para o Norte; e que a cada dólar gasto em alimentos, apenas 16% ficam no elo agrícola¹⁴.

A ideia de agronegócio foi construída de forma a ampliar o peso econômico do setor e explorá-lo politicamente¹⁴. Estrutura uma máquina potente de *lobby* e propaganda. No Brasil, a produção agropecuária é dominada por grandes propriedades e monocultura: corresponde a cerca de 2% dos produtores rurais e representa em torno de 6-7% do Produto Interno Bruto (PIB); porém, ao ‘juntar tudo’ na ideia de agronegócio (indústrias antes e depois), chega a 23,2% (em 2024), segundo a Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil e o Centro de Estudos Avançados em Economia Aplicada^{14,15}. A ampliação conceitual desloca o debate de minifúndio/latifúndio e das desigualdades para a imagem de progresso, potência e imprescindibilidade econômica, garantindo o controle do poder e da representatividade política pela minoria de grandes produtores^{14,15}.

Clima, estresse hídrico, oceanos e transição energética

A diminuição dos recursos hídricos (geleiras, águas subterrâneas etc.) pode afetar o suprimento de água doce e alimentos globalmente^{11,16,17}, assim como provocar erosões, aumentar as zonas de ‘terras secas’ (áreas com

água e umidade do solo limitadas – pastagens, savanas). Estima-se que 25-35% dessas zonas no mundo já estejam sofrendo desertificação¹⁸.

As geleiras em montanhas altas e as camadas de gelo continentais (Groenlândia e Antártida) constituem 70% dos recursos de água doce do planeta e estão diminuindo rapidamente, o que pode afetar o suprimento de água e alimentos globalmente^{16,17}. No Brasil, entre 2022 e 2023, a área coberta por água havia caído 2,6%, e o Pantanal foi o bioma mais atingido^{18,19}.

Da mesma forma, a urbanização crescente e desordenada, o crescimento populacional e das desigualdades e, sobretudo, a falta de efetivas políticas públicas nacionais (habitacionais, saneamento básico e transportes) contribuem para essa situação. Acrescenta-se, ainda, o aumento exponencial dos deslocamentos aéreos, marítimos e terrestres, além do domínio da circulação de veículos particulares.

O Brasil detém cerca de 15% da água doce renovável do mundo, mas já enfrenta problemas de depleção²⁰. Tem potencial para ampliar a irrigação de forma sustentável e minimizar o problema, porém, não planeja adequadamente o uso integrado das águas subterrâneas e superficiais^{20,21}. Intervenções oportunas e impostergáveis podem deter esse processo e recuperar os níveis de águas subterrâneas com a participação conjunta do Estado, das comunidades e empresas, como em algumas experiências em curso em outros países, que ainda não são suficientemente valorizadas^{20,21}.

O aquecimento dos oceanos também está impactando os ecossistemas marinhos e a biodiversidade, além de reduzir a capacidade de absorver carbono, provocar acidificação, afetar os seres do mar, contribuir para a formação de furacões e aumento do nível das águas¹⁹, efeitos frequentemente causadores de desastres e calamidades.

E, não menos importante, a acelerada digitalização do mundo (internet, redes sociais, *streaming*, inteligência artificial, aplicativos etc.), dependente das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), aumenta a demanda computacional (os *datacenters*, grandes instalações

para armazenamento e processamento de dados) e gera mais impactos: gasto intensivo de energia, significativo consumo de água, emissão de GEE, produção de lixo eletrônico etc.^{22,23}.

Frente a essa situação, a transição energética, ou a produção de energia verde (substituição de combustíveis fósseis – petróleo, gás, carvão), é imperativa, engloba uma diversidade de estratégias e requer alto investimento em energias renováveis²⁴. Essa é a aposta dos Estados-nação e dos organismos internacionais: metas de emissões zero de GEE até 2050, isto é:

alcançar um equilíbrio entre a quantidade de carbono e demais GEE emitidos na atmosfera, provenientes de atividades humanas, e a quantidade de GEE removidos dela⁸⁽¹⁴⁾.

Ou seja, a descarbonização, o novo consenso global²⁵. Acelera-se a busca de novas tecnologias – agrocombustíveis (produzidos em extensas monoculturas), veículos elétricos, ‘energia verde’ (hidroelétrica, solar, eólica, nuclear). São as ‘soluções limpas’ defendidas pelos mesmos atores causadores dos problemas. Concomitantemente, mantêm-se os níveis de crescimento econômico e o padrão de consumo⁹⁽¹⁶⁾, bem como as desigualdades sociais e os investimentos em combustíveis fósseis.

Energia renovável

Contudo, a ‘energia limpa’ (ou ‘energia verde’) não é tão ‘limpa’ quanto se supõe.

Os dados são expressivos. No Brasil, 47,7% da matriz energética é composta de fontes renováveis, sendo as hidrelétricas a principal, com aumento significativo desde os anos 1970 e aceleração nos últimos anos, impulsionada por investimentos com incentivos fiscais^{9,26-28}. Entre 1974 e 2004, a potência instalada em usinas hidrelétricas cresceu mais de 400%, com empreendimentos polêmicos muito questionados em função dos impactos socioambientais gerados, motivando conflitos e resistência de movimentos sociais (por exemplo,

o Movimento dos Atingidos por Barragens, desde os anos 1980)²⁶. A geração eólica de energia no Brasil se iniciou nos anos 1990, sobretudo no Nordeste e no Norte, e apresentou crescimento vertiginoso nas décadas seguintes, principalmente a partir de 2010²⁷. A capacidade instalada nacional é a sexta maior do mundo, sendo a segunda fonte de participação na matriz elétrica, 90% localizada no Nordeste e no Rio Grande do Sul^{27,29,30}. Porém, as novas fontes energéticas não são isentas de danos ambientais e sociais⁹, e são complementares à produção de petróleo, ainda dominante, inclusive com novas explorações.

As hidrelétricas produzem danos ecológicos irreversíveis: o caso de Belo Monte, na Amazonia brasileira, é emblemático³¹⁻³³, embora essa não seja a única usina na região. A área abrange vários municípios e começou a ser construída em 2010, mas sua concepção vem da década de 1970, e o projeto foi remodelado e adaptado ambientalmente várias vezes, com concessões, embargos e suspensões resultantes de confrontos entre governo federal, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), comunidades atingidas (ribeirinhos e população indígena), justiça federal e ministério público^{28,33}. Reportam-se, ainda, vários problemas nos estudos ambientais (finalizados em 2009)³².

O aumento acelerado do fluxo migratório para a região provocado pela obra levou à intensificação do uso e à ocupação desordenada do solo, gerando inúmeros problemas. Os impactos físico-ambientais decorrentes do represamento, das inundações e do desvio de parte das águas dos rios ocasionou enorme perda da biodiversidade vegetal e animal, mortandade, extinção de espécies e remoção de comunidades, com significativo aumento da pressão sobre os recursos minerais, florestais, pesqueiros (dos quais dependiam as populações locais)³³.

Nesses grandes empreendimentos, a norma é o aparecimento de novas e precárias povoações em localidades próximas, seja

pelos deslocamentos, seja pela atração de trabalhadores de outras áreas, constituindo concentrações demográficas, não raro, sem infraestrutura pública e com aumento de morbidades.

Sem dúvida, há também resultados positivos – eletrificação, reordenamento urbano e criação de áreas especiais para comunidades removidas –, que, porém, são insuficientes frente ao tamanho da destruição e aos impactos socioambientais.

A energia eólica, por sua vez, tem sido considerada promissora pela necessidade de diversificação frente à redução de regimes pluviométricos e aumento da escassez hídrica, apesar de haver algumas barreiras técnicas para sua expansão contínua (a inconstância temporal com previsibilidade limitada)^{26,27}.

Grandes investimentos mundiais têm sido realizados em mapeamentos dos potenciais eólicos estaduais/regionais, em pesquisas e desenvolvimento tecnológico que visam a minimizar os impactos dessa produção energética, mas esses ainda são incipientes no Brasil²⁹. Os impactos ambientais, sociais e econômicos nas diferentes regiões brasileiras com potencial favorável a esse recurso energético ainda não são claramente conhecidos e trabalhados^{26,27}.

Sabe-se que os impactos socioambientais dos parques eólicos^{26,27,29,30} são relativamente menores se comparados com as usinas hidroelétricas, pois não exigem grandes obras de construção civil^{26,27}. Contudo, eles não estão ausentes, e relatam-se problemas com o funcionamento das turbinas (ou aerogeradores): ruído e infrassom, danos à fauna e à flora, interferências eletromagnéticas (com redes transmissoras) e impactos visuais. Relatos recentes informam problemas de saúde nas populações próximas aos parques eólicos no Nordeste brasileiro, provocados pelo ruído das torres ('síndrome da turbina eólica' e 'doença vibroacústica'), como perda auditiva, insônia, irritabilidade, dores de cabeça, ansiedade³⁴. Aparentemente, as instalações em alguns locais não cumpriram os requisitos técnicos mínimos requeridos^{26,27}.

Recentemente, observa-se destaque especial para o 'hidrogênio verde' como fonte energética, considerado o 'combustível do futuro', cuja institucionalização merece um rápido repasse. No início da década de 2020, o mercado mundial de energia enfrentou 'duas grandes crises diametralmente opostas': a primeira, com a pandemia de covid-19 – quando sobrou combustível –, e a segunda, um ano depois, com a recuperação econômica, acompanhada de eventos climáticos extremos e problemas de planejamento, quando faltou combustível e a inflação generalizada provocou revoltas populares³⁵. A dependência europeia de importação de energia obrigou a busca de novos combustíveis ('limpos') e a revisão da matriz energética na União Europeia (UE): o gás natural importado da Rússia (levado por gasodutos) é responsável por cerca de 40% do consumo energético europeu^{36,37}. Porém, a eclosão da guerra na Ucrânia no início de 2022 agravou a situação.

Para resolver os impasses, a Comissão Europeia estabeleceu o 'Pacto Verde' (Green Deal) e criou o Plano REPowerEU (2022), "um pacote de políticas de caráter regulador que visam acelerar a transição para a produção de energias renováveis até 2030"³⁵⁽²⁴⁾, adotando como 'solução' a descarbonização e a 'economia verde', incluindo os biocombustíveis (*e-fuels*) oriundos de fontes renováveis³⁵. Nessa dinâmica, a Alemanha insere o 'hidrogênio verde' na agenda energética europeia, posicionando-se como ator central nas políticas climáticas e industriais do bloco^{35,36}. Um detalhe importante é que esse combustível pode ser obtido por meio do processo de 'eletrólise da água', isto é, da separação da molécula da água (H₂O) em hidrogênio (H₂) e oxigênio (O). Mas, para garantir o lugar de 'alternativa verde', a divisão deve ser feita com eletricidade oriunda de fontes renováveis^{36,37}.

Assim, vários acordos vêm sendo estabelecidos "com países que atendam às condições de produção de hidrogênio verde, ou seja, países em desenvolvimento, ricos em sol e vento, e com alto potencial para energias

renováveis”³⁶⁽²⁷⁾, situados em diferentes regiões do mundo, incluindo a América do Sul, e, nela, o Brasil^{36,37}.

Note-se que a produção de energia renovável exige a extração de volumosas quantidades de minerais críticos (lítio, bauxita/alumínio, cobre, grafite, entre outros) e ‘terras raras’ (17 elementos químicos com propriedades únicas), imprescindíveis e estratégicas para os novos padrões tecnológicos: turbinas eólicas, energia solar, veículos elétricos, semicondutores, indústria eletrônica e defesa^{9,24,38-42}. Para se ter uma ideia,

um veículo elétrico requer seis vezes mais recursos minerais do que um veículo a combustão, enquanto uma usina eólica *onshore* (localizada em terra) precisa de nove vezes mais insumos minerais do que uma usina a gás⁴¹.

Em consequência, a demanda projetada para esses minerais nos próximos 30 anos supera as reservas conhecidas de alguns deles, estimulando prospecções e disputas⁴¹.

No caso das ‘terras raras’, embora o nome sugira escassez, o que é complexo e caro é a extração e o refinamento desses minerais, processos altamente poluentes e tecnicamente exigentes^{41,42}, além da reduzida empregabilidade em comparação com outros empreendimentos³⁹.

A expansão dessa indústria mineral provoca intensa e perene degradação ambiental, tem consumo hídrico elevado, além do risco de provocar ‘catástrofes criminosas’ – não se podem esquecer os desastres ambientais e socioeconômicos sequenciais ocorridos recentemente, como o rompimento de barragens em Mount Polley (Canadá, 2014), Mariana (Brasil, 2015) e Brumadinho (Brasil, 2019), entre outros. Não raro, o desenvolvimento dessa indústria expulsa populações de seus territórios originais (em geral, terras públicas), com perda de condições de subsistência (econômica, social e cultural), além de aumentar a violência e os conflitos, como mencionado.

A distribuição dos recursos minerais no mundo é desigual. Atualmente, a China detém 48% das reservas mapeadas no mundo, domina cerca de 70% da produção (em 2024), 90% do refino e praticamente todo o mercado de ímãs permanentes (peça-chave para veículos elétricos, turbina e aviões)³⁹. Essa situação geopolítica confortável é resultado de várias décadas de investimentos sistêmicos na “escala de produção e na integração vertical de suas cadeias de suprimentos”⁴² – um ecossistema industrial completo, pesquisa e formação de recursos humanos etc. Portanto, a China possui o domínio estratégico do setor^{41,42} e, o mais importante, tudo é controlado por empresas estatais com laços diretos com o Estado, como é, aliás, tendência em vários países^{39,41,42}.

O subsolo da América Latina, e do Brasil, em particular, é abundante nesses elementos, e a intensificação da demanda por mineração é preocupante, sobretudo pelo domínio do mercado por grandes empresas transnacionais controladas por capital estrangeiro, nem sempre ético ou confiável. Contudo, exalta-se o potencial econômico e estratégico dessas reservas e quase não se discute como proteger a exploração dessa riqueza nacional ou mitigar a devastação.

Relata-se, ainda, a tendência de redução do rigor no monitoramento ambiental pelos países e aumento dos conflitos envolvendo comunidades, corporações e os próprio governos, sobretudo no Sul⁴³⁻⁴⁵. No Brasil, são exemplos a proposta de incorporação das terras indígenas aos negócios agrominerários (Instrução Normativa Conjunta da Fundação Nacional dos Povos Indígenas – Funai e do Ibama, de 2021) e a aprovação recente do ‘PL da Devastação’, que flexibiliza o licenciamento ambiental e propõe um novo tipo de autorização (a ‘Licença Ambiental Especial’) para ‘agilizar’ projetos e empreendimentos considerados ‘estratégicos’. Esse projeto tramitou no legislativo por mais de 20 anos (desde 2004) e, originalmente, pretendia:

regulamentar o licenciamento ambiental e atribuir responsabilidades entre órgãos do Estado e conselhos, em um esforço positivo de estruturação regulatória⁴⁵.

Desengavetado na presidência de Bolsonaro (2018-2022), foi completamente transformado, em paralelo ao desmonte dos órgãos de licenciamento e fiscalização, mas não conseguiu ser aprovado naquele período⁴⁵. Desde então, os setores do agronegócio e da mineração se organizaram em uma ofensiva para assegurar a expansão de suas fronteiras e a máxima captura privada das rendas do setor primário, processo que ganha novo fôlego com os discursos do ‘neoextrativismo verde’ e a demanda por minerais para eletrificação da indústria^{39,42,44,45}.

Aprovado em 2025 (Lei nº 15090/2025), o novo marco do licenciamento consolida mais um passo na reestruturação do modelo extrativista brasileiro, cuja regulação vem sendo transformada desde o esgotamento do ciclo de alta do preço das *commodities*, entre 2004 e 2014. A nova lei foi vetada parcialmente pelo presidente Lula, provavelmente pela complicada conjuntura nacional: asseguramento de rendas do extrativismo frente a restrições orçamentárias; enfrentamento de tensões no legislativo, em que as forças da extrema direita se amotinaram; pressões externas com o tarifaço de Trump (demanda de Washington para a inclusão dos minerais estratégicos nas negociações em troca de recuos nas tarifas); e a realização da COP 30 em Belém, 2025.

Não é exagerada a afirmação de que a ‘guerra pelo subsolo’, pelo controle de minerais críticos e das terras raras constitui hoje fator importante no mapa do poder mundial, que pode reconfigurar tanto o equilíbrio geopolítico quanto a concorrência geoeconômica. Ela é variável importante nas disputas, além de impulsionar novas dependências^{35,39,41,42,46,47}.

Por fim, e não menos importante, os danos ambientais causados por toda essa dinâmica são externalizados e desigualmente distribuídos para populações despossuídas locais,

sobretudo nos países em desenvolvimento, isto é, no Sul do mundo, para onde são direcionados os ‘investimentos’ prejudiciais aos ecossistemas ou os refugos do mundo central. Da mesma forma, produtos produzidos no Norte e banidos por lá – como os agrotóxicos da UE –, são exportados e utilizados no Brasil (o maior importador mundial) e em outras partes do mundo.

E o que dizer das migrações, dos genocídios e ecocídios produzidos por desastres ecológicos, guerras, conflitos e ataques de todo tipo?

Políticas nacionais e internacionais frente à crise ecológica

Ao olhar para as políticas propostas/implementadas para enfrentar os problemas, observam-se contradições e paradoxos.

Políticas para produção de alimentos

Nos anos 1960-70-80, a preocupação maior era com a possível escassez de recursos e a produção global de alimentos. No século XXI, o desafio é outro: os meios utilizados para ‘evitar’ a escassez contribuíram para a próxima geração de problemas ambientais e consolidaram o modelo excludente.

No Brasil, não é possível pensar a expansão do agronegócio e a atuação da Embrapa sem as redes de financiamento público de pesquisas, assim como uma série de outros subsídios. A potente agricultura moderna é fruto de política pública e completamente subvencionada. Desde os anos 1970, o crédito rural generoso fomentou a produção em escala e mecanizada, possibilitando a transformação de alguns setores agrícolas em grandes produtores, apoiados por pesquisa e assistência técnica e aprimoramento das técnicas de defesa sanitária¹⁴. Naquela época, cerca de “1% desses produtores se apropriaram de mais da metade do crédito rural”¹⁴.

O apoio público continuou nas décadas seguintes (anos 1990 em diante), inclusive com fortalecimento da agricultura familiar em menor escala, a partir de programas governamentais específicos (como o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, de 1996), mais a isenção de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) sobre produtos exportados, entre outras medidas. No entanto, essas políticas não são equivalentes para os diferentes grupos do setor e não homogeneizaram a produção agropecuária nem as rendas. Ao contrário, as concentraram (os grandes produtores são os mais bem aquinhoados): privilegiaram aqueles modernizados tecnologicamente – e vinculados às agroindústrias, com produção voltada para o mercado. Dados oficiais dos últimos censos agropecuários no Brasil (de 2006 e 2017) “revelaram perda de importância da agricultura familiar no valor da produção agrícola (de 38% a 23%)”¹⁵. Há consenso nas análises de que o grande estímulo à exportação de produtos agrícolas provoca inflação no preço dos alimentos, pauperização e mudanças internas no próprio setor. Ressaltam-se a falta de planos consistentes de suporte aos produtores familiares – financeiro e para recuperação pós-eventos extremos ou mesmo para transformação (ex., agroecologia)¹⁵. Os problemas são a enorme heterogeneidade e as grandes desigualdades internas no setor agropecuário, não apenas no Brasil.

Desenvolvimento sustentável

A primeira conferência da ONU sobre o tema ambiental ocorreu em 1972, em Estocolmo, e foi oficialmente denominada Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano⁴⁷.

O cenário de fundo da Guerra Fria e o contexto político internacional dos anos 1960 e 1970 foram marcados por embates ‘centro-periferia’ em busca de autonomia política e econômica (Movimento dos Não-Alinhados, em 1961; criação da Organização dos Países Exportadores de Petróleo – Opep, em 1965)⁴⁷.

E, em 1968, foi criado o Clube de Roma, um grupo internacional que reúne cientistas, políticos e empresários para ‘analisar problemas globais’, pensados a partir de um estudo encomendado ao MIT (Massachusetts Institute of Technology), chamado ‘Os Limites do Crescimento’ (o Relatório Meadows) (1972)⁴⁷. O estudo apontava que os problemas do desenvolvimento e “a degradação do meio ambiente tinha origem no crescimento populacional dos países terceiro mundistas”, isto é, “se daria em torno da poluição causada pela pobreza”⁴⁷⁽³¹³⁾, e não fazia nenhuma menção às causas estruturais. Essas ideias “exerceram grande influência nas discussões políticas internacionais dentro das Nações Unidas”⁴⁷⁽³¹³⁾.

A Conferência de Estocolmo assumiu essa premissa e proclamou que o crescimento populacional ameaça a preservação do meio ambiente e devia ser controlado⁴⁷. Dez anos depois, em 1983, foi formada a Comissão Mundial sobre Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas, coordenada por Gro H. Brundtland (Comissão Brundtland), com o objetivo de avaliar as mudanças ocorridas ao longo da década⁴⁷. O relatório publicado em 1987 (Nosso Futuro Comum) trabalha com as ideias dominantes: reitera a pobreza como “geradora de degradação ambiental”⁴⁷⁽³¹⁵⁾, sem discutir suas causas, e focou fundamentalmente nos países ‘pouco desenvolvidos’ (mais pobres).

A novidade trazida pelo relatório Brundtland foi vincular a necessidade do controle populacional e de desenvolvimento econômico à preservação ambiental⁴⁷⁽³¹⁶⁾.

Os ajustes econômicos estruturais dos anos 1980-90 tiveram efeitos devastadores sobre as desigualdades socioeconômicas e o meio ambiente, e as políticas internacionais foram objeto de grandes conferências temáticas da ONU por toda a década⁴⁸. A expressão ‘desenvolvimento sustentável’ foi formulada e legitimada nesse processo para tentar enfrentar as contradições entre crescimento populacional,

conservação de recursos e crescimento econômico e facilitar o gerenciamento de objetivos políticos divergentes – proteção ambiental e desenvolvimento⁴⁹⁽⁶⁹⁶⁾.

Entre os resultados da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, no Rio de Janeiro, Brasil (a Cúpula da Terra ou Rio-92), está a criação da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, cujo objetivo era “operacionalizar um Acordo que mitigasse e reduzisse as emissões dos GEE”⁴⁷⁽³¹⁷⁾. A Convenção do Clima foi

Fruto direto dos trabalhos iniciados pelo IPCC (Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas) em 1988 e da publicação do seu primeiro relatório em 1990⁴⁷⁽³¹⁷⁾.

Adotou três princípios centrais – precaução; poluidor pagador; e responsabilidades comuns, mas diferenciadas –, lançando as bases para o Protocolo de Quioto – negociado a partir de 1994 e aprovado em 1997, fortemente promovido pelos Estados Unidos da América (EUA). Nesse acordo, mantém-se a lógica da divisão internacional do trabalho e do comércio, com todas as suas distorções econômicas e sociais, e financeiriza-se definitivamente a questão climática com o Mercado de Emissões e Mecanismos de Compensação⁴⁷.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2002) assumiram a concepção voltada para a erradicação da extrema pobreza com o incremento da ajuda externa Norte-Sul.

Em setembro de 2015 (prazo para a avaliação dos ODM), na Cúpula das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, os países adotaram formalmente a Agenda 2030, composta pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), cujo processo de construção se iniciou com a Conferência Rio+20 (13-22 de junho de 2012). Diferentemente dos ODM, os ODS constituem uma ampla agenda global construída com participação de variados atores, amplas consultas e difíceis negociações, com objetivos e metas para todos os países⁴⁸⁻⁵⁰.

Para Veiga¹⁽¹⁵³⁾, a grande contribuição da Rio+20 foi a aprovação dos ODS e suas metas (a Agenda 2030) e a sua adoção por todos os Estados membros da ONU. O cumprimento dessa Agenda não é trivial, ao contrário, e seu monitoramento está a cargo quase exclusivamente dos governos nacionais⁵⁰. Não faltaram críticas céticas sobre sua efetividade.

Alguns autores analisam que se tratava de tentar harmonizar dois discursos políticos concorrentes e dois conceitos contraditórios: o do planejamento/regulação e o conservacionista⁴⁹. Este último argumentava que os recursos naturais eram sujeitos a ‘limites’, impondo restrições ao crescimento, e medidas de preservação facilitariam a continuidade do desenvolvimento. O primeiro, que vingou, defendia que a questão ambiental não era um limite, mas uma ‘externalidade’ das políticas econômicas, passíveis de serem controladas com mecanismos que assegurassem uma efetiva gestão ambiental, proporcionada pelo desenvolvimento tecnológico. A questão ambiental e a perda de biodiversidade não seriam problemas, mas desafios a serem enfrentados, o que foi rotulado de “desenvolvimento sustentável”⁴⁹. Subjacentes a esse debate, estavam a crença no progresso como destino inquestionável e a ideia de crescimento como sinônimo de desenvolvimento.

Outros consideram a ‘sustentabilidade’, e o desenvolvimento sustentável, como um ‘novo valor’, tal como os direitos humanos e a justiça social, fáceis de apreender, mas difíceis de definir¹. Representam uma visão de mundo em que transformação e adaptação são inevitáveis, mas requerem precaução e responsabilidade diante de riscos e, principalmente, incertezas atuais e futuras (intra e intergeracionais)^{1,51}. Enfatiza a

necessidade de compatibilizar as principais aspirações da espécie humana com a necessidade de conservar os ecossistemas que viabilizam sua própria existência enquanto espécie¹⁽³⁹⁾.

Em outras palavras, trata-se da esperança de que seja possível compatibilizar a expansão das liberdades humanas com a conservação dos ecossistemas que constituem sua base material.

Os instrumentos, as metas e recomendações de política para o alcance do desenvolvimento sustentável renovam-se periodicamente, mas são apenas prescritivos. Dependem da ‘boa vontade’ dos países e de mudanças substantivas em suas políticas, que não se concretizam, e as metas não são cumpridas.

Financeirização do aquecimento global

A concomitância do ‘desenvolvimento sustentável’ com o fortalecimento e a implementação das políticas neoliberais não é trivial: tratam-se as consequências ambientais como ‘falhas do mercado’, transformando-as em ‘novas oportunidades de negócios’⁴⁷. Atrai-se a sustentabilidade à lógica econômica dominante, que se concretiza no ‘financiamento climático’ a partir de arranjos institucionais e financeiros – ativos verdes, fundos específicos, mercados globais de carbono –, reforçando a financeirização, induzindo ao aumento da participação privada e à autorregulação empresarial, garantidas por instituições financeiras estatais para reduzir riscos e atrair investimentos^{47,52}.

A geração de políticas climáticas nas últimas décadas ampliou o discurso da responsabilidade empresarial sistematizado na Governança Socioambiental (ESG-Environmental, Social and Governance): “um conjunto de critérios que orienta decisões corporativas rumo a práticas ‘mais sustentáveis e transparentes’ [aspas do autor]”, prometendo “melhor gestão de riscos, atração de investimentos e alinhamentos com expectativas sociais”⁵². Comprar e vender direitos de emitir carbono, ou “a precificação do carbono para cobrança do custo social das emissões”, é a principal estratégia para combater a crise climática desde o protocolo

de Quioto, em 1997⁵². Em um longo processo de decisões internacionais,

As estratégias hegemônicas construídas a partir de um regime climático global determinam o mercado e a lógica da compensação como a principal via para solucionar o que se sugere como crise climática e seus respectivos impactos⁵³⁽¹⁴⁷⁾.

A noção de governança surgiu em 2000 no Pacto Mundial, lançado pela ONU, peça-chave na Agenda 2030 e nos ODS⁵⁴. O documento precursor foi o relatório do Pacto de 2004 (Who Care Wins: Connecting Financial Markets to a Changing World), cujos signatários são representantes das principais instituições financeiras globais (destacando-se Banco Mundial, Banco do Brasil, Deutsche Bank, Goldman Sachs e HSBC)⁵⁴. O relatório alinha “recomendações para integrar decisões de investimentos aos princípios do ‘desenvolvimento sustentável’ [aspas do autor]”⁵⁴.

A partir de 2005, um número suficiente de países ratificou o protocolo, e os ‘mercados de carbono’ prosperaram no Acordo de Paris (2015) e na COP 29 (2024). A lógica subjacente é a da ‘internalização’ do custo social dos empreendimentos, supondo-se a reversão automática dos padrões de produção e consumo, substituídos por ‘tecnologias verdes’⁵³. A ESG é um objeto de gestão empresarial e financeira e estabelece um novo tipo de ‘governança’ que, teoricamente, pode impactar o valor das empresas e dos investimentos, isto é, pode trazer riscos ao desempenho financeiro pela ação de ‘ativos intangíveis’ (problemas reputacionais, imagem pública, boicote popular, entre outros)⁵².

Trata-se de uma ‘modernização ecológica do sistema capitalista’, promovendo-se uma ‘transição energética verde y corporativa’, ou seja, o alcance da ‘neutralidade climática’ com a eletrificação da economia e da mobilidade. Para tal, é essencial o acesso aos minerais críticos e às terras raras, em grandes quantidades, localizados, sobretudo, nos países historicamente provedores de matérias-primas, como

os da África e da América do Sul. Prenuncia-se um novo ciclo extrativista global.

No entanto, não há tecnologias e infraestrutura substitutivas facilmente acessíveis, muito menos com custos comparáveis às alternativas fósseis⁵². E estudos comprovam a inefetividade dos projetos compensatórios de emissões⁵³. Por outro lado, a adoção da linguagem do ‘risco climático’, travestida de neutralidade técnica, despolitiza a transição ecológica e encobre as causas estruturais^{53,54}.

As críticas são muitas, tanto de progressistas quanto da extrema direita, com predomínio mais recentemente da última, organizando ‘movimentos de resistência à ESG’ (veja-se o discurso atual de Trump e outros atores).

Conservação da biodiversidade

A questão da conservação da biodiversidade é outro exemplo eloquente:

O debate sobre conservação *in situ* (preservação dos ecossistemas locais e suas complexas interações) e conservação *ex situ* (preservação em locais com ambiente controlado, fora do habitat natural) é antigo, desde a criação da Food and Agriculture Organization – FAO (em 1945), e está associado à Revolução Verde (anos 1960-70), isto é, ao desenvolvimento de uma série de técnicas que prometiam maior eficiência e produtividade dos sistemas agroalimentares globais, garantindo a alimentação da população mundial e a erradicação da fome (a expansão agropecuária se intensifica).

Com o avanço da biotecnologia, os bancos genéticos tornam equivalentes os dois tipos de conservação. A ‘proteção da biodiversidade’ passa a ser concebida como proteção da ‘diversidade genética’, com ganhos, por exemplo, na agricultura e na indústria farmacêutica⁵⁵. E proliferam os instrumentos internacionais para conservação da biodiversidade: os recursos genéticos mudam de ‘patrimônio da humanidade’ para ‘patrimônio dos Estados nacionais’⁵⁵. Reconhecem-se as populações tradicionais como ‘agentes da biodiversidade’⁵⁶,

mas os financiamentos continuam apenas para os cientistas⁵⁵.

E a fome no mundo não diminuiu, ao contrário, cresce aceleradamente *pari passu* ao aumento das desigualdades e dos desastres ambientais em todas as suas dimensões. E é mais dramática nos países espoliados, frequentemente os que menos contribuem para as emissões (que não é o caso do Brasil, um dos grandes poluidores).

Essas dinâmicas evidenciam disputas no campo científico, entre saberes e políticas, o que é esperado e saudável. Mas salienta-se o conjunto de interesses mobilizados na contenda que constitui uma rede complexa de atores com perspectivas políticas divergentes ou concorrentes. A predominância do conhecimento científico fortalece determinados interesses em detrimento de outros saberes; e o uso dos conhecimentos das comunidades tradicionais pelos cientistas (uma troca real, necessária e permanente) torna-se apenas instrumental⁵⁵. Evidenciam-se relações de poder assimétricas entre necessidades locais ambientais e alimentares *versus* interesses ideológicos e econômicos – patentes, privatizações da natureza, recursos financeiros para pesquisa e manutenção de um sistema privilegiado de informação.

Saúde Única (One Health)

Mais recentemente, o enfoque da *One Health* (Saúde Única ou Uma Única Saúde) reproduz a lógica semelhante.

A *One Health* (OH) contemporânea é caudatária da militância secular da profissão veterinária para a unificação das medicinas, desdobrando-se, durante o século XX, em outros termos promotores da mesma proposta – Uma Medicina; Um mundo, Uma Saúde⁵⁷⁻⁶⁰.

O aumento das epidemias nos EUA, no final dos 1990 e no início do século XXI, promoveu uma rápida ascensão da OH. O risco de pandemia (Síndrome Respiratória Aguda Grave – Sars e gripe aviária) e o trabalho conjunto de organizações multilaterais junto aos países,

financiado e apoiado por poderosos atores da saúde global, começaram, então, a ressignificar a abordagem, com grandes financiamentos de ações e pesquisas em saúde e biomedicina. De suas origens nos EUA, os encontros e associações da *One Health* tornaram-se progressivamente internacionais, consolidando o enfoque nos debates políticos setoriais e em estudos científicos⁶¹⁻⁶⁶.

Muitas foram as críticas à abordagem ao longo dos anos, contrapondo perspectivas e elaborações já existentes (socioeconômicas e ecossistêmicas), denunciando sobreposições e considerando insuficiências relevantes: falta de utilização do amplo arsenal teórico e instrumental das ciências sociais na formulação do conceito e da proposta operacional^{59,67-69}; excessiva centralidade do foco no combate às zoonoses sem clara definição da questão ambiental⁷⁰⁻⁷²; estabelecimento de uma hierarquia implícita que coloca o humano acima dos outros seres vivos⁶⁹.

Encontram-se múltiplas definições, interpretações e narrativas associadas ao termo OH, sem nenhuma uniformidade sobre o que é ou deve ser, apesar do intenso apelo discursivo e da sua promoção^{61,64,65,73-75}, ligadas a diferentes premissas sobre a natureza do problema, a missão institucional e os interesses específicos dos atores envolvidos.

Apesar da adesão de organizações e governos ao discurso da Saúde Única, avaliações da operacionalização do enfoque também atestam problemas: as áreas/setores que a Saúde Única engloba estão fragmentadas sob responsabilidade de distintas agências/instituições, e falta financiamento adequado.

Concomitantemente, são elaborados enfoques complementares ou alternativos que rivalizam com a Saúde Única – Ecosáude, Saúde Planetária –, mais ou menos ‘antropocêntricos’. Advogam a necessidade de pensar a saúde nos sistemas socioecológicos, permanentemente em mutação e com complexas adaptações.

A consagração da OH ocorreu após a pandemia de covid-19, em 2020: o enfoque foi

revitalizado, transformado em política difundida mundialmente. Na região sul-americana, a adoção da perspectiva de Saúde Única foi mais tardia, sobretudo por profissionais da veterinária e centrada nas zoonoses⁷⁵.

A grande movimentação internacional – elaboração de documentos, definições, painel de especialistas – é retórica. Não avança no enfrentamento das causas estruturais ou nas possíveis alternativas para a superação dos problemas.

O enfoque da Saúde Única permaneceu relativamente ignorado por muitos governos, mas foi assumido na Cúpula do G20, em Bali, Indonésia, em 2022, contando com o apoio da OMS, e esquecido nas Cúpulas posteriores.

Em 2024, atendendo à demanda das organizações multilaterais e tendo em vista a realização da COP 30 no Brasil, em 2025, a abordagem foi estrategicamente adotada na preparação da 18ª Cúpula do G20 no Rio de Janeiro, ainda que o termo e o conceito não sejam prioritários no País. No Ministério da Saúde, já existiam algumas iniciativas burocráticas: o Grupo Técnico Uma Só Saúde, 2019, vinculado à Secretaria de Vigilância e Ambiente; e o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde, de 2024 (com participação de 20 órgãos e entidades, do aparelho de Estado, de representações profissionais e poucas representações da sociedade civil). A Saúde Única foi também tema de um dos eventos de Alto Nível durante a Reunião de Ministros de Saúde do G20 e instituiu-se o Dia da Saúde Única no País (03/novembro), comemorado mundialmente desde 2016.

Essa adesão governamental provocou críticas contundentes de profissionais da área de saúde coletiva brasileira, que convocaram um debate sobre o tema⁷⁶⁻⁸⁰. Reivindica-se que o conceito de determinação econômica e social da saúde, que informa a concepção nacional ampliada de saúde inserida na Constituição Federal e orientadora da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), daria conta da interdependência entre humanos e demais seres vivos no ambiente (ou a determinação

social e ambiental da saúde). Argumenta-se que as elaborações da saúde coletiva não poderiam ser ‘desprezadas’ em nome de um outro conceito ‘descontextualizado, reducionista e simplista’⁷⁷. Profissionais de outras áreas contestaram essas afirmações e se posicionaram a favor da abordagem^{81,82}.

É inegável a importância de maior discussão sobre a Saúde Única no Brasil, sobretudo pela pouca difusão anterior no País e pela forma como foi assumida pelo governo, aparentemente sem consulta aos órgãos de participação social do SUS. Por outro lado, não parece que se pretendeu substituir as premissas de institucionalização da saúde coletiva. Na realidade, no atual contexto e conjuntura globais, chamar a atenção para a necessidade de maior integração de saberes, perspectivas analíticas, instituições e políticas talvez não seja despropositado.

Multilateralismo, condução geopolítica e colapso ambiental

Um outro ponto que vale a pena problematizar rapidamente é o multilateralismo e a ordem mundial em declínio. Aparentemente, algumas críticas sobre a deslegitimação da ONU parecem esquecer as suas origens históricas e seus desdobramentos: uma enorme arena ‘tecnopolítica’ dominada pelas grandes potências, sobretudo os EUA.

A conjuntura internacional é complexa. No plano geopolítico e no plano econômico, está em curso uma transformação estrutural no sistema mundial, que começou nos anos 1970, e a expansão dos EUA teve, e tem, papel decisivo⁸³.

O arcabouço institucional multilateral validou a ordem mundial do pós-guerras, onde, é bom lembrar, os EUA foram sempre a potência dominante em todos os espaços internacionais, impondo suas preferências e exigências. De uma ‘ordem mundial multilateral e bipolar’ (1945-1973) de ‘crescimento/

desenvolvimento’ sob a hegemonia dos EUA, passa-se para uma ‘ordem mundial unilateral’ (desde os anos 1980), marcada por rupturas, guerras e conflitos variados, motivados sempre por mudanças nas estratégias de poder do Estado líder⁸³. E, agora, o poder absoluto do *hegemon* está sendo desafiado, e resiste. A decadência do ‘Império’ o torna cada vez mais agressivo e autoritário na esperança de conservar ou recuperar o seu poder. Daí a confusão no sistema internacional.

Nesse mesmo período, o mundo mudou muito: a Alemanha se reunificou, a Rússia e a China cresceram, a UE parece que perdeu o rumo. E a Organização do Tratado do Atlântico Norte (Otan) se expandiu até as fronteiras da Rússia.

A OMS, por sua vez, foi moldada sob diferentes perspectivas de como deveriam ser abordados os problemas de saúde. A construção de sua legitimidade mundial foi um processo lento eivado de controvérsias que a acompanham até hoje. E, historicamente, foi desafiada por outros atores internacionais, por ex., o Banco Mundial⁸⁴.

A questão orçamentária é um problema histórico permanente na OMS^{84,85}. Ao mesmo tempo que viabilizou a sua existência, também a submeteu aos ditames e ao poder de veto, sobretudo dos EUA (e aliados), historicamente, seu maior financiador. O aumento paulatino dos recursos não regulares ou extraorçamentários ‘carimbados’ (para atividades específicas) foi sempre importante fator de fragilização.

A retirada da contribuição regular norte-americana, que não é novidade (reaparece de tempos em tempos, desde os anos 1980), e o cancelamento das ajudas humanitárias norte-americanas (United States Agency for International Development – Usaid, President’s Emergency Plan for AIDS Relief – Pefar) e de países europeus provocam evidente preocupação⁸⁶⁻⁸⁸. Porém, veem-se menos manifestações voltadas para a oportunidade de pensar mudanças que alterem essa dinâmica.

Nesse contexto, a governança global tem enfrentado dinâmicas contraditórias com a resistência permanente dos demais Estados

frente à hegemonia imperial. Ao mesmo tempo, a deslegitimação das instituições multilaterais torna irrelevantes os fóruns supranacionais – as grandes potências se retiram ou ignoram as decisões internacionais, e outros países-membros, embora sigam participando das discussões, não cumprem as decisões tomadas.

As principais transformações podem ser assim sintetizadas⁸³:

1. Mudanças conflitivas nas configurações geopolítica e econômica mundial com deslocamento do centro dinâmico da acumulação capitalista para a Ásia, originando um novo eixo econômico sino-americano. E atuação da China como um novo polo articulador, por enquanto, mais significativo nas periferias (África e América do Sul).

2. Envolvimento cada vez maior de três Estados continentais – EUA, China e Rússia – no novo eixo da geopolítica mundial, que detêm, em conjunto, cerca de um quarto da superfície territorial do mundo e mais de um terço da população global. Dos pontos de vista econômico e financeiro, os dois primeiros são complementares, e em torno deles devem girar a competição e a expansão da economia mundial.

3. Fragilização crescente da UE, que passou à condição de instrumento de conquista territorial e de expansão da influência militar do Ocidente (leia-se, dos EUA).

4. Tentativas de contornar o sistema monetário internacional e as sanções econômicas do *hegemon*, desafiando o dólar e utilizando outras moedas em circuitos específicos.

5. Crescimento da importância do ‘Brics expandido’ (ou BRICS+) no tabuleiro geopolítico: com as novas adesões, o grupo detém cerca de 24% do comércio global, mas, também, 51% da produção de combustíveis fósseis e quase 55% das emissões globais de GEE. Preveem-se negociações mais difíceis.

6. Ressureição dos ‘fantasmas’ do nacionalismo e do fascismo com a ascensão da extrema direita em todo o mundo, impulsionada por desencantos e falta de perspectiva.

Tudo indica que os EUA pretendem continuar exercendo seu poder arbitral por imposições comerciais, sanções, invasões e ameaças militares, além da promoção ativa de divisões e de desequilíbrios de poderes regionais, na esperança de reconstruir seu poder global. Mas isso não impedirá as guerras e os conflitos localizados, porque as potências emergentes e os demais Estados seguirão resistindo.

E a saúde global (tradicionalmente entendida como a ‘saúde dos humanos’)?

Os problemas de saúde seguirão crescendo para os seres humanos.

É certo o aumento da proliferação e disseminação de diversos riscos, com sérios problemas que afetam a saúde, uma vez que se intensificam em períodos específicos de inflexão no *status quo* das sociedades, dos territórios e da ordem mundial, impulsionando mudanças que nem sempre caminham na perspectiva almejada. E, via de regra, são disruptivos e destruidores. Entre eles, destacam-se:

1. Consequências da grande instabilidade no sistema internacional (guerras, conflitos, fome, genocídios).

2. Emergência e reemergência de doenças transmissíveis e possibilidade de novos surtos, epidemias e até pandemias.

3. Emergência de patógenos resistentes à medicação (resistência antimicrobiana).

4. Aumento da desnutrição, uma das principais causas globais de problemas de saúde,

em todas as suas formas – obesidade, sub-nutrição e outros riscos da má alimentação.

5. ‘Disseminação’ de enfermidades crônicas não transmissíveis (ex., diabetes, obesidade, câncer, doenças mentais e neurológicas) relacionadas ao consumo de produtos danosos à saúde (tabaco, álcool, drogas ilícitas, alimentos industrializados ultraprocessados etc.) ou de causas ainda não conhecidas, como também resultantes de sofrimentos sociais variados (pobreza, precariedade, desesperança, descrença), agravadas pelas reformas econômicas e as novas tecnologias.

6. Generalização e piora dos efeitos da poluição, das mudanças climáticas e das questões ambientais, com catástrofes de difícil controle e recuperação.

7. Migrações numerosas de populações cada vez mais depauperadas, carentes e rechaçadas por muitos países.

A tendência é de aumento de riscos catastróficos, que ultrapassariam o Estado territorial e sua capacidade de gestão, em um contexto de ausência de mecanismos efetivos de governança global. Lembremos da tragédia recente no Rio Grande do Sul, no Brasil (2024); e, em 2025, dos incêndios na Europa, furacão no Vietnã, enchentes no Nepal, na Índia e no México, entre outros eventos.

E as mudanças climáticas cada vez mais vão provocar grandes desafios sanitários, podendo ser consideradas uma ‘pandemia’, pelos impactos avassaladores na saúde dos humanos e em todos os ecossistemas dos quais depende a vida no planeta. Considere-se que o mundo está imerso em uma ‘síndrome global’, isto é, uma sinergia entre diferentes ‘pandemias’ – obesidade, desnutrição e mudanças climáticas –, que produz sequelas complexas, comparte os mesmos disparadores sociais e atinge diferentes territórios, países ou regiões⁸⁹.

Para terminar

Os problemas ambientais são resultado de dinâmicas históricas que se reatualizam e reproduzem continuamente.

Em termos muito sintéticos, para vários pensadores, as atividades humanas, sobretudo as dos últimos 80 anos, não apenas provocaram alterações na biosfera, mas teriam se tornado uma ‘força de natureza geológica’, interferindo no comportamento do sistema climático e, por extensão, nos oceanos, na atmosfera e nos solos.

Entretanto, não há unanimidade sobre o termo Antropoceno. As discordâncias, os questionamentos ou ceticismos são muitos, sobretudo nas ciências sociais, levando à formulação de vários nomes substitutivos ou oposições explícitas⁹⁰. “As críticas mais contundentes e as propostas mais radicais, provêm dos críticos do capitalismo”³⁽⁸⁴⁾, entre eles, os ecomarxistas, que pregam o ‘Ecosocialismo’¹⁰⁽⁹¹⁻⁹³⁾, e os que defendem o ‘Capitaloceno’⁹⁴. Muito simplisticamente, por um lado, o capitalismo seria o responsável pelos estragos ecossistêmicos e não a espécie humana ou um ‘homem genérico’. E, por outro, somente a reorganização do modo de produção e de consumo em um novo projeto político, econômico e social poderia promover o equilíbrio ecológico, atendendo às reais necessidades da população, valorizando os conhecimentos e práticas tradicionais/ancestrais.

Outros argumentam, ainda, que a ‘culpabilização’ dos humanos introduziria um discurso despolitizante, além de disseminar no senso comum a ideia de igual responsabilização de todos os seres humanos pelos danos ambientais⁷.

As propostas de soluções decorrentes também variam – fim ou resiliência do capitalismo, estagnação ou aceleração do crescimento e decrescimento, entre outras. E todas têm defensores e detratores.

Os fatores que mais contribuem para o aumento da ‘insustentabilidade global’ continuam atrelados inexoravelmente ao “desempenho econômico, medido pelo crescimento

do produto bruto, seja ele interno (PIB) ou nacional (PNB)”⁽⁴¹⁻²⁾. Além de indicador inapropriado para avaliar a sustentabilidade, sinaliza o “ininterrupto aumento do consumo”⁽¹⁴⁰⁾, estimulando o “fetichismo do ‘crescimento do PIB com distribuição de renda’ [aspas do autor]”⁽¹⁴³⁾. Mesmo sendo importante a conscientização da população sobre esse contexto dramático, o ‘esverdeamento capitalista’ (*greenwashing*) é praticamente inócuo.

Há consenso sobre que os maiores disparadores globais dos problemas são o sistema alimentar, os meios de transporte, o desenho urbano e o uso da terra, porém, atuam ‘sindemicamente’, ou seja, alavancam e potencializam os respectivos efeitos nocivos. A análise dessa dinâmica complexa ilumina perguntas e respostas cruciais para sair da inércia política.

Daí resulta que qualquer solução ‘unificada e totalizante’ não será efetiva. Mais importante é compreender como se extraem e transformam os recursos para a oferta de bens e serviços e se estes contribuem para melhorar ou piorar a ‘vida social’. Em outras palavras, são movimentos aparentemente paradoxais – ‘crescer decrescendo’ e ‘decrescer crescendo’ –, “refletindo a bem conhecida dialética da continuidade e descontinuidade”⁹⁵. Significa reduzir ao mínimo as atividades danosas (decrescer) e ampliar ao máximo (crescer) as que aumentam a oferta de bens públicos e as de regeneração/restauração dos ecossistemas (energia renovável, alimentos de qualidade, aumento de áreas protegidas etc.).

As políticas brevemente analisadas se posicionam junto a um extenso elenco de outras agendas contemporâneas da saúde global voltadas para a ‘segurança em saúde’ – segurança alimentar, biossegurança, sustentabilidade genética, entre outras – estruturadas na articulação entre ciência e política. O enquadramento dominante é político e estratégico, pois, em última instância, os atores (indivíduos, instituições e organizações nacionais ou internacionais) trabalham em um modo de produção que não conseguem ou não querem afrontar. Os paradoxos discutidos reforçam essa dissociação.

Pode-se argumentar que as políticas e debates (nacionais e internacionais) cumprem um objetivo de alerta, de chamar a atenção para os problemas, como tentaram outras bandeiras da saúde: Saúde para Todos nos Anos 2000, Determinantes Sociais da Saúde, Cobertura Universal, entre outras.

Obviamente, os debates, estudos e acompanhamentos suscitados por essas políticas públicas, nacionais e internacionais, são muito relevantes, pois divulgam os problemas e provocam necessários embates políticos. Em outras palavras, não se trata de demonizá-las, mas ter clareza de que não modificam as questões estruturais subjacentes, que devem ser problematizadas em seus conteúdos e estratégias.

A fragilização da ONU (e da OMS) é uma realidade^{87-89,96}, e os apelos de reforma não se concretizam, principalmente, pela dura realidade geopolítica e pelo vazio de propostas concretas (qual reforma?). Sendo espaço sociopolítico de embates, negociações e enfrentamentos, a atuação da ONU também é gravemente afetada pela difícil conjuntura global e pelo contexto ambiental. As perguntas que se impõem e deveriam nos ocupar seriam: quais são as instituições a serem ‘reformadas’, excluídas, repensadas, recriadas e para quê, em uma nova realidade geopolítica que não se sabe qual será? Que reforma do multilateralismo garantiria uma OMS mais autônoma?

É preciso, sobretudo, abandonar a retórica dos extremos, superar o ceticismo dos apologistas do fim do mundo e dos que afirmam que ‘não há saída’ para a trajetória destrutiva, renunciando uma possível ‘nova etapa’ da humanidade e do planeta, seja geológica ou não^{3,10}. Não se trata de tarefa fácil ou de resultados assegurados, mas é, pelo menos, uma ‘visão de futuro’ a ser incorporada às esperanças das civilizações contemporâneas, diante da enorme incerteza global e generalizada.

De qualquer forma, o mais importante são as próprias mudanças, cujas evidências são muitas e inquestionáveis, e não há dúvidas de que as forças motrizes das transformações antropogênicas são

fundamentalmente sociopolíticas, independentemente de serem geológicas¹⁻³.

Não nos livraremos de estruturas históricas de uma hora para outra, e as transformações que protegeriam a vida no planeta são necessariamente lentas. Talvez fosse produtivo substituir a narrativa de ‘crises sobrepostas’ (ou policrise, termo banalizado e pouco explicativo) por um esforço de reflexão crítica de longo prazo para encontrar respostas múltiplas que possibilitem enfrentar as causas estruturais das várias situações problemáticas nas quais nos encontramos.

Faz-se necessário arejar as nossas reflexões em busca de respostas criativas, para além da

‘gestão permanente da catástrofe’, e elaborar respostas, não soluções imediatistas, o que significa revisar profundamente os marcos teórico-conceituais, analíticos, históricos e políticos que orientaram escolhas e decisões que levaram à difícil situação contemporânea. Há muito trabalho pela frente!

Contribuições de autoria

Almeida C (0000-0002-1758-1142)* contribuiu para a concepção, pesquisa, elaboração e revisão do artigo. ■

Referências

1. Veiga JE. Sustentabilidade – A Legitimação de um novo valor. 3. São Paulo: Editora Senac; 2019.
2. Veiga JE. O antropoceno e as humanidades. São Paulo: Editora 34; 2023.
3. Santaella L. Antropoceno: terra incógnita. TECCOGS. 2025;(31):53-93. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-3585.2025i31p53-93>
4. Giuliani GM. Sociologia e ecologia: um diálogo reconstruído. Raízes (Camp Gd, Online). 1998;(16):25-40. DOI: <https://doi.org/10.37370/raizes.1998.v.119>
5. Williams M, McGann M, Yasuhara M, et al. The biosphere in the anthropocene. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2026;381(1942):20240416. DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2024.0416>
6. Zalasiewicz J, Martin MJ, Waters CN, et al. The Anthropocene. A changed planet. Desert Report [Internet]. 2023 jun 1 [acesso em 2025 fev 4]. Disponível em: <https://desertreport.org/the-anthropocene/>
7. Steffen W, Broadgate W, Deutsch L, et al. The trajectory of the Anthropocene: the great acceleration. Anthr Rev. 2015;2(1):81-98. DOI: <https://doi.org/10.1177/2053019614564785>
8. Moraes A. Uma *transição* para a vida terrestre: ciência, tecnologia e formas políticas de autonomia na era do colapso climático. Rev Opinião Filos. 2024;15(2) e1227:1-10. DOI: <https://doi.org/10.36592/opiniaofilosofica.v15n2.1227>
9. Aguiar CBO, Fante F, Holanda J, et al. Uma análise crítica sobre a transição energética no Brasil: Usinas eólicas, hidrogênio verde e minerais críticos [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Foster JB. Ecosocialismo e decrescimento. A Terra é Redonda [Internet]. 2025 jan 30 [acesso em 2026 jan 5]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/ecossocialismo-e-decrescimento/>
11. World Meteorological Organization. State of the Global Climate 2024 [Internet]. Geneva: World Meteorological Organization; 2025 [acesso em 2025 mar 20]. (WMO-No. 1368). Disponível em: https://wmo.int/sites/default/files/2025-03/WMO-1368-2024_en.pdf
12. Wallace R, Liebman A, Chaves LF, et al. COVID-19 and circuits of capital. Mon Rev [Internet]. 2020 [acesso em 2024 nov 20];72(1). Disponível em: <https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/>
13. Wallace R, Liebman A, Bergmann L, et al. Agribusiness vs. public health: disease control in resource-asymmetric conflict. HALAC [Internet]. 2020 [acesso em 2024 nov 20]. ID-02513883. Disponível em: <https://hal.science/hal-02513883v1>
14. Pinto LCG. Agro pop não reflete contradição interna: entrevista com Luís Carlos Guedes Pinto. IHU On-Line [Internet]. 2025 set 30 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/657894-agro-pop-nao-reflete-contradicao-interna-entrevista-com-luis-carlos-guedes-pinto-ex-ministro-da-agricultura>
15. Baccarin JG. Agronegócio ou agricultura familiar? A Terra é Redonda [Internet]. 2025 out 13 [acesso em 2025 out 13]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/agronegocio-ou-agricultura-familiar/>
16. United Nations Convention to Combat Desertification. The global threat of drying lands: regional and global aridity trends and future projections [Internet]. Bonn: United Nations Convention to Combat Desertification; 2024 [acesso em 2025 mar 20]. (Science Policy Brief). Disponível em: https://www.unccd.int/sites/default/files/2024-12/aridity_brief.pdf
17. UN Water. United Nations World Water Development Report 2025: Mountains and glaciers - Water towers. UN-Water Publication [Internet]. 2025 mar 21 [acesso em 2025 jul 23]. Disponível em: <https://www.unwater.org/publications/un-world-water-development-report-2025>
18. Cho R. A Terra está secando – cada vez mais rápido. Outras Palavras [Internet]. 2025 mar 25 [acesso em 2025 out 13]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/a-terra-esta-secando-cada-vez-mais-rapido/>
19. Pacheco P. 2024 teve recorde de desastres e piora nos principais indicadores climáticos. Observatório do Clima [Internet]. 2025 fev 21 [acesso em 2025 fev 21]. Disponível em: <https://www.oc.eco.br/2024-teve-recorde-de-desastres-e-piora-nos-principais-indicadores-climaticos/>
20. Arantes JT. O agronegócio avança sobre as águas subterrâneas. O Eco [Internet]. 2025 fev 10 [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/o-agronegocio-avanca-sobre-as-aguas-subterraneas/>
21. Uchôa JGSM, Oliveira PTS, Ballarin AS, et al. Widespread potential for streamflow leakage across Brazil. Nat Commun. 2024;15:10211. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-024-54370-322>
22. Vasconcelos Y. Os impactos ambientais da computação. Rev Pesqui FAPESP [Internet]. 2025 [acesso em 2025 mar 11];349. Disponível em: <https://revistaspesquisa.fapesp.br/os-impactos-ambientais-da-computacao/>
23. Freire DMC. A sede do capitalismo de vigilância: inteligência artificial e estresse hídrico: o alto, oculto e custoso consumo de água por gigantes da comunicação e a promessa de novas IAs. O Eco [Internet]. 2025 fev 14 [acesso em 2025 fev 16]. Disponível em: <https://oeco.org.br/analises/a-sede-do-capitalismo-de-vigilancia/>
24. Milanez B. Crise climática, extração de minerais críticos e seus efeitos para o Brasil. Cad Diálogos Povo [Internet]. 2021 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/poemas/files/2014/07/Milanez-2021-Crise->

- clim%C3%A1tica-extra%C3%A7%C3%A3o-de-minerais-cr%C3%ADticos.pdf
25. Bringel B, Svampa M. Del “Consenso de los Commodities” al “Consenso de la Descarbonización”. Nueva Soc [Internet]. 2023 jul-ago [acesso em 2024 set 9];306:51-70. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/nuso/nuso-306.pdf>
 26. Pinto LIC, Martins FR, Pereira EB. O mercado brasileiro da energia eólica, impactos sociais e ambientais. Rev Ambient Água. 2017;12(6). DOI: <https://doi.org/10.4136/ambi-agua.2064>
 27. Pinto RJ, Santos VML. Energia eólica no Brasil: evolução, desafios e perspectivas. RISUS. 2019;10(1):124-42. DOI: <https://doi.org/10.24212/2179-3565.2019v10i1p124-142>
 28. Souza AN, Jacobi PR. Expansão da matriz hidrelétrica brasileira: uma análise a partir da economia dos bens e serviços públicos. Nov Cad NAEA. 2015;18(2):35-49. DOI: <https://doi.org/10.5801/ncn.v18i2.2215>
 29. Holanda J. Uma análise do setor eólico no estado do Ceará [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>
 30. Fante E. Grandes projetos eólicos e os riscos à socio-biodiversidade do extremo Sul do Brasil [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>
 31. Johansen IC, Calvi MF, Doria CRC, et al. Belo Monte e os impactos de hidrelétricas na Amazônia. Nexo Políticas Públicas [Internet]. 2025 [acesso em 2025 jul 15]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2025/05/16/belo-monte-e-os-impactos-de-hidreletricas-na-amazonia>
 32. Ferreira LF, Carvalho CX. Hidrelétricas na Amazônia: uma discussão dos impactos de Belo Monte à luz do licenciamento ambiental. Rev Tempo Mundo [Internet]. 2021 [acesso em 2025 ago 26];27:385-421. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/4a6337da-5eee-43d7-b34d-e7c2f4bd643e>
 33. Freire LM, Lima JS, Silva EV. Belo Monte: fatos e impactos envolvidos na implantação da usina hidrelétrica na região Amazônica Paraense. Soc Nat. 2018;30(3):18-41. DOI: <https://doi.org/10.14393/SN-v30n3-2018-2>
 34. Brito G. Como as eólicas devastam a saúde de comunidades: entrevista com Wanessa Gomes. Outras Palavras [Internet]. 2024 [acesso em 2024 dez 2]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/como-as-eolicas-devastam-a-saude-das-comunidades/>
 35. Fiori JL. A crise energética, a Europa e a reviravolta russa. Outras Palavras [Internet]. 2022 [acesso em 2022 jan 18]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/geopoliticaeguerre/a-crise-energetica-a-europa-e-a-reviravolta-russa/>
 36. Valenti KP. Geopolítica energética: o hidrogênio verde na atual geoestratégia da Alemanha [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>
 37. Dietz K. Transición energética y extractivismo verde. La transición energética en Europa anuncia el extractivismo verde en América Latina. AyD [Internet]. 2022 [acesso em 2024 set 9];39:1-12. Disponível em: <https://rosalux.org.ec/pdfs/transicion-energetica-y-extractivismo-verde.pdf>

38. Leão PCR, Aguiar CBO. Mineração e transição energética: os casos do lítio e do alumínio [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>
39. Breda DM. Uma estratégia nacional para as terras raras brasileiras. CartaCapital [Internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 26]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/uma-estrategia-nacional-para-as-terras-raras-brasileiras/>
40. Fischer A, Cuéllar A. A transição energética transfere a dependência do petróleo para os minerais. openDemocracy [Internet]. 2025 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.opendemocracy.net/pt/transicao-energetica-transfere-dependencia-petroleo-minerais/>
41. Pont AM del. Minerales críticos y tierras raras, el nuevo mapa del poder mundial. El Tábano Economista [Internet]. 2025 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: <https://eltabanoeconomista.wordpress.com/2025/05/15/el-oro-del-siglo-xxi-la-guerra-por-el-subsuelo/>
42. Arnaud B. Por quanto tempo a China poderá jogar a “cartada das terras raras”? A Terra é Redonda [Internet]. 2025 [acesso em 2025 out 18]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-cartada-de-mestre-chinesa-por-que-o-dominio-das-terras-raras-e-inigualavel/>
43. Bocuhy C. Mercantilização e caos no licenciamento ambiental brasileiro. IHU On-Line [Internet]. 2025 [acesso em 2025 maio 23]. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/652431-mercantilizacao-e-caos-no-licenciamento-ambiental-brasileiro>
44. Guimarães E, Tomaz F. PL da Devastação: o cenário após o veto de Lula. Outras Palavras [Internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/pl-da-devastacao-o-cenario-apos-o-veto-de-lula>
45. Cavalcante G. A grande disputa geopolítica pelas terras raras. Outras Palavras [Internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/terraeantropoceno/a-grande-disputa-geopolitica-pelas-terras-raras/46>
46. Nozaki W. Geopolítica e transição energética na América do Sul. Boletim Obs Inter Séc XXI [Internet]. 2025 [acesso em 2025 fev 2];(9):35-38. Disponível em: https://nubea.ufrj.br/images/Observatorio/Boletim_09_Janeiro_2025.pdf
47. Saviatti AP. Financeirização do Meio Ambiente. HALAC. 2016;(2):311-21. DOI: <https://doi.org/10.32991/2237-2717.2016v6i2.p311-321>
48. Fukuda-Parr S. From the millennium development goals to the sustainable development goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. Gend Dev. 2016;24(1):43-52. DOI: <https://doi.org/10.1080/13552074.2016.1145895>
49. Redclift M. Sustainable development in the age of contradictions. Dev Change. 2018;49(3):695-707. DOI: <https://doi.org/10.1111/dech.12394>
50. Veiga JE. A furtiva saga dos ODM aos ODS [Internet]. In: Klaus F, Torres PHC, Jacobi PR, et al., organizadores. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Desafios para o Planejamento e a Governança Ambiental da Macrometrópole Paulista. Santo André/SP: EduFABC; 2020 [acesso em 2025 nov 16]. p. 20-31. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346971772_Objativos_do_Desenvolvimento_Sustentavel_desafios_para_o_planejamento_e_a_governanca_ambiental_na_Macrometropole_Paulista
51. Veiga JE. O Antropoceno e o pensamento econômico. São Paulo: Editora 34; 2025.
52. Bastos PPZ. As ilusões vendidas no mercado de carbono. Outras Palavras [Internet]. 2025 setembro 24 [acesso em 2025 set 24]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/terraeantropoceno/as-ilusoes-vendidas-no-mercado-de-carbono/>

53. Gibson ML, Barros Júnior AO, Papagiannis P. Financeirização da natureza e conflitos por terra e território: Redução de Emissões por Desmatamento e Degradação Florestal (REDD) e o mercado de carbono no Brasil [Internet]. In: Paim ES, Furtado FP, organizadores. Em nome do clima: mapeamento crítico – transição energética e financeirização da natureza. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo; 2024 [acesso em 2025 fev 6]. p. 146-280. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Em-nome-do-clima-mapeamento-critico.pdf>
54. Assis WFT, Gaviria EAM. A reação conservadora às causas ambientais. A Terra é Redonda [Internet]. 2025 [acesso em 2025 set 7]. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-reacao-conservadora-as-a-causas-ambientais/>
55. Carvalho MB. Conservação da agrobiodiversidade, populações tradicionais e cientistas. *Rev Ilha*. 2021;23(2):6-26. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2021.e67235>
56. Presidência da República (BR). Decreto nº 2.519 de 16 de março de 1998. Promulga a Convenção sobre Diversidade Biológica, assinada no Rio de Janeiro, em 5 de junho de 1992. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1998 mar 17; Edição 51; Seção 1:1.
57. Cassidy AM. One medicine? Cross-disciplinary advocacy for animal and human health. In: Frickel S, Albert M, Prainsack B, organizadores. Investigating interdisciplinary research: theory and practice across disciplines. New Brunswick: Rutgers University Press; 2016.
58. Zinsstag J, Schellinga E, Waltner-Toews D, et al. From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Prev Vet Med*. 2011;101(3-4):148-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prevetmed.2010.07.003>
59. Zinsstag J, Mackenzie JS, Jeggo M. Mainstreaming One Health. *EcoHealth*. 2012;(9):107-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10393-012-0772-8>
60. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Contributing to One World, One Health: a strategic framework for reducing risks of infectious diseases at the animal-human-ecosystems interface [Internet]. Rome: FAO; 2008 [acesso em 2025 dez 13]. Disponível em: <https://www.fao.org/4/aj137e/aj137e00.pdf>
61. Evans BR, Leighton FA. A history of One Health. *Rev Sc Tec*. 2014;33(2):413-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.20506/rst.33.2.2298>
62. Bidaisee S, Macpherson CNL. Zoonoses and One Health: a review of the literature. *J Parasitol Res*. 2014;2014:874345. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/874345>
63. Gibbs EPJ. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Vet Rec*. 2014;174(4):85-91. DOI: <https://doi.org/10.1136/vr.g143>
64. Lerner H, Berg C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? *Infect Ecol Epidemiol*. 2015;5:25300. DOI: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.25300>
65. Gebreyes WA, Dupouy-Camet J, Newport MJ, et al. The Global One Health Paradigm: challenges and opportunities for tackling infectious diseases at the human, animal, and environment interface in low-resource settings. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(11). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003257>
66. Wolf M. Is there really such a thing as “One Health”? Thinking about a more than human world from the perspective of cultural anthropology. *Soc Sci Med*. 2015;129:5-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.06.018>
67. Carter L, Mankad A, Okello W. Where exactly do the social and behavioural sciences fit in One Health? *Front Public Health*. 2024;12:1386298. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1386298>
68. Meisner J, McLeland-Wieser H, Traylor EE. Relational One Health: a more-than-biomedical framework for more-than-human health, and lessons

- learned from Brazil, Ethiopia, and Israel. *One Health*. 2024;18:100676. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2024.100676>
69. Queenan K, Garnier J, Nielsen LR, et al. Roadmap to a One Health Agenda 2030. *CAB Rev*. 2017;12(14). DOI: <https://doi.org/10.1079/PAVSNNR201712014>
 70. Amuasi JH, Lucas T, Horton R. Reconnecting for our future: The Lancet One Health Commission—Comment. *Lancet*. 2020;395:1469-71. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31028-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31028-X)
 71. Galaz V, Leach M, Scoones I, et al. The political economy of One Health research and policy. *STEPS Working Paper* [Internet]. Brighton: University of Brighton; 2015 [acesso em 2024 ago 9]. Disponível em: <https://steps-centre.org/wp-content/uploads/One-Health-wp3.pdf>
 72. Nzietchueng S, Kitua A, Nyatanyi T, et al. Facilitating implementation of the One Health approach: a definition of a One Health intervention. *One Health*. 2023;16:100491. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100491>
 73. Carter L, Mankad A, Okello W. Where exactly do the social and behavioural sciences fit in One Health? *Front Public Health*. 2024;12:1386298. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1386298>
 74. Zinsstag J, Kaiser-Grolimund A, Heitz-Tokpa K, et al. Advancing One human-animal-environment health for global health security: what does the evidence say? *Lancet*. 2023;401(10376):591-604. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01595-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01595-1)
 75. Pettan-Brewer C, Martins AF, Abreu DPB, et al. From the approach to the concept: One Health in Latin America - experiences and perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Front Public Health*. 2021;9:687110. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687110>
 76. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde única ou uma só saúde: quais as questões no contexto brasileiro? Portal Cebes [Internet]. 2024 [acesso em 2024 set 11]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
 77. Rizzotto MLE, Costa AM, Dias AP, et al. Saúde Única: um conceito ambíguo sob debate. *Saúde de Debate*. 2024;48(143):e143ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024143ED-P>
 78. Firpo M, Nunes JA. A Saúde Coletiva é muito mais que Uma Só Saúde. *Outras Palavras* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 9]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-saude-coletiva-e-muito-mais-que-uma-so-saude/>
 79. Fagundes C. Entrevista com Lia Giraldo: Saúde Única ou Uma Só Saúde: quais as questões no contexto brasileiro? Portal Cebes [Internet]. 2024 [acesso em 2024 set 15]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
 80. Fagundes C. Entrevista com Heleno Corrêa Filho: Saúde Única: o que está em disputa? Portal Cebes [Internet]. 2025 [acesso em 2025 nov 30]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-o-que-esta-em-disputa/40404/>
 81. Angerami R, Donalísio MR, Labruna M. Febre maculosa brasileira: o problema de saúde pública, paradigma de Saúde Única. *Le Monde Diplomatique Brasil* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 out 23]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/febre-maculosa-e-o-problema-de-saude-publica-paradigma-de-saude-unica/>
 82. Barbosa DS, Pettan-Brewer C, Angerami R, et al. “Uma só Saúde” para o bem viver em todos os territórios - Fortalecendo a intersetorialidade em tempos de emergência climática na luta contra as iniquidades em saúde. *Le Monde Diplomatique - Brasil* [Internet]. 2025 nov 7 [acesso em 2025 nov 12]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/uma-so-saude-fortalecendo-a-intersetorialidade-em-tempos-de-emergencia-climatica-na-luta-contra-as-iniquidades-em-saude/>
 83. Fiori JL. Uma teoria do poder global. Rio de Janeiro: Vozes; 2024.

84. Almeida C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: Pereira JMM, Pronko M, organizadores. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2014. p. 183-232.
85. Almeida C, Campos RP. Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS. *Saúde Debate*. 2020;44(Esp 4):13-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E401>
86. Woolhandler S, Himmelstein DU, Ahmed S, et al. Public policy and health in the Trump era: The Lancet Commission. *Lancet*. 2021;397:705-53. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32545-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32545-9)
87. Cluver L, Makangila G, Hillis S, et al. Protecting Africa's children from extreme risk: a runway of sustainability for PEPFAR programmes. *Lancet*. 2025;405:1700-12. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00401-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00401-5)
88. Sanca AM, Figueiredo NM, Zago PTN, et al. As iniciativas globais de saúde e o combate ao HIV/Aids no continente africano: revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(06 e07182024):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025306.07182024>
89. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. A síndrome global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas: relatório da Comissão The Lancet: um sumário executivo para decisões políticas sobre alimentação destinado a governos nacionais e municipais, sociedade civil, financiadores, empresas e agências internacionais [Internet]. São Paulo: IDEC; 2019 [acesso em 2026 fev 24]. Disponível em: https://alimentando-politicas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf
90. Veiga JE. O Antropoceno e as Humanidades. *IHU On-Line* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 nov 15]. Disponível em: <https://ihu.unisinos.br/categorias/628397-o-antropoceno-e-as-humanidades>
91. Moore JW. Antropoceno ou Capitoloceno? Outras Palavras [Internet]. 2022 [acesso em 2026 fev 13]. Disponível em: <https://jasonwmoore.com/wp-content/uploads/2022/09/Moore-Antropoceno-ou-Capitoloceno-from-2016-Outros-Palavras-2022.pdf>
92. Löwy M. Ecosocialismo: por uma ecologia socialista: entrevista. *IHU On-Line* [Internet]. 2011 [acesso em 2026 fev 21]. Disponível em: <https://ihu.unisinos.br/entrevistas/40841-ecossocialismo-por-uma-ecologia-socialista-entrevista-especial-com-michael-loewy>
93. Löwy M. Treze teses sobre a catástrofe (ecológica) iminente e formas (revolucionárias) de evitá-la. *RESG* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 nov 30];3(2):95-103. Disponível em: <https://resg.thetricontinental.org/index.php/resg/article/view/124>
94. Sato K. O capital no Antropoceno. São Paulo: Boitempo; 2024.
95. Abramovay R. O Antropoceno e o pensamento econômico. *A Terra é Redonda* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 jan 12]. Disponível em: <https://atterraeredonda.com.br/o-antropoceno-e-o-pensamento-economico/>
96. Goosby E, Reid MJA. A turning point for global health: challenge or opportunity? *Lancet*. 2025;405:1125-27. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00453-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00453-2)

Recebido em 25/10/2025

Aprovado em 25/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Saúde de idosos e exposição a telas na pandemia da covid-19: análise integrativa

Health of older adults and screen exposure during the COVID-19 pandemic: Integrative review

Salud de las personas mayores y exposición a pantallas durante la pandemia de COVID-19: un análisis integral

Israel Bispo dos Santos¹, Everton Adriano de Moraes¹, Dejacy Lourenço¹, Valdete Pereira de Lima¹, Wander Wilson Campanha¹, José Elton Duque Ribeiro¹, Gabriel Kienen Tulio¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615010967P

RESUMO Esta revisão integrativa analisou o impacto das Tecnologias da Informação e Comunicação, especialmente a exposição às telas, sobre a saúde de pessoas idosas com 60 anos ou mais durante o isolamento social provocado pela pandemia da covid-19. A amostra final incluiu 16 artigos publicados entre 2020 e 2023, extraídos de bases de dados como SciELO, PubMed e Redalyc. Os resultados evidenciaram que, embora persistam desafios relacionados ao acesso, à usabilidade e ao uso excessivo das tecnologias digitais, a inclusão digital favoreceu benefícios relevantes, como o fortalecimento de vínculos sociais, a ampliação do acesso à informação, o estímulo cognitivo e a redução da solidão percebida. Por outro lado, o tempo prolongado diante das telas esteve associado a riscos como sedentarismo, distúrbios do sono e sobrecarga emocional. A infodemia e o uso inadequado das redes sociais mostraram-se fatores agravantes para a saúde mental. Conclui-se que as Tecnologias da Informação e Comunicação exerceram papel ambivalente, promovendo inclusão, mas também representando potenciais fontes de risco. Recomenda-se que políticas públicas incentivem a alfabetização digital, o suporte familiar e estratégias que conciliem o uso consciente da tecnologia com práticas que fortaleçam a saúde física e emocional da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE Idoso. Tecnologia da informação. Inclusão digital. Saúde mental. Covid-19.

ABSTRACT This integrative review analyzed the impact of Information and Communication Technologies, especially screen exposure, on the health of adults aged 60 years and over during the social isolation caused by the COVID-19 pandemic. The final sample included 16 articles published between 2020 and 2023, retrieved from databases such as SciELO, PubMed and Redalyc. The results showed that, although challenges related to access, usability, and excessive use of digital technologies remain, digital inclusion provided relevant benefits, such as strengthening social bonds, improving access to information, cognitive stimulation, and reducing perceived loneliness. On the other hand, prolonged screen time was associated with risks such as physical inactivity, sleep disorders, and emotional overload. The infodemic and the inadequate use of social media were aggravating factors for mental health. It is concluded that Information and Communication Technologies played an ambivalent role, promoting inclusion while also representing potential sources of risk. Public policies should encourage digital literacy, family support, and strategies that combine conscious use of technology with practices that promote the physical and emotional health of older adults.

KEYWORDS Aged. Information technology. Digital inclusion. Mental health. COVID-19.

RESUMEN Esta revisión integradora analizó el impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), especialmente la exposición a pantallas, en la salud de los adultos mayores de 60 años durante el aislamiento social provocado por la pandemia de COVID-19. La muestra final incluyó 16 artículos publicados entre 2020 y 2023, extraídos de bases de datos como SciELO, PubMed y Redalyc. Los resultados mostraron que, si bien persisten los desafíos relacionados con el acceso, la usabilidad y el uso excesivo de las tecnologías digitales, la inclusión digital favoreció beneficios relevantes, como el fortalecimiento de los vínculos sociales, la ampliación del acceso a la información, la estimulación cognitiva y la reducción de la soledad percibida. Por otro lado, el tiempo prolongado frente a las pantallas se asoció con riesgos como el sedentarismo, los trastornos del sueño y la sobrecarga emocional. La infodemia y el uso inapropiado de las redes sociales demostraron ser factores agravantes para la salud mental. Se concluye que las TIC desempeñaron un papel ambivalente, promoviendo la inclusión pero también representando fuentes potenciales de riesgo. Se recomienda que las políticas públicas fomenten la alfabetización digital, el apoyo familiar y las estrategias que concilien el uso consciente de la tecnología con prácticas que fortalezcan la salud física y emocional de los adultos mayores.

PALABRAS CLAVE Anciano. Tecnología de la información. Inclusión digital. Salud mental. COVID-19.

¹Instituto Federal do Paraná (IFPR) - Curitiba (PR), Brasil.
israelbbispo@gmail.com

Introdução

A trajetória da comunicação humana revela um contínuo esforço de inovação tecnológica. A passagem da oralidade à escrita, desta à radio-difusão e, posteriormente, às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) demonstra uma busca constante por ampliar a capacidade de expressão e o alcance humano no tempo e no espaço¹. Essas inovações impactaram profundamente as estruturas sociais, influenciando hábitos culturais, práticas de consumo e relações sociais².

As TIC reconfiguraram os modos de vida, atuando como mediadoras das interações humanas em quase todas as suas dimensões. Essa transformação, entretanto, não ocorreu de forma homogênea entre os diferentes grupos etários. As pessoas idosas, em particular, enfrentam desafios específicos no processo de adaptação ao universo digital. O acesso às mídias e aos dispositivos tecnológicos pode favorecer a cidadania, a autonomia e a participação social, mas ainda é marcado por barreiras físicas, cognitivas e estruturais³⁻⁵.

Com a pandemia da covid-19, esse cenário se intensificou. O uso das TIC entre pessoas idosas cresceu significativamente durante o período de isolamento social, revelando não apenas a importância da conectividade, mas, também, as limitações dessa população diante das exigências tecnológicas da vida contemporânea^{6,7}. De forma abrupta, muitos idosos foram obrigados a adaptar suas rotinas a novas ferramentas, aplicativos e serviços *online*, frequentemente sem suporte adequado ou com limitações funcionais, como redução da acuidade visual, dificuldades de memória ou pouca familiaridade com smartphones e computadores^{5,8}.

A Organização Pan-Americana da Saúde alerta para o rápido envelhecimento populacional, especialmente na América Latina, onde, até 2050, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deverá dobrar⁹. Essa transição demográfica impõe desafios urgentes quanto ao acesso equitativo às TIC como ferramentas

de inclusão, autonomia e promoção da saúde. A iniciativa 'Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030' reforça a necessidade de construir sociedades acessíveis e conectadas para todas as idades⁹.

Durante o período de isolamento social, pessoas idosas foram privadas de atividades essenciais para sua saúde física e emocional. Nesse contexto, o uso da internet mostrou-se uma alternativa viável para mitigar os efeitos do distanciamento^{10,11}. Estudos apontaram crescimento no uso de redes sociais, videochamadas e outros recursos digitais entre pessoas idosas, embora o acesso e a frequência de uso variassem conforme o contexto, o suporte disponível e o grau de familiaridade com a tecnologia^{12,13}.

Considerando esse contexto, a presente pesquisa busca compreender os impactos do uso intensificado das TIC na rotina de pessoas idosas durante o período de isolamento social imposto pela pandemia da covid-19. Pretende-se analisar como a exposição às telas e a inclusão digital afetaram aspectos emocionais, sociais e comportamentais dessa população, bem como suas possíveis contribuições para o enfrentamento da solidão, da depressão e da exclusão digital.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese do conhecimento científico disponível sobre determinado tema de forma sistemática e organizada, a partir da análise de múltiplos estudos publicados¹⁴. A condução da revisão seguiu as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho¹⁴: definição da pergunta norteadora; identificação dos estudos relevantes; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; extração e categorização dos dados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da síntese dos achados.

A pergunta norteadora deste estudo foi: como a literatura científica discute o impacto

das tecnologias digitais na vida cotidiana da população idosa durante o contexto pandêmico?

Foram adotados como critérios de inclusão artigos disponíveis em texto completo, publicados entre 2020 e 2024, nos idiomas português e inglês, que abordassem o impacto das tecnologias digitais na população idosa durante o isolamento social decorrente da pandemia da covid-19. Os estudos deveriam estar disponíveis gratuitamente nas seguintes bases de dados: PubMed, Redalyc, ScienceDirect, SciELO e Sumarios.org.

Foram excluídas publicações duplicadas, editoriais, relatos de experiência, cartilhas, artigos publicados anteriormente ao ano de 2020 e estudos que não abordassem especificamente a população idosa no contexto da pandemia da covid-19.

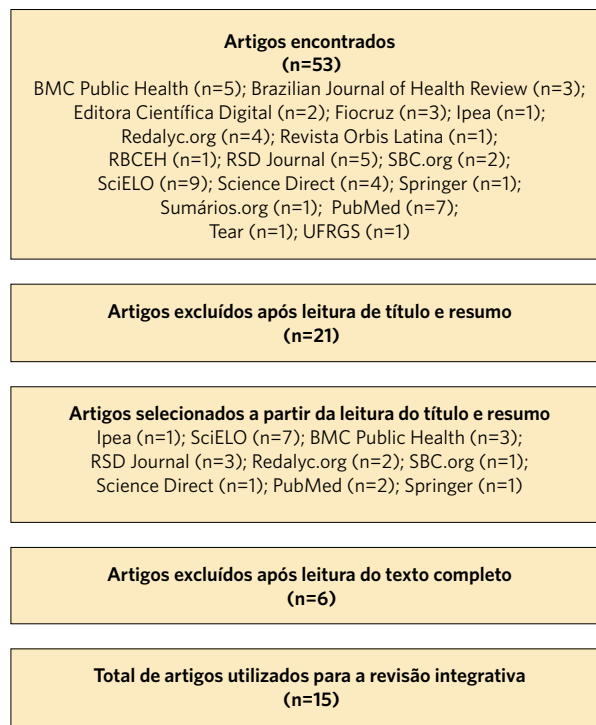
A busca bibliográfica foi realizada por meio da combinação de descritores em português e inglês, utilizando o operador booleano AND:

Tecnologias Digitais (*Digital Technologies*), Saúde Mental (*Mental Health*), Pandemia (*Pandemic*), Isolamento Social (*Social Isolation*) e Idoso (*Aged*).

Inicialmente, foram identificados 53 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 21 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Desses, 15 atenderam plenamente aos critérios metodológicos e temáticos estabelecidos e foram incluídos na análise final. Os dados extraídos foram organizados em categorias temáticas, a partir de leitura crítica e minuciosa dos estudos selecionados.

O processo de seleção dos artigos está ilustrado no fluxograma apresentado a seguir (figura 1), elaborado de acordo com as recomendações do guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), o qual demonstra as etapas percorridas até a constituição do corpus desta revisão integrativa.

Figura 1. Seleção dos artigos



Fonte: elaborado pelo autor.

Resultados

A amostra final desta revisão integrativa foi composta por 15 artigos científicos, selecionados conforme os critérios de inclusão previamente definidos. Esses estudos foram obtidos em bases e fontes como SciELO, PubMed, BMC, RSD Journal, Springer, Redalyc, Ipea e ScienceDirect.

Quanto ao idioma, houve predomínio de estudos publicados em língua portuguesa, seguidos por publicações em língua inglesa. Com relação ao delineamento metodológico, identificaram-se estudos quantitativos, qualitativos e revisões integrativas ou de escopo. Essa diversidade metodológica possibilitou uma análise abrangente dos impactos das TIC sobre a vida de pessoas idosas durante o isolamento social decorrente da pandemia da covid-19.

De modo geral, os estudos analisados apontaram benefícios e riscos associados ao uso das TIC e à exposição prolongada às telas. Entre os aspectos positivos, destacam-se o fortalecimento dos vínculos sociais, o maior acesso à informação, o estímulo cognitivo e a redução da percepção de solidão. Em contrapartida, emergiram efeitos negativos relacionados ao tempo excessivo diante de dispositivos digitais, incluindo sedentarismo, distúrbios do sono, sobrecarga emocional e maior vulnerabilidade à infodemia.

As principais informações dos artigos incluídos – como autores, ano de publicação, título, base de dados, objetivo, tipo de estudo, local, idioma e aspectos relevantes – foram sistematizadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nº	Autor (Ano)	Título	Base de Dados	Objetivo	Tipo de Estudo	Local/ Idioma	DOI/Link
1	Jucá et al. ¹	<i>A evolução das TIC na perspectiva de Touraine, Bell e Castells</i>	RSD Journal	Resgatar a trajetória histórica das TICs e seus efeitos sociais	Bibliográfico	Brasil / Português	https://doi.org/10.33448/rsd-v8i5.928
2	Ghezzi et al. ²	<i>As tecnologias digitais e seus usos</i>	IPEA	Descrever práticas e consumo de conteúdo digital	Bibliográfico	Brasil / Português	https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9293
3	Diniz et al. ³	<i>Impacto de mídias sociais digitais na percepção de solidão...</i>	SciELO	Analisar o impacto das mídias sociais no isolamento de idosos	Bibliográfico	Brasil / Português	https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3573
4	Huang et al. ⁴	<i>Internet use and need for digital health technology among the elderly</i>	BMC	Examinar o uso da internet e as demandas de saúde digital entre idosos	Qualitativo	China / Inglês	https://doi.org/10.1186/s12889-020-09448-0
5	Alves et al. ⁵	<i>A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia: Uma revisão integrativa</i>	RSD Journal	Revisar como as tecnologias influenciam na saúde mental dos idosos	Revisão Integrativa	Brasil / Português	https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12198
6	Li et al. ⁶	<i>Barriers to learning a new technology to go online...</i>	PubMed	Investigar as barreiras ao aprendizado tecnológico entre idosos	Qualitativo	EUA / Inglês	https://doi.org/10.1111/jgs.17433
7	Abdon et al. ⁸	<i>Tempo de uso do smartphone e condições de saúde relacionadas em idosos durante a pandemia da Covid-19</i>	SciELO	Avaliar o tempo de uso do smartphone e as condições de saúde relacionadas em idosos durante a pandemia da Covid-19	Quantitativo	Brasil / Português	https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210194

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nº	Autor (Ano)	Título	Base de Dados	Objetivo	Tipo de Estudo	Local/ Idioma	DOI/Link
8	Carceres et al. ⁹	<i>Technology use characteristics among older adults during the COVID-19 pandemic: A cross-cultural survey</i>	Science Direct	Comparar o uso da tecnologia entre idosos em diferentes países	Quantitativo	Espanha, França, Israel / Inglês	https://doi.org/10.1016/j.tech-soc.2022.101983
9	Castro et al. ¹⁰	<i>Infodemia de Covid-19 em idosos com acesso a mídias digitais: fatores associados a alterações psicopatológicas</i>	SciELO	Analisar repercussões psicopatológicas da infodemia em idosos	Quantitativo	Brasil / Português	https://www.scielo.br/j/rbagg/a/jWz4BxhVw5jKpXzSd6pwkVs/
10	Castro et al. ¹¹	<i>Infodemia de COVID-19 e saúde mental de adultos e idosos: uma revisão de escopo</i>	SciELO	Mapear os efeitos da infodemia na saúde mental	Revisão de Escopo	Brasil / Português	https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0170
11	Cosco et al. ¹²	<i>Older adults' experiences with using technology for socialization during the COVID-19 pandemic</i>	PubMed	Compreender o uso da tecnologia para socialização em idosos	Transversal Quantitativo	Canadá / Inglês	https://doi.org/10.2196/28010
12	Chang et al. ¹³	<i>Effects of a smartphone-based videoconferencing program...</i>	BMC	Avaliar os efeitos das videoconferências sobre qualidade de vida e solidão	Quase-experimental	Taiwan / Inglês	https://doi.org/10.1186/s12877-020-1426-2
13	Lewetz et al. ¹⁴	<i>Emotional well-being under conditions of lockdown...</i>	Springer	Analisar fatores que impactam o bem-estar emocional em confinamento	Quantitativo	Áustria / Inglês	https://doi.org/10.1007/s12144-021-01925-8
14	Freire et al. ¹⁵	<i>Impacto da pandemia da Covid-19 no estilo de vida dos idosos</i>	SciELO	Avaliar os impactos da pandemia no estilo de vida da população idosa	Bibliográfico	Brasil / Português	https://revista.facpp.edu.br/index.php/rfpp/article/view/59
15	Herédia; Velho ¹⁶	<i>O idoso em quarentena e o impacto da tecnologia em sua vida</i>	Redalyc.org	Analisar a percepção dos idosos sobre o uso da tecnologia na quarentena	Qualitativo	Brasil / Português	https://www.redalyc.org/journal/4735/473564229010/473564229010.pdf

Fonte: elaborado pelo autor.

Discussão

Os resultados desta revisão indicam que o uso das TIC durante a pandemia da covid-19 exerceu um papel ambivalente na vida da população idosa. Por um lado, possibilitou a manutenção de vínculos afetivos, o acesso à informação e a redução da percepção de isolamento social; por outro, esteve associado a efeitos adversos, como aumento do comportamento sedentário, distúrbios do sono, sobrecarga emocional e riscos decorrentes da infodemia.

Estudos realizados no Brasil e em outros países convergem ao demonstrar que o rompimento abrupto das rotinas sociais presenciais impactou negativamente o bem-estar emocional, ampliando sentimento de insegurança, estresse, tristeza e sofrimento psíquico entre pessoas idosas^{10,15}. Pesquisas de base internacional reforçam que o aumento do tempo de exposição às telas pode estar associado à redução do bem-estar emocional, embora parte desses efeitos possa ser atenuada quando o contato digital se associa ao apoio familiar, à sensação de conexão social e a rotinas mais equilibradas^{6,16}.

A literatura também evidencia contradições quanto aos impactos físicos e comportamentais do uso das TIC. Enquanto alguns estudos sugerem que a interação digital pode estar relacionada a efeitos protetores sobre a saúde cardiovascular, cognitiva e social^{3,4}, outros apontam riscos associados ao uso excessivo e problemático de smartphones, incluindo desconfortos físicos, piora do sono e sobrecarga no cotidiano^{2,8,17}. Essas divergências parecem decorrer da intensidade, da frequência e do contexto de uso das tecnologias, reforçando a necessidade de abordagens equilibradas e personalizadas.

Outro aspecto central identificado foi a dificuldade de acessibilidade digital. Pessoas idosas residentes em regiões rurais ou com menor familiaridade com tecnologias relataram barreiras adicionais para o uso de plataformas digitais, demandando maior apoio familiar e institucional^{8,11}. Esse cenário evidencia que a inclusão digital, embora em expansão, permanece desigual e fortemente condicionada por fatores socioeconômicos, culturais e educacionais.

No âmbito social e emocional, o uso de chamadas de vídeo e redes sociais mostrou-se particularmente relevante, ao contribuir para a manutenção do contato com filhos, netos e amigos^{3,12}. Esses recursos digitais atuaram como mediadores importantes no enfrentamento da solidão e da exclusão social durante o período de isolamento. Entretanto, a literatura também alerta para os riscos da exposição prolongada a conteúdos sensacionalistas e informações falsas, que impactaram negativamente a saúde mental, especialmente quando associados ao uso excessivo das redes sociais^{10,11}.

A análise crítica dos estudos sugere, portanto, que as TIC não devem ser compreendidas de forma simplista como exclusivamente benéficas ou prejudiciais. Elas constituem ferramentas capazes de promover inclusão e bem-estar, mas também de acentuar vulnerabilidades quando utilizadas sem mediação adequada. Essa ambiguidade reforça a necessidade de políticas públicas que ultrapassem a mera ampliação do

acesso, incorporando ações voltadas à alfabetização digital, ao suporte familiar e à construção de ambientes virtuais mais acessíveis e seguros para a população idosa.

A pandemia da covid-19 também evidenciou a alfabetização digital como fator determinante para o uso efetivo e seguro das tecnologias. Estudos indicam que pessoas idosas com algum grau de familiaridade prévia com dispositivos digitais apresentaram maior autonomia para utilizar aplicativos de comunicação, serviços e informações relacionadas à saúde^{6,7}. Em contrapartida, aquelas sem experiência prévia enfrentaram dificuldades significativas, reforçando a urgência de estratégias contínuas de capacitação voltadas ao uso crítico e consciente das TIC^{6,8}.

Outro aspecto observado refere-se às diferenças culturais e contextuais na apropriação das tecnologias digitais. Pesquisas internacionais demonstram que idosos residentes em contextos com maior infraestrutura tecnológica tendem a apresentar níveis mais elevados de engajamento *online*^{4,6}. No contexto brasileiro, persistem desigualdades de acesso, letramento digital e disponibilidade de equipamentos adequados, tornando a inclusão digital um desafio ainda mais complexo^{7,8}.

Além disso, a revisão evidencia lacunas importantes na produção científica. A maioria dos estudos analisados apresenta delineamento transversal ou de curta duração, o que limita a compreensão dos efeitos de longo prazo do uso das TIC sobre a saúde física e mental da população idosa. Estudos longitudinais e interdisciplinares são necessários para compreender de que forma a exposição prolongada às telas influencia o envelhecimento saudável e os padrões de uso problemático da tecnologia, considerando aspectos fisiológicos, emocionais e sociais de maneira integrada^{13,17,18}.

Por fim, os achados reforçam que a pandemia da covid-19 atuou como um catalisador do processo de digitalização na velhice, antecipando transformações que, em condições normais, ocorreriam de forma mais gradual. Se, por um lado, esse contexto acelerou a

integração das pessoas idosas às tecnologias digitais, por outro, evidenciou de maneira mais nítida suas vulnerabilidades frente à exclusão digital, à sobrecarga informacional e ao uso não mediado de recursos tecnológicos. Assim, mais

do que avaliar apenas os impactos imediatos das TIC, torna-se fundamental compreender seus desdobramentos futuros sobre a saúde, a autonomia e a cidadania da pessoa idosa.

Quadro 2. Aspectos positivos do impacto das telas em idosos durante a pandemia

Aspectos Positivos	Descrição
Manutenção de vínculos sociais	Uso de videochamadas e redes sociais possibilitou contato com familiares e amigos
Redução da solidão	Interações digitais reduziram sentimentos de isolamento social
Estímulo cognitivo	Uso de aplicativos e conteúdos digitais favoreceu atividade mental
Acesso à informação	Facilitou acesso a notícias, serviços e orientações em saúde

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 3. Aspectos negativos do impacto das telas em idosos durante a pandemia

Aspectos Negativos	Descrição
Sedentarismo	Aumento do tempo sentado e redução da atividade física
Distúrbios do sono	Uso excessivo de telas associado à piora da qualidade do sono
Sobrecarga emocional	Excesso de informações e uso prolongado causaram estresse
Infodemia	Exposição a notícias falsas e alarmistas afetou a saúde mental

Fonte: elaborado pelo autor.

Considerações finais

A análise realizada evidencia que o uso das TIC durante a pandemia da covid-19 produziu impactos ambivalentes na vida da população idosa. Por um lado, essas tecnologias possibilitaram a manutenção de vínculos familiares e sociais, ampliaram o acesso à informação e favoreceram o engajamento cognitivo, contribuindo para a redução da solidão percebida e da exclusão social. Por outro, o uso excessivo das telas esteve associado a comportamentos sedentários, distúrbios do sono, sobrecarga emocional e maior exposição à

desinformação, configurando riscos adicionais à saúde física e mental.

Os achados reforçam que a tecnologia, por si só, não garante inclusão plena. A mediação humana, a alfabetização digital crítica e o suporte institucional são elementos fundamentais para que os benefícios das TIC superem seus riscos. Nesse sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à alfabetização digital, à acessibilidade das plataformas e à promoção de práticas que integrem o uso consciente da tecnologia ao cuidado integral da saúde da pessoa idosa.

O avanço desse campo depende da articulação entre pesquisadores, profissionais da saúde, educadores, gestores públicos e a própria comunidade idosa, com vistas à construção de soluções tecnológicas inclusivas, seguras e alinhadas às demandas do envelhecimento populacional. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais e interdisciplinares que considerem, além da evolução tecnológica, as diferenças culturais e sociais que permeiam o processo de envelhecimento e seus impactos de longo prazo sobre a saúde, a autonomia e a qualidade de vida.

Contribuições de autoria

Santos IB (0000-0001-9346-5664)* contribuiu para a concepção do estudo, delineamento teórico, redação do manuscrito e revisão final. Morais EA (0000-0001-8188-3121)* contribuiu para a análise do conteúdo, redação e revisão crítica do manuscrito. Lourenço D (0009-0001-9685-7708)*, Lima VP (0009-0001-1014-5022)*, Campanha WW (0009-0008-0072-0661)*, Ribeiro JED (0009-0009-3119-7743)* e Tulio GK (0009-0006-2853-1948)* contribuíram para a discussão dos resultados, apoio no desenvolvimento do manuscrito e leitura/aprovação da versão final. ■

Referências

1. Rocha PCS, Jucá SCS, Silva AS. A evolução das Tecnologias de Informação e Comunicação na perspectiva de Touraine, Belle e Castells. *Res Soc Dev*. 2019;8(5):e1885928. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i5.928>
2. Ghezzi DR, Ziviani P, Silva FAB. As tecnologias digitais e seus usos: uma análise exploratória [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2019 [acesso em 2025 jun 26]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9293>
3. Kusumota L, Diniz MAA, Ribeiro RM, et al. Impacto de mídias sociais digitais na percepção de solidão e no isolamento social em idosos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3573. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3573>
4. Sun X, Yan W, Zhou H, et al. Internet use and need for digital health technology among the elderly: a cross-sectional survey in China. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1386. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09448-0>
5. Costa DES, Rodrigues SA, Alves RCL, et al. A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):e8210212198. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12198>
6. Li W, Ornstein KA, Li Y, et al. Barriers to learning a new technology to go online among older adults during the COVID-19 pandemic. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(11):3051-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17433>
7. Bernardo LD. As pessoas idosas e as novas tecnologias: desafios para a construção de soluções que promovam a inclusão digital. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;25(4):e230142. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.230142.pt>
8. Abdon APV, Barros MCDV, Abreu CCT, et al. Tempo de uso do smartphone e condições de saúde relacionadas em idosos durante a pandemia da covid-19. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;25(2):e210194. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210194.pt>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Organização Pan-Americana da Saúde. A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 na Região das Américas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2022 [acesso em 2026 abr 15]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/decada-do-envelhecimento-saudavel-2021-2030-na-regiao-das-americas>
10. Kitamura ES, Cavalcante RB, Castro EAB, et al. Infodemia de covid-19 em idosos com acesso a mídias digitais: fatores associados a alterações psicopatológicas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;25(6):e220016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220016pt>
11. Delgado CE, Silva EA, Castro EAB, et al. Infodemia de COVID-19 e saúde mental de adultos e idosos: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0170>
12. Haase KR, Cosco TD, Kervin L, et al. Older adults' experiences with using technology for socialization during the COVID-19 pandemic: cross-sectional survey study. *JMIR Aging*. 2021;4(2):e28010. DOI: <https://doi.org/10.2196/28010>
13. Tsai HH, Cheng CY, Shieh WY, et al. Effects of a smartphone-based videoconferencing program for older nursing home residents on depression, loneliness, and quality of life: a quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):426. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1426-2>
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1 Pt1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
15. Stieger S, Lewetz D, Swami V. Emotional well-being under conditions of lockdown: an experience sampling study in Austria during the COVID-19 pandemic. *J Happiness Stud*. 2021;22(6):2703-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00337-2>
16. Velho FD, Herédia VBM. O idoso em quarentena e o impacto da tecnologia em sua vida. *Rosa dos Ventos - Turismo e Hospitalidade*. 2020;12(3 especial):1-14. DOI: <https://doi.org/10.18226/21789061.v12i3a10>
17. Kaviani F, Robards B, Young KL, et al. Nomophobia: is the fear of being without a smartphone associated with problematic use? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176024>
18. Guimarães CLC, Oliveira LBS, Pereira RS, et al. Nomophobia and smartphone addiction: do the variables age and sex explain this relationship? *Psico-USF*. 2022;27(2):319-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270209>

Recebido em 26/08/2025

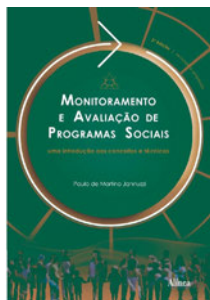
Aprovado em 19/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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



Da mensuração ao uso: monitoramento e avaliação como instrumentos de justiça e governança

From measurement to use: Monitoring and evaluation as instruments of justice and governance

De la medición al uso: el seguimiento y la evaluación como instrumentos de justicia y gobernanza

Raphael Mendonça Guimarães^{1,2}

DOI: 10.1590/2358-2898202615011439P

RESUMO Esta resenha analisa criticamente a segunda edição do livro 'Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas', de Paulo de Martino Jannuzzi, situando a obra no debate contemporâneo sobre avaliação de políticas públicas no Brasil e no cenário internacional. Argumenta-se que o autor se consolida como referência no campo do Monitoramento e da Avaliação (M&A) ao articular rigor conceitual, domínio técnico sobre indicadores sociais e experiência institucional na gestão pública. O texto percorre os principais eixos do livro – representação de programas, avaliação, monitoramento, métodos e institucionalização de sistemas de M&A –, destacando o papel central do Mapa de Processos e Resultados (MaPR). Em diálogo crítico com autores clássicos do campo, como Vedung, Rossi e Freeman, Patton e Weiss, a resenha evidencia a contribuição original de Jannuzzi ao traduzir debates internacionais para as especificidades do Estado brasileiro. Conclui-se que a obra ultrapassa o caráter de manual técnico e afirma-se como reflexão estratégica sobre avaliação, decisão pública e capacidade estatal.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Política pública. Indicadores sociais. Tomada de decisões.

ABSTRACT This review critically examines the second edition of 'Monitoring and Evaluation of Social Programs: An Introduction to Concepts and Techniques', by Paulo de Martino Jannuzzi, situating the book within contemporary debates on public policy evaluation in Brazil and internationally. The review argues that Jannuzzi has become a leading reference in monitoring and evaluation (M&E) by combining conceptual rigor, technical expertise in social indicators, and extensive experience in public sector management. It discusses the book's main analytical axes – program representation, evaluation, monitoring, methods, and the institutionalization of M&E systems – highlighting the central role of the Process and Results Map (PRM). Through critical dialogue with classical authors such as Vedung, Rossi, and Freeman, Patton, and Weiss, the review shows that Jannuzzi offers an original contribution by adapting international debates to the institutional challenges of the Brazilian state. The review concludes that the book goes beyond a technical manual, presenting a strategic reflection on evaluation, decision-making, and state capacity-building.

KEYWORDS Health evaluation. Program evaluation. Public policy. Social indicators. Decision making.

RESUMEN Esta reseña analiza críticamente la segunda edición del libro 'Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales: Introducción a Conceptos y Técnicas', de Paulo de Martino Jannuzzi, situando la obra en el debate contemporáneo sobre la evaluación de políticas públicas en Brasil y a nivel internacional. Se argumenta que el autor consolida su posición como referente en el campo del Monitoreo y la Evaluación (M&E) al articular rigor conceptual, dominio técnico de los indicadores sociales y experiencia institucional en la gestión pública. El texto abarca los temas principales del libro: representación de programas, evaluación, monitoreo, métodos e institucionalización de sistemas de M&E, destacando el papel central del Mapa de Procesos y Resultados (MPR). En diálogo crítico con autores clásicos del campo, como Vedung, Rossi y Freeman, Patton y Weiss, la reseña destaca la contribución original de Jannuzzi al adaptar los debates internacionales a las especificidades del Estado brasileño. Se concluye que la obra trasciende el carácter de un manual técnico y se consolida como una reflexión estratégica sobre la evaluación, la toma de decisiones públicas y la capacidad estatal.

PALABRAS CLAVE Evaluación en salud. Evaluación de programas y proyectos de salud. Política pública. Indicadores sociales. Toma de decisiones.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

raphael24601@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

A PUBLICAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO de ‘Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas’¹, em 2025, consolida Paulo de Martino Jannuzzi como uma das principais referências brasileiras no campo do Monitoramento e da Avaliação (M&A) de políticas públicas. Em um contexto marcado pela ampliação do discurso sobre políticas baseadas em evidências e, simultaneamente, pela fragilização de capacidades estatais, a obra se destaca por articular rigor conceitual, realismo institucional e compromisso com o uso efetivo da avaliação na tomada de decisão pública.

A trajetória de Jannuzzi – sociólogo, doutor em demografia, pesquisador de indicadores sociais e ex-dirigente da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) – confere uma densidade singular ao livro. Diferentemente de abordagens predominantemente acadêmicas, sua reflexão emerge do interior do Estado, dialogando diretamente com dilemas enfrentados por gestores em políticas sociais de grande escala. Esse posicionamento aproxima sua obra de tradições internacionais que compreendem a avaliação não apenas como técnica de mensuração, mas como processo político e institucional.

No prefácio à segunda edição, o autor explicita esse enquadramento ao reconhecer avanços no campo – como a difusão de sistemas de monitoramento –, bem como retrocessos importantes, notadamente a descontinuidade institucional e o uso instrumental da avaliação como mecanismo de legitimação *ex post*. Essa leitura crítica ecoa a advertência clássica de Weiss, para quem a avaliação raramente influencia decisões de forma linear e direta, operando muitas vezes de modo difuso, conceitual ou simbólico². Jannuzzi, no entanto, avança ao discutir como estruturas institucionais frágeis podem bloquear até mesmo esses usos indiretos do conhecimento avaliativo.

O primeiro capítulo, dedicado aos programas sociais e ao Mapa de Processos e Resultados (MaPR), revela uma das principais contribuições conceituais do autor. Ao

insistir na necessidade de explicitar a lógica de funcionamento dos programas, Jannuzzi oferece uma resposta concreta a um problema recorrente da administração pública brasileira: a formulação de políticas com objetivos difusos e cadeias causais implícitas. Essa abordagem dialoga criticamente com a tradição europeia sistematizada por Vedung, que enfatiza a importância de clarificar objetivos e critérios avaliativos, mas vai além ao integrar representação programática, monitoramento e avaliação em um único arcabouço analítico³.

No campo da avaliação propriamente dita, tratado no segundo capítulo, Jannuzzi se distancia de leituras reducionistas que equiparam avaliação à mensuração de impacto. Ao valorizar avaliações de processo, implementação e resultados intermediários, o autor se aproxima da tradição clássica de Rossi, Lipsey e Freeman⁴, para quem a avaliação deve responder a múltiplas perguntas – sobre teoria do programa, implementação, eficácia e eficiência –, e não apenas sobre causalidade final. A originalidade de Jannuzzi está em traduzir essa abordagem para o contexto institucional brasileiro, marcado por forte heterogeneidade territorial e capacidade administrativa desigual.

O capítulo metodológico reforça essa postura crítica ao relativizar a centralidade dos delineamentos experimentais. Sem negar sua importância, o autor alerta para o risco de uma hierarquização acrítica dos métodos, especialmente em políticas públicas complexas e intersetoriais. Essa posição dialoga diretamente com Patton⁵, cuja proposta de ‘*utilization-focused evaluation*’ sustenta que a qualidade de uma avaliação deve ser julgada, antes de tudo, por sua utilidade para usuários reais em contextos específicos. Jannuzzi compartilha dessa perspectiva ao enfatizar que métodos sofisticados, quando dissociados das condições institucionais de uso, tendem a produzir conhecimento irrelevante para a decisão pública.

No capítulo dedicado ao monitoramento, indicadores e painéis, o autor aprofunda sua crítica ao tecnicismo informacional. Em

consonância com debates internacionais sobre *'performance management'*, Jannuzzi demonstra que o problema central não é a escassez de dados, mas a incapacidade de convertê-los em conhecimento acionável. Ao conceber o monitoramento como narrativa analítica estruturada a partir do MaPR, o autor se distancia de abordagens meramente gerencialistas e se aproxima de leituras mais reflexivas sobre o papel da informação na governança pública, como aquelas inspiradas pela literatura de Weiss².

O quinto capítulo, dedicado à estruturação de unidades e sistemas de M&A, explicita, de forma mais contundente, o posicionamento normativo da obra. Aqui, Jannuzzi converge com Vedung³ e Rossi et al.⁴ ao sustentar que a avaliação só produz efeitos duradouros quando institucionalizada como política de Estado. Contudo, sua contribuição específica está em evidenciar como, no Brasil, a fragilidade institucional – marcada por descontinuidade administrativa e personalização das iniciativas – compromete o aprendizado organizacional. Ao fazê-lo, o autor oferece uma crítica direta à lógica de projetos episódicos e defende a construção de capacidades estatais permanentes.

As considerações finais, atravessadas pela experiência recente da pandemia da covid-19, reforçam o caráter ético-político da avaliação. Em contextos de crise, políticas públicas fragmentadas e sistemas frágeis de informação amplificam desigualdades e produzem danos irreversíveis. Nesse cenário, monitorar e avaliar deixam de ser escolhas técnicas e passam a ser imperativos de responsabilidade pública. Essa leitura aproxima

Jannuzzi de Weiss², ao reconhecer os limites da avaliação, assim como de Patton⁵, ao insistir na necessidade de avaliações orientadas ao uso e à decisão.

É justamente essa capacidade de articular rigor técnico, reflexão crítica e compromisso institucional que explica por que Paulo de Martino Jannuzzi se consolidou como referência no campo do M&A no Brasil. Sua obra dialoga com autores centrais do debate internacional, mas não se limita a importá-los: traduz, adapta e tensiona essas contribuições à luz das especificidades do Estado brasileiro. Em vez de oferecer receitas universais, Jannuzzi constrói um enquadramento analítico que reconhece a complexidade das políticas públicas e a centralidade da avaliação como instrumento de aprendizado democrático.

Ao fim e ao cabo, a segunda edição de *'Monitoramento e avaliação de programas sociais'*⁵ reafirma o livro como leitura fundamental para formuladores de políticas públicas e tomadores de decisão. Seu valor reside não apenas na apresentação de conceitos e técnicas, mas também na construção de uma visão crítica sobre o papel da avaliação na governança contemporânea. Ao situar o M&A no cruzamento entre conhecimento, poder e decisão, Jannuzzi contribui de forma substancial para a maturação do campo no Brasil e para sua inserção qualificada no debate internacional.

Contribuições de autoria

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Jannuzzi PM. Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2025. 192 p.
2. Weiss CH. Evaluation: methods for studying programs and policies. 2nd ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
3. Vedung E. Public policy and program evaluation. New Brunswick: Transaction Publishers; 1997.
4. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. 7th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
5. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.

Recebido em 16/12/2025

Aprovado em 02/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

SAÚDE EM DEBATE

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2026

ORIENTAÇÕES GERAIS

A 'Saúde em Debate' aceita submissões de trabalhos inéditos – em português, inglês e espanhol –, que possuam qualidade acadêmica, relevância social, contribuições teóricas e metodológicas e que estejam em consonância com o escopo da revista. Manuscritos redigidos em inglês, caso aprovados, devem ter a versão final traduzida para o português.

Antes de submeter o manuscrito, sugerimos a leitura da política editorial da 'Saúde em Debate' para verificar se o seu trabalho está de acordo com o escopo da revista.

Os manuscritos submetidos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à 'Saúde em Debate', em qualquer das modalidades previstas, passa por revisão de pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação.

No caso de submissão em *preprint*, o autor deve informar, no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta, o número do DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado. A comunicação de submissão do manuscrito em *preprints* deve ser feita ao periódico mesmo que o depósito ocorra após a sua submissão.

A 'Saúde em Debate' adota a política de dados abertos, incentivando os autores a disponibilizarem todos os dados da pesquisa (banco de dados, métodos, códigos e outros materiais utilizados e resultantes da pesquisa) em repositórios confiáveis de Acesso Aberto (Ver Lista de repositórios para depósito de dados de pesquisa). Caso os dados estejam disponibilizados, deve ser informado o repositório no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e ser citado no texto e nas referências, preferencialmente com um identificador persistente como o DOI (ver 'Guia de citação de dados de pesquisa').

Como citar dados

Autoria (pessoal ou institucional);
Data de depósito dos dados de pesquisa;
Título dos dados de pesquisa, seguido do qualificador [*dataset*];
Nome do repositório;
Identificador eletrônico (DOI ou URL);

Exemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>

Os artigos deverão ser submetidos exclusivamente por meio eletrônico pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Digital Object Identifier nos manuscritos publicados

Todos os trabalhos aprovados quando da sua publicação final na 'Saúde em Debate' receberão seu DOI.

TIPOS DE DOCUMENTOS ACEITOS

Em todos os tipos de trabalhos, o número máximo de palavras inclui o corpo do texto e as referências (máximo de 35 referências e de 50 referências para artigos de revisão). Não são incluídos na contagem: título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Artigo original

Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisa original e inédita, de natureza empírica ou teórica, com potencial de replicação e/ou generalização. O manuscrito não pode ultrapassar 6 mil palavras.

Revisão

Compreende submissões que realizam revisão crítica da literatura sobre temas de interesse da saúde coletiva, com apresentação minuciosa do método de revisão utilizado, incluindo critérios de busca, seleção, classificação, registro e protocolos adotados. Aceitam-se revisão sistemática, metanálise, revisão integrativa e revisão de escopo. O manuscrito não pode ultrapassar 8 mil palavras.

Ensaio

Consiste em uma análise crítica sobre um tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. Sua estrutura é flexível, mas deve manter coerência entre as seções. A argumentação deve apoiar-se em referenciais teóricos e/ou em trabalhos empíricos já publicados. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

Artigo de opinião

Texto de natureza argumentativa e interpretativa, em que o autor apresenta seu ponto de vista sobre um tema atual de relevância científica, social ou política. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

Relato de experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5 mil palavras que apótem contribuições significativas para a área.

Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos devem apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista

Texto produzido, no mínimo, por duas pessoas, no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com, no máximo, 7 mil palavras.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

A revista aceita até sete autores por manuscrito. Excepcionalmente (em casos de pesquisas multicêntricas), podem ser incluídos mais autores, cuja solicitação deve constar na carta ao editor que analisará a pertinência da solicitação.

A autoria confere crédito ao trabalho e traz importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. As contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas segundo a taxonomia <https://credit.niso.org/> e demais critérios de autoria recomendados pelo ICMJE, que determina que o reconhecimento da autoria se baseia em contribuição substancial, contemplando os seguintes aspectos:

- 1) Concepção ou delineamento do estudo; ou aquisição, análise ou interpretação dos dados da pesquisa;
- 2) Redação ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual do manuscrito;
- 3) Aprovação final da versão a ser publicada;
- 4) Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada na Declaração de Responsabilidade, direitos autorais e autoria, assinada por todos os autores e enviada no ato da submissão no sistema.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no final do manuscrito, no item 'Contribuições de autoria'.

Pessoas que colaboraram para a pesquisa, mas não cumprem esses requisitos, não podem ser consideradas autoras, mas devem ser reconhecidas e constar dos 'Agradecimentos'.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas recomendações do ICMJE e seguir as orientações dos guias de redação científica para cada tipo de pesquisa, disponíveis no site da Enhancing the Quality and Transparency of health Research (EQUATOR). Tais guias visam garantir qualidade e transparência na publicação de pesquisas em saúde.

Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 - *checklist*); Ensaio clínico randomizado, utilizar o guia 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort - *checklist*); Estudos observacionais, consultar o guia 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (Strobe - *checklists*); Estudos qualitativos, utilizar o guia 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (Coreq); Para revisão sistemática, metanálise, metassíntese e revisão integrativa, utilizar o guia 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (Prisma - *checklist* e fluxograma) e suas extensões (Prisma para busca; Prisma para resumos e Prisma para revisão de escopo); Revisão sistemática sem metanálise, utilizar o guia 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM - *checklist*); Estudos de métodos mistos, utilizar o guia 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT).

Com relação ao guia Consort, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo de ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 'Registro de ensaios clínicos'.

Estudos de revisão sistemática: é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca dos estudos na base Prospero - International Prospective Register of Systematic Reviews.

Para outros tipos de revisão, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca de estudos em um dos seguintes repositórios: Open Science Framework (OSF) ou Figshare. Inclua o nome do site, o número do protocolo e o link do registro do protocolo.

Formatação do manuscrito

O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. Gravado em formato doc ou docx, e anexado no campo correspondente do formulário de submissão. A 'Saúde em Debate' disponibiliza *template* com a formatação adotada no projeto gráfico.

O periódico não utiliza sublinhados, **negritos** ou *itálico* para destacar termos. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Aspas duplas são usadas para citações e depoimentos no corpo do texto. Palavras de línguas estrangeiras devem ser grafadas em *itálico*, com exceção de nomes próprios, como nomes de instituições, programas, *softwares* etc. Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias. Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

A revista **não** aceita notas de rodapé, notas explicativas e apêndices.

Não é permitido o uso de abreviações no título do manuscrito e no resumo, apenas siglas reconhecidas internacionalmente.

Pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e pelo ICMJE. Nesses casos, o número de identificação deve constar no final do resumo e na seção 'Material e métodos'.

FORMATO DE ENVIO DO MANUSCRITO

Texto do manuscrito

Título - Em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.

Resumo - Em português, inglês e espanhol, com até 200 palavras, no qual fiquem claros: o tipo de pesquisa, o objetivo, o método empregado (desenho, população e procedimentos utilizados), os principais resultados e as conclusões do trabalho. Escrito de forma não estruturada, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), sem citações ou siglas, exceto abreviaturas reconhecidas internacionalmente. Os ensaios clínicos, os estudos observacionais analíticos e os estudos de revisão devem apresentar o número do registro ao final do resumo.

Palavras-chave - Em português, inglês e espanhol, contendo de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto, com apenas a primeira inicial maiúscula, utilizando os descritores principais apresentados no vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), disponíveis em: <https://decs.bvsalud.org/>.

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema do estudo, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses ou pressupostos do estudo, quando aplicáveis. Citar o objetivo no final dessa seção, com redação **idêntica à que consta no resumo**.

Material e métodos

Descrever de forma objetiva e clara, de modo a permitir a reprodutibilidade da pesquisa, e citar o guia redacional da Rede Equator utilizado, de acordo com cada tipo de estudo.

Estudos quantitativos devem incluir natureza/tipo de estudo, local/campo da pesquisa, período de coleta de dados, população/participantes do

estudo, critérios de seleção, amostra, variáveis do estudo, instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados, tratamento e análise dos dados e considerações éticas.

Estudos qualitativos devem utilizar o guia apropriado e contemplar: desenho ou tipo do estudo, referencial ou quadro teórico, local e período da coleta de dados, participantes, instrumentos de coleta de dados, procedimentos de coleta de dados, análise de dados e Considerações éticas.

Para estudos de revisão, seguir as diretrizes dos guias PRISMA, contemplando: tipo de revisão, protocolo e registro, critérios de elegibilidade (pergunta de pesquisa, acrônimo/mnemônico utilizado, critérios de inclusão e de exclusão), fontes de informação (bases de dados, bibliotecas eletrônicas, literatura cinzenta etc.), estratégias de busca, seleção dos estudos, coleta de dados (ou Extração de dados), avaliação crítica dos estudos, ou síntese, ou sumário dos resultados. Para as revisões sistemáticas, é fundamental incluir: avaliação do risco de viés, medidas de efeito e certeza da evidência.

Se a pesquisa envolver seres humanos ou animais, deve ficar registrado, no último parágrafo da seção, o cumprimento dos princípios éticos, respeito a legislação vigente (Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 no caso de pesquisa com seres humanos), o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) e do parecer de aprovação do respectivo CEP.

Caso tenha sido utilizada ferramenta de IA, deve ser informado nesta seção, assegurando a ausência de plágio, conforme modelo: “Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) utilizou(aram) [NOME DA FERRAMENTA/SERVIÇO] com o objetivo de [revisão linguística, correção gramatical e/ou organização textual]. Após a utilização da ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisou(aram) e editou(aram) o conteúdo conforme necessário, assumindo total responsabilidade pelo seu conteúdo”.

Resultados

Apresentam os dados coletados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, buscando atender aos objetivos da pesquisa. Podem utilizar textos, gráficos, tabelas e figuras para sua apresentação.

Discussão

No caso de pesquisas qualitativas, a discussão pode ser apresentada com os resultados.

A discussão consiste em destacar e interpretar os principais achados da pesquisa, enfatizar aspectos novos e relevantes. Estabelecer diálogo com o referencial teórico adotado e com a literatura científica nacional e internacional, apresentando as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas. Deve utilizar linguagem crítica e tempo verbal pretérito (passado).

Conclusões ou Considerações finais

Reafirma a tese/objetivo do trabalho, tendo como base o conhecimento novo gerado, sem repetições textuais. Destaca os principais achados e as contribuições e limitações do estudo. Indica a necessidade de novas pesquisas, assim como as implicações dos achados para o campo da saúde em geral e da saúde coletiva em particular. Não inserir referências ou citações nesta seção.

ATIVOS DIGITAIS

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deve ser, no máximo, de cinco por texto (com, no máximo, duas páginas cada), os quais devem

estar em formato aberto/editável. No caso de fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em cores, preto e branco ou escala de cinza.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser submetidos em arquivos separados, um a um, seguindo a ordem que aparecem no texto (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos, com respectivo número e título. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Os títulos de figuras, gráficos, quadros ou tabelas devem ser claros, informativos e apresentar o seu conteúdo. Informar o local e ano de realização do estudo. Separar os termos por vírgula e não incluir ponto final nos títulos.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

Citações

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, sem parênteses e sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: Saúde em Debate¹⁻⁴; quando intercaladas, deverão ser separadas por vírgula. Ex.: ... Saúde em Debate^{1,2,4}. Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve haver espaço. Ex.: ... Saúde em Debate^{3-6,16,21}.

Referências

A ‘Saúde em Debate’ adota as referências em conformidade com o *Estilo Vancouver*. Nas referências, devem constar apenas os autores citados no texto. Para exemplos de como citar artigos publicados na revista, recomenda-se consultar o *template*.

DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SISTEMA NO ATO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

1) Carta de apresentação (cover letter)

Modelo de carta ao editor

Prezado(a) Editor(a)-chefe,

Encaminho para apreciação o manuscrito intitulado ‘Título do manuscrito’, para possível publicação na ‘Saúde em Debate’. O estudo apresenta (breve descrição do tipo de estudo — ex.: uma análise documental, uma pesquisa empírica, uma revisão sistemática/de escopo, um ensaio teórico etc.), abordando (tema central e principais contribuições do trabalho).

O manuscrito contribui de maneira relevante para (destacar brevemente a importância, a originalidade ou a aplicabilidade dos resultados).

O tema tratado está em consonância com a política editorial da ‘Saúde em Debate’ (justifique).

Declaramos que o manuscrito não está sendo avaliado por outro periódico e que segue as diretrizes de submissão estabelecidas pela revista.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e adequações que se fizerem necessários ao longo do processo editorial.

Atenciosamente, (Nome completo do(s) autor(es)) (Afiliação institucional) (E-mail de contato)

2) Folha de rosto

Deve conter:

- Título em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.
- Nome completo de todos os autores sem abreviaturas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail do autor correspondente.
- Conflito de interesses: declarar se há conflito de interesses. Caso haja, justificar.
- Financiamento: informar a fonte de financiamento, com registro do número do processo, quando for o caso.
- Agradecimentos: escrever texto com os agradecimentos às pessoas e instituições que deve constar no final do artigo.
- Acesse o modelo da folha de rosto aqui.

3) Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Caso a pesquisa envolva seres humanos ou animais, anexar documento de aprovação do CEP correspondente, ou, para pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações existentes.

4) Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria

Todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria e anexá-la ao sistema no ato da submissão do manuscrito.

5) Formulário de conformidade com a Ciência Aberta

A revista adota a política de ciência aberta, que deve ser seguida pelos autores. Nesse sentido, os autores devem preencher o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

6) Registros

O pré-registro é obrigatório para revisões sistemáticas, revisões de escopo e ensaios clínicos. Os autores devem informar o nome do repositório e o número de registro na seção 'Material e métodos' e anexar o *checklist* correspondente.

DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS POR E-MAIL APÓS ACEITE DO MANUSCRITO

1) Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Depois de aprovado, o texto passa por normalização, feita pela equipe editorial, que encaminhará, por e-mail, a versão normalizada aos autores para que finalizem a revisão e procedam à revisão ortográfica e gramatical, a ser realizada por profissional especializado, sendo facultada aos autores a escolha de um revisor da lista disponibilizada pela revista. A devolução da versão com revisão ortográfica e gramatical deve vir acompanhada de declaração assinada pelo revisor.

2) Declaração de tradução

Caso haja interesse em traduzir o manuscrito para o inglês, no caso de artigos submetidos em português ou espanhol, os autores devem manifestar o interesse na devolução do manuscrito revisado na língua original. Para a tradução do manuscrito, os autores receberão uma lista de profissionais

qualificados, indicados pela revista. A devolução do manuscrito traduzido deve ser acompanhada de declaração assinada pelo tradutor.

3) Comprovante de pagamento da taxa de publicação

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 1.000 (atualizada em fevereiro de 2026) para os manuscritos aprovados. Para manuscritos aprovados para as seções de entrevista e resenha, o valor é de R\$ 800. Após a aprovação do manuscrito, os autores receberão e-mail com orientações sobre os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação. O comprovante de pagamento deve ser enviado para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br com o manuscrito revisado.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Abreviações e símbolos

Termos que geram abreviaturas, siglas ou acrônimos devem ser escritos por extenso na primeira vez em que aparecem no texto, com as iniciais em letras maiúsculas, com a sigla ao lado entre parênteses. Ex.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, basta mencionar a sigla.

Siglas com até três letras são escritas integralmente em maiúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). As siglas com quatro letras ou mais, lidas letra por letra, são grafadas com todas as letras maiúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Exceção: as grafias adotadas pelas próprias instituições deverão ser respeitadas, inclusive em casos em que a escrita oficial da sigla se alterna entre letras maiúsculas e minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB etc.).

Siglas com quatro letras ou mais que são lidas como palavras (acrônimo) são grafadas apenas com a inicial em maiúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sudene, Uerj, Ufal etc.).

Siglas em que a leitura seja mista (parte é pronunciada pela letra e parte como palavra) são grafadas com todas as letras maiúsculas: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT), Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Ao citar cidades, deve-se indicar o estado. Em textos escritos, a sigla do estado deve vir entre parênteses. Ex.: 'a cidade de Niterói (RJ) apresentou o melhor desempenho no índice de qualidade de vida e o desempenho social e ambiental do estado'. Não abreviar nomes de cidades (ex.: Belo Horizonte - BH).

Embora seja admissível o plural de siglas (PMs, CPLs etc.), a 'Saúde em Debate' adota a forma singular delas. O plural pode ser indicado pelo uso do artigo ou do termo no plural. Ex.: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), Polícias Militares (PM). Na frase: os ACS; As CPL... as PM de todos os estados.

Usar o símbolo de meia-risca '-' (Ctrl -) no lugar do travessão '—' (Ctrl Alt -) por questões de diagramação. O hífen '-' é usado para unir palavras e formar palavras compostas (super-herói, porta-retrato etc.), bem como em outras situações, como ênclise/mesóclise, separação de sílabas e em algumas palavras com prefixos (conforme regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa - Naolp).

Unidades de medida

Os símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) são invariáveis, não utilizam plural nem são seguidos de ponto (ex.: 5 kg, e não 5 kgs. ou 5 kg.). Use espaço entre o número e o símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; $n = 5$; $4 < 10$; $7 > 3$; IC 95%. Exceção: símbolo de porcentagem (10%, 30%).

O símbolo °C, para graus Celsius, é precedido de espaço para expressar a temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. Não use 41,5°C nem 41,5° C.

Unidades de medida, abreviações e símbolos devem ser apresentados com casas decimais. Valores numéricos de medidas que não sejam estatísticas fornecidas pelos autores devem, preferencialmente, incluir uma casa decimal, salvo quando maior precisão for essencial à interpretação. Não utilize mais de duas casas decimais para informações demográficas básicas. Ex.: 'Altura média dos participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'A sala possui 25 m²'; 'A distância entre os prédios é de 120,5 m'.

Estatísticas

Valores de p: podem ser apresentados com duas casas decimais, exceto para $p < 0,001$, que deve incluir três casas decimais. Apresente os valores de p significativos e não significativos com no máximo três casas decimais. Utilize $p < 0,001$ para valores menores que 0,001. Não utilize 'NS' para indicar resultados não significativos. Intervalos de Confiança (IC) e razões de risco ou de perigo (RR/HR) devem ser limitados a duas casas decimais. Para percentagens, utilize, no máximo, uma casa decimal. Para amostras com 25 participantes ou menos, prefira números ('1 de 4 casos') em vez de percentagens (25%). Para instrumentos ou escalas, indique o intervalo de referência em tabelas (em nota de rodapé) ou figuras, com referência à fonte.

Números e expressões numéricas

Use algarismos (1, 2, 3...) na maioria das circunstâncias. Escreva por extenso apenas: números de zero a dez (inclusive) e os termos cem, mil, milhão, bilhão, trilhão e outros do mesmo tipo; números no início de frases, títulos ou subtítulos; frações comuns (ex.: três quartos, meio segundo);

usos idiomáticos ou expressões consagradas; ordinais de primeiro a nono e ainda centésimo, milésimo, milionésimo, bilionésimo (use outros em algarismos: 11º, 20º, 46º, 90º); quando o número estiver entre aspas ou em títulos publicados. Décadas e intervalos: use anos 1980, anos 1990 (e não anos 80, anos 90, 1980s ou 1990s). Intervalos de confiança: IC 95%, 20-30 (não é necessário expandir). Para valores negativos: IC 95%, -20 a -30.

Produção e provas

A versão diagramada (prova digital) será enviada por *e-mail* aos autores para revisão final, que deverão devolvê-la no prazo estipulado. Nessa etapa do processo editorial, os autores terão oportunidade de comunicar se ainda há necessidade de correções. Não são permitidas alterações de conteúdo.

Ordem e prioridade de publicação

Os manuscritos aprovados são publicados na seguinte ordem: Editorial, Apresentação, Artigo Original, Ensaio, Revisão, Artigo de Opinião, Relato de Experiência, Resenha e Entrevista.

CONTATO

Editoras-chefes (decisões e denúncias)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaude Debate@cebes.org.br

Editora executiva (produção editorial)

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

Telefone: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

Instructions to authors

UPDATED IN FEBRUARY 2026

GENERAL GUIDELINES

'Saúde em Debate' accepts submissions of unpublished works – in Portuguese, English, and Spanish – that have academic quality, social relevance, theoretical and methodological contributions, and that are in line with the scope of the journal. Manuscripts written in English, if approved, must have the final version translated into Portuguese.

Before submitting the manuscript, we suggest reading the editorial policy of 'Saúde em Debate' to verify that your work is in accordance with the scope of the journal.

Submitted manuscripts are the sole responsibility of the authors and cannot be submitted simultaneously to another journal, in full or in part.

The evaluation process of manuscripts submitted to 'Saúde em Debate', in any of the modalities foreseen, goes through peer review, with academic merit being the criterion used in all phases of evaluation.

In the case of preprint submission, the author must inform, in the Open Science Compliance Form, the number of the assigned DOI and the name of the server where it was deposited. The communication of the submission of the manuscript in preprints must be made to the journal even if the deposit occurs after its submission.

'Saúde em Debate' adopts the open data policy, encouraging authors to make all research data (database, methods, codes, and other materials used and resulting from the research) available in reliable Open Access repositories (view [List of repositories for storing research data](#)). If the data are available, the repository should be noted in the Open Science Compliance Form and cited in the text and references, preferably with a persistent identifier such as a DOI (see the 'Research Data Citation Guide').

How to cite data

Authorship (personal or institutional);

Date of deposit of the research data;

Title of the search data, followed by the qualifier [dataset];

Name of the repository;

Electronic identifier (DOI or URL).

Example

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, 'Replication data for: Evaluation of the retention of medical professionals in health regions in Brazil', SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>.

Articles must be submitted exclusively by electronic means through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create their login and password to monitor the procedure.

Digital Object Identifier in published manuscripts

All papers approved at the time of their final publication in 'Saúde em Debate' will receive their DOI.

ACCEPTED DOCUMENT TYPES

In all types of papers, the maximum number of words includes the body of the text and the references (a maximum of 35 references and 50 references for review articles). The following are not included in the count: title, abstract, keywords, tables, charts, figures, and graphs.

Original article

Contributions aimed at the dissemination of original and unpublished research results, of an empirical or theoretical nature, with the potential for replication and/or generalization. The manuscript cannot exceed 6 thousand words.

Review

It comprises submissions that carry out a critical review of the literature on topics of interest to public health, with a detailed presentation of the review method used, including search, selection, classification, registration, and the protocols adopted. Systematic reviews, meta-analyses, integrative reviews, and scoping reviews are accepted. The manuscript cannot exceed 8 thousand words.

Essay

It consists of a critical analysis of a specific topic relevant to the conjuncture of Brazilian and/or international health policies. Its structure is flexible, but it must maintain coherence between sections. The argumentation must be supported by theoretical references and/or published empirical work. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

Opinion article

Text of an argumentative and interpretative nature, in which the author presents his point of view on a current topic of scientific, social, or political relevance. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

Experience report

Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5 thousand words that contribute significant contributions to the area.

Critical review

Reviews of books of interest to the area of public health are at the discretion of the Editorial Committee. Texts must present an overview of the work's content, its theoretical assumptions, and the audience to which it is addressed, with a maximum length of 1,200 words. The high-resolution cover must be sent through the journal's system.

Interview

Text produced by at least two people, in which the interviewee is always the first author, with a maximum of 7 thousand words.

AUTHORSHIP CONTRIBUTIONS

The journal accepts up to seven authors per manuscript. Exceptionally (in the case of multicenter research), more authors may be included, whose requests must be included in the letter to the editor who will analyze the relevance of the request.

Authorship lends credence to the work and has important academic, social, and financial implications. The individual contributions of each author in the preparation of the article must be specified according to the <https://credit.niso.org/> taxonomy and other authorship criteria recommended by the ICMJE, which determines that the recognition of authorship is based on substantial contribution, contemplating the following aspects:

- 1) Conception or design of the study; or acquisition, analysis, or interpretation of research data;
- 2) Writing or a critical review of the important intellectual content of the manuscript;
- 3) Final approval of the version to be published;
- 4) Agreement to be responsible for all aspects of the work, including ensuring its accuracy and completeness.

These four conditions must be fully met. The contribution of each of the authors must be explained in the Statement of Responsibility, copyright, and authorship, signed by all authors and sent at the time of submission in the system.

Information on the participation of each author, with their respective ORCID, will appear at the end of the manuscript, in the item 'Authorship contributions'.

People who have contributed to the research, but do not meet these requirements, cannot be considered authors, but must be acknowledged and included in the 'Acknowledgments'.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT

When preparing manuscripts, authors should be guided by the recommendations of the ICMJE and follow the scientific writing guidelines for each type of research, available on the Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) website. Such guidelines aim to ensure quality and transparency in the publication of health research.

For all types of quality improvement studies, see the guide 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 - checklist); Randomized controlled trial, using the guide 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort - checklist); Observational studies, consult the guide 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (STROBE - checklists); Qualitative studies, use the guide 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ); Systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and integrative review, use the guide 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (PRISMA - checklist e flow chart) and its extensions (PRISMA for Search; PRISMA for abstracts e PRISMA for scoping review); Systematic review without meta-analysis, using the guide 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM - checklist); Mixed methods studies, use the 'Mixed Methods Appraisal Tool' guide (MMAT).

Regarding the CONSORT guide, registration is mandatory in a **step before** data collection of the study of clinical trials in one of the entities mentioned in the topic 'Registration of clinical trials'.

Systematic review studies: registration in the PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) database is mandatory **before the search for studies**.

For other types of reviews, it is mandatory to register in a **step before** searching for studies in one of the following repositories: Open Science

Framework (OSF) or Figshare. Include the site name, protocol number, and protocol registration link.

Manuscript formatting

The text must be typed in Microsoft® Word or a compatible program on a standard A4 sheet (210X297mm), with margins of 2.5 cm on each of the four sides, Times New Roman font size 12, and line spacing of 1.5. Recorded in doc or docx format, and attached in the corresponding field of the submission form. 'Saúde em Debate' provides a template with the same formatting as the graphic project.

The journal does not use underlining, **bolding**, or *italics* to highlight terms. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Double quotation marks are used for quotations and testimonials in the body of the text. Foreign language words must be written in italics [WF1], except proper nouns, such as names of institutions, programs, software, etc. Avoid the use of capital letters in the text, except for those that are necessary. Avoid repetition of data or information in the different parts that make up the text.

The journal **does not** accept footnotes, explanatory notes, or appendices.

Clinical research must include the identification number from one of the clinical trial registries validated by the WHO and the ICMJE. In such cases, the identification number must appear at the end of the abstract and in the 'Material and methods' section.

Manuscript submission format

TEXT OF THE MANUSCRIPT

Title - In Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper names, with up to 15 words.

Abstract - In Portuguese, English, and Spanish, with up to 200 words, in which the following are clear: the type of research, the objective, the method used (design, population, and procedures used), the main results, and the conclusions of the work. Written in an unstructured way, without employing topics (introduction, methods, results, etc.), without citations or acronyms, except for internationally recognized abbreviations. Clinical trials, analytical observational studies, and review studies must have the registration number at the end of the abstract.

Keywords - In Portuguese, English, and Spanish, containing three to five keywords, separated by period, with only the first initial capital, using the primary descriptors presented in the structured vocabulary Descriptors in Health Sciences/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), available from: <https://decs.bvsalud.org/>.

Introduction

It should be brief and clearly define the study's problem, justify its importance, and identify the knowledge gaps. Include up-to-date references of national and international scope. Describe the hypotheses or assumptions of the study, when applicable. Cite the objective at the end of this section, with **wording identical to that in the abstract**.

Material and methods

Describe objectively and clearly, to allow the reproducibility of the research, and cite the Equator Network writing guide used, according to each type of study.

Quantitative studies should include the nature/type of study, the location/field of the research, the period of data collection, the population/participants of the study, the selection criteria, the sample, the study variables, the instruments and procedures used for data collection, data treatment and analysis, and ethical considerations.

Qualitative studies should use an appropriate guide and include: study design or type; framework or theoretical framework; place and period of data collection; participants; data collection instruments; data collection procedures; data analysis; and data collection.

For review studies, follow the guidelines of the PRISMA guides, including: type of review, protocol and registration, eligibility criteria (search question, acronym/mnemonic used, inclusion and exclusion criteria), sources of information (databases, electronic libraries, gray literature, etc.), search strategies, selection of studies, data collection (or data extraction), critical evaluation of the studies, or synthesis, or summary of the results. For systematic reviews, it is essential to include assessments of risk of bias, measures of effect, and the certainty of the evidence.

If the research involves humans or animals, the last paragraph of the section must record compliance with ethical principles, compliance with current legislation (Resolutions No. 466/2012 and No. 510/2016 of the National Health Council in the case of research with human beings), the number of the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE) and the approval opinion of the respective CEP.

If an AI tool has been used, it must be informed in this section, ensuring the absence of plagiarism, according to the model: "During the preparation of this work, the author(s) used [NAME OF TOOL/SERVICE] for the purpose of [linguistic revision, grammatical correction and/or textual organization]. After using the tool/service, the author(s) reviewed and edited the content as needed, taking full responsibility for its content".

Results

They present the collected data in a clear, objective, and logical sequence, aiming to meet the research objectives. They can use texts, graphs, tables, and figures for their presentation.

Discussion

In qualitative research, the discussion can be presented alongside the results.

The discussion highlights and interprets the research's main findings, emphasizing new and relevant aspects. Establish a dialogue with the adopted theoretical framework and with the national and international scientific literature, presenting the agreements and divergences with other research, supported by updated scientific evidence. Must use critical language and past tense.

Conclusions or Final considerations

It reaffirms the thesis/objective of the work, based on the new knowledge generated, without textual repetitions. It highlights the main findings and the study's contributions and limitations. It indicates the need for further research, as well as the implications of the findings for the field of health in general and collective health in particular. Do not insert references or citations in this section.

DIGITAL ASSETS

The number of figures, graphs, charts, or tables must be limited to five per text (with a maximum of two pages each), and they must be in an open/

editable format. For photographs, drawings, and maps, send high-resolution (at least 300 DPI) color, black-and-white, or grayscale images.

Figures, graphs, charts, and tables must be submitted in separate files, one by one, in the order they appear in the text (they must be numbered, include a title, and cite the source). In the text, only identify the place where they will be inserted, with the respective number and title. In the case of photos, the subjects cannot be identified unless they authorize, in writing, their use for scientific dissemination.

The titles of figures, graphs, charts, or tables must be clear, informative, and present their content. Inform the place and year of the study. Separate terms with a comma and do not include a period in titles.

CITATIONS AND REFERENCES

Citations

Enumerated consecutively, in Arabic numerals, superscripted, without parentheses and without mention of the authors' names (except those that constitute a theoretical or method reference). When they are sequential, indicate the first and last number, separated by a hyphen. E.g.: Saúde em Debate¹⁻⁴; when interspersed, they must be separated by a comma-E.g.: ... Saúde em Debate^{1,2,4}. Between the numerical citation and the word that precedes it, there should be no space-E.g.: ... Saúde em Debate^{3-6,16,21}.

References

'Saúde em Debate' adopts references in accordance with the Vancouver Style. In the references, only the authors cited in the text should be included. For examples of how to cite articles published in the journal, consult the template.

SUPPLEMENTARY DOCUMENTS

DOCUMENTS TO BE ENTERED INTO THE SYSTEM AT THE TIME OF SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

1) Cover letter

Sample letter to the editor

Dear Editor-in-Chief,

I forward for consideration the manuscript entitled 'Title of the manuscript', for possible publication in 'Saúde em Debate'. The study presents (brief description of the type of study - e.g., a documentary analysis, an empirical research, a systematic/scoping review, a theoretical essay, etc.), addressing (central theme and main contributions of the work).

The manuscript makes a relevant contribution by (briefly highlighting the importance, originality, or applicability of the results).

The topic is in line with the editorial policy of 'Saúde em Debate' (justify).

We declare that the manuscript is not under review by any other journal and that it complies with the journal's submission guidelines.

We are available for any clarifications and adjustments that may be necessary throughout the editorial process.

Sincerely, (Full name of author(s)) (Institutional affiliation) (Contact email)

2) Cover page

Must contain:

- Title in Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper nouns, with up to 15 words.
- Full name of all authors without abbreviations, institutions with links to up to three hierarchies, ORCID code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail of the corresponding author.
- Conflict of interest: declare whether there is a conflict of interest. If so, provide justification.
- Financing: inform the source of financing, with a record of the process number, when applicable.
- Acknowledgments: write a text with the acknowledgments to the people and institutions that should be at the end of the article.
- Access the cover page template [here](#).

3) Approval opinion of the Research Ethics Committee

If the research involves human beings or animals, attach a document of approval from the corresponding CEP, or, for research carried out in other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and existing legislation.

4) Statement of responsibility, copyright, and authorship

All authors must complete and sign the Statement of responsibility, copyright, and authorship and attach it to the system at the time of submission of the manuscript.

5) Open Science Compliance Form

The journal adopts the open science policy, which the authors must follow. In this sense, authors must fill out the Form on Compliance with Open Science and attach to the journal's system as 'Components of the article - Complementary document'.

6) Registration

Pre-registration is mandatory for systematic reviews, scoping reviews, and clinical trials. Authors must provide the repository name and registration number in the 'Material and methods' section and attach the corresponding checklist.

DOCUMENTS TO BE SENT BY E-MAIL AFTER ACCEPTANCE OF THE MANUSCRIPT

1) Statement of spelling and grammar review

Once approved, the text undergoes standardization by the editorial team, which will forward the standardized version by e-mail to the authors so they can complete the revision and proceed with the spelling and grammatical revision, to be carried out by a specialized professional. The authors will be able to choose a reviewer from the list made available by the journal. A statement signed by the reviewer must accompany the return of the version with spelling and grammar revision.

2) Translation statement

If there is interest in translating the manuscript into English, in the case of articles submitted in Portuguese or Spanish, the authors must express their interest in returning the revised manuscript in the original language.

For the translation of the manuscript, the authors will receive a list of qualified professionals, indicated by the journal. A statement signed by the translator must accompany the return of the translated manuscript.

3) Proof of payment of the publication fee

A publication fee of R\$ 1,000 (**updated in February 2026**) is charged for approved manuscripts. For manuscripts approved for the interview and review sections, the value is R\$ 800. After the manuscript is approved, authors will receive an email with guidance on the procedures for paying the publication fee. Proof of payment should be sent to revista@saudeemdebate.org.br with the revised manuscript.

ADDITIONAL INFORMATION

Abbreviations and symbols

Terms that generate abbreviations or acronyms must be written in full the first time they appear in the text, with the initials in capital letters, and the acronym next to it in parentheses. E.g.: Diabetes Mellitus (DM), Systemic Arterial Hypertension (SAH), Unified Health System (SUS). Then, mention the acronym.

Acronyms with up to three letters are written entirely in capital letters (SUS, UN, CPF, UFF). Acronyms with four letters or more, read letter by letter, are written with all capital letters (UFRJ, IRPF, INPS). Exception: the spellings adopted by the institutions themselves must be respected, even in cases where the official spelling of the acronym alternates between upper and lower case letters (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.).

Acronyms with four letters or more that are read as words are written only with the initial in capital letters (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Sudene, Uerj, Ufal, etc.).

Acronyms in which the reading is mixed (part is pronounced by the letter and part as a word) are written with all capital letters: National Household Sample Survey (PNAD), National Primary Care Policy (PNAB), United Nations Development Program (UNDP), National Department of Transport Infrastructure (DNIT), Ministry of Development, Industry and Foreign Trade (MDIC), Personal Injury Caused by Land Motor Vehicles (DPVAT).

When citing cities, the state must be indicated. In written texts, the acronym of the state must be in parentheses. E.g.: 'the city of Niterói (RJ) presented the best performance in the quality of life index and the social and environmental performance of the state'. Do not abbreviate city names (e.g., Belo Horizonte - BH).

Although the plural of acronyms (PMs, CPIs, etc.) is admissible, 'Saúde em Debate' adopts their singular form. The plural can be indicated by the use of the article or the term in the plural. Military Police (PM). In the sentence: the CHA; The CPI... the Military Police of all states.

Use the en dash symbol '–' (Ctrl -) instead of the dash '—' (Ctrl Alt -) for layout reasons. The hyphen '-' is used to join words and form compound words (superhero, picture frame, etc.), as well as in other situations, such as enclisis/mesoclis, separation of syllables, and in some words with prefixes (according to the rules of the New Orthographic Agreement of the Portuguese Language - NAOLP).

Units of measurement

The symbols (metric system, units, chemical elements) are invariable, do not use a plural, or are followed by a period (e.g., 5 kg, not 5 kgs. or 5 kg.).

Use space between the number and the symbol: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; n = 5; 4 < 10; 7 > 3; 95% CI. Exception: Percentage symbol (10%, 30%).

The symbol °C, for degrees Celsius, is preceded by a space to express the temperature: 41.5 °C, 18 °C, 23.7 °C. Do not use 41.5°C or 41.5°C.

Units of measurement, abbreviations, and symbols must be presented with decimal places. Numerical values of measures other than statistics provided by the authors should preferably include one decimal place, except when greater precision is essential for interpretation. Do not use more than two decimal places for basic demographic information. E.g.: 'Average height of the participants: 1.7 m'; 'Weight: 68.5 kg'; 'The room has 25 m²'; 'The distance between the buildings is 120.5 m'.

Statistics

P-values can be presented with two decimal places, except for $p < 0.001$, which must include three decimal places. Present the significant and non-significant p-values to no more than three decimal places. Use $p < 0.001$ for values less than 0.001. Do not use 'NS' to indicate non-significant results. Confidence intervals (CI) and risk or hazard ratios (RR/HR) should be limited to two decimal places. For percentages, use up to 1 decimal place. For samples with 25 participants or fewer, prefer numbers ('1 out of 4 cases') rather than percentages (25%). For instruments or scales, indicate the reference range in tables (in a footnote) or figures, with reference to the source.

Numbers and numerical expressions

Use digits (1, 2, 3...) in most circumstances. Write in full only: numbers from zero to ten (inclusive) and the terms one hundred, thousand, million, billion, trillion and others of the same type (in the same sentence, sentence or paragraph, if there are numbers below and above 11, use only digits, e.g.: 'the study interviewed 6 adolescents and 15 adults'); numbers at the beginning of sentences, headings or subtitles; common fractions (e.g., three-quarters, half a second); idiomatic uses or consecrated expressions; ordinals from first to ninth and also hundredth, thousandth, millionth,

billionth (use others in digits: 11th, 20th, 46th, 90th); when the number is enclosed in quotation marks or in published titles. Decades and ranges: Use the 1980s, 1990s (not the 80s, 90s, 1980s, or 1990s). Confidence intervals: 95% CI, 20-30 (no need to expand). For negative values: 95% CI, -20 to -30.

Production and proofs

The diagrammed version (digital proof) will be sent by e-mail to the authors for final revision, who must return it by the stipulated deadline. At this stage of the editorial process, authors will have the opportunity to communicate if any corrections are still needed. Changes to the content are not permitted.

Order and priority of publication

Approved manuscripts are published in the following order: Editorial, Presentation, Original Article, Essay, Review, Opinion Article, Experience report, Critical review, and Interview.

CONTACT

Editors-in-chief (decisions and complaints)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaudedebate@cebes.org.br

Executive editor (editorial production)

Correspondence

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

Telephone: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

Instrucciones a los autores

ACTUALIZADO EN FEBRERO DE 2026

DIRECTRICES GENERALES

La revista 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales — en portugués, inglés y español — que posean calidad académica, relevancia social, aportes teóricos y metodológicos, y que se ajusten al alcance de la Revista. Los manuscritos escritos en inglés, de ser aprobados, deberán tener la versión final traducida al portugués.

Antes de enviar su manuscrito, le sugerimos leer la política editorial de 'Saúde em Debate' para verificar si su trabajo se ajusta al alcance de la revista. Los manuscritos enviados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no pueden enviarse simultáneamente a otra revista, ni total ni parcialmente.

El proceso de evaluación de los manuscritos enviados a 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, implica la revisión por pares (*peer review*), siendo el mérito académico el criterio utilizado en todas las fases de la evaluación.

En caso de envío de *preprints*, el autor debe indicar, en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta, el número DOI asignado y el nombre del servidor donde se depositó. La notificación del envío del manuscrito como *preprint* debe hacerse a la Revista, incluso si el depósito se realiza después del envío inicial.

La revista 'Saúde em Debate' adopta una política de datos abiertos, alentando a los autores a poner todos los datos de investigación (bases de datos, métodos, códigos y otros materiales utilizados y resultantes de la investigación) a disposición en repositorios confiables de Acceso Abierto (Véase la Lista de repositorios para el depósito de datos de investigación). Si los datos están disponibles, el repositorio debe indicarse en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta y citarse en el texto y las referencias, preferiblemente con un identificador persistente como un DOI (Véase la 'Guía de citación de datos de investigación').

CÓMO CITAR DATOS

Autoría (personal o institucional);

Fecha de depósito de los datos de investigación;

Título de los datos de investigación, seguido del calificador [conjunto de datos];

Nombre del repositorio;

Identificador electrónico (DOI o URL).

Ejemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBROON>

Los artículos deben enviarse exclusivamente de forma electrónica a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Tras el registro, el autor

responsable del envío creará un nombre de usuario y una contraseña para el seguimiento del proceso.

Digital Object Identifier en los manuscritos publicados

Todos los trabajos aprobados recibirán su DOI tras su publicación final en 'Saúde em Debate'.

TIPOS DE DOCUMENTOS ACEPTADOS

En todos los tipos de artículos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del texto y las referencias (máximo de 35 referencias y 50 para artículos de revisión). No se incluyen en el recuento: título, resumen, palabras clave, tablas, gráficos, figuras ni gráficos.

Artículo original

Contribuciones destinadas a difundir los resultados de investigaciones originales e inéditas, de carácter empírico o teórico, con potencial de replicación y/o generalización. El manuscrito no puede exceder las 6000 palabras.

Revisión

Esta categoría incluye trabajos que ofrecen una revisión crítica de la literatura sobre temas de interés para la Salud Colectiva, con una presentación detallada del método de revisión empleado, incluyendo los criterios de búsqueda, la selección, la clasificación, el registro y los protocolos adoptados. Se aceptan revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones integrativas y revisiones de alcance. El manuscrito no puede exceder las 8000 palabras.

Ensayo

Consiste en un análisis crítico de un tema específico relevante e interesante para el estado actual de las políticas de salud brasileñas o internacionales. Su estructura es flexible, pero debe mantener la coherencia entre las secciones. La argumentación debe sustentarse en marcos teóricos o trabajos empíricos previamente publicados. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

Artículo de opinión

Este texto es de carácter argumentativo e interpretativo, en el que el autor presenta su punto de vista sobre un tema de actualidad de relevancia científica, social o política. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

Informe de experiencia

Descripción de experiencias académicas, clínicas o de extensión, de hasta 5.000 palabras, que hagan contribuciones significativas al campo.

Reseña

Reseñas de libros de interés para el campo de la salud pública, a criterio del Comité Editorial. Los textos deben presentar una visión general del contenido de la obra, sus supuestos teóricos y su público objetivo, con una extensión máxima de 1200 palabras. Se debe enviar una imagen de portada de alta resolución por medio del sistema de la revista.

Entrevista

Un texto elaborado por al menos dos personas, en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

La revista acepta hasta siete autores por manuscrito. Excepcionalmente (en casos de investigación multicéntrica), se podrán incluir

más autores. Esta solicitud debe incluirse en la carta al editor, quien analizará su pertinencia.

La autoría otorga crédito al trabajo y tiene importantes implicaciones académicas, sociales y financieras. Las contribuciones individuales de cada autor al artículo deben especificarse según la taxonomía <https://credit.niso.org/> y otros criterios de autoría recomendados por ICMJE, que determina que el reconocimiento de la autoría se basa en la contribución sustancial, abarcando los siguientes aspectos:

- 1) Concepción o diseño del estudio; o adquisición, análisis o interpretación de los datos de la investigación;
- 2) Redacción o revisión crítica del contenido intelectual significativo del manuscrito;
- 3) Aprobación final de la versión que se publicará;
- 4) Compromiso de ser responsable de todos los aspectos del trabajo, incluyendo garantizar su exactitud e integridad.

Estas cuatro condiciones deben cumplirse plenamente. La contribución de cada autor debe constar explícitamente en la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría, firmada por todos los autores y entregada al momento de la publicación en el sistema.

La información sobre la participación de cada autor, incluyendo su Orcid correspondiente, se incluirá al final del manuscrito, en la sección 'Contribuciones de autoría'. Quienes hayan contribuido a la investigación pero no cumplan estos requisitos no podrán ser considerados autores, pero deberán ser reconocidos y mencionados en la sección 'Agradecimientos'.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Al preparar los manuscritos, los autores deben guiarse por las recomendaciones de ICMJE y seguir las directrices de redacción científica para cada tipo de investigación, disponibles en el sitio web de Enhancing the Quality and Transparency of health Research (EQUATOR). Estas directrices tienen como objetivo garantizar la calidad y la transparencia en la publicación de la investigación en salud. Otras directrices son:

- Para todo tipo de estudios de mejora de la calidad, consultar la guía 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 – *checklist*);
- Para ensayos clínicos aleatorizados, utilizar la guía 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort – *checklist*);
- Para estudios observacionales, consultar la guía 'Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology' (Strobe – *checklists*);
- Para estudios cualitativos, utilizar la guía 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ);
- Para revisiones sistemáticas, metaanálisis, metasíntesis y revisiones integrativas, utilizar la guía 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses' (Prisma – *checklist* e diagrama de flujo) y sus extensiones (Prisma para búsqueda; Prisma para resúmenes y Prisma para revisión de alcance);
- Para revisiones sistemáticas sin metaanálisis, utilizar la guía 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM – *checklist*);
- Para estudios de métodos mixtos, utilizar la guía 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT);

- Respecto a las directrices CONSORT, el registro es obligatorio antes de la recogida de datos para ensayos clínicos con una de las entidades mencionadas en la sección 'Registro de ensayos clínicos';
- Para los estudios de revisión sistemática, es obligatorio el registro en la base de datos PROSPERO – Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas – antes de realizar la búsqueda;
- Para otros tipos de revisiones, es obligatorio registrarse antes de realizar una búsqueda de estudios en uno de los siguientes repositorios: Open Science Framework (OSF) o Figshare. Incluya el nombre del sitio web, el número de protocolo y el enlace de registro.

Adecuación del manuscrito

El texto debe redactarse en Microsoft® Word o un programa compatible, en papel A4 estándar (210 x 297 mm), con márgenes de 2,5 cm en cada lado, fuente Times New Roman tamaño 12 e interlineado 1,5. Se guardará en formato .doc o .docx y se adjuntará al campo correspondiente del formulario de envío. La revista 'Saúde em Debate' proporciona una plantilla con el formato adoptado en el proyecto de diseño gráfico.

La revista no utiliza subrayado, negrita ni *cursiva* para resaltar términos. Use comillas simples para destacar expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Se utilizan comillas dobles para citas y testimonios en el cuerpo del texto. Las palabras de lenguas extranjeras deben escribirse en cursiva, excepto los nombres propios, como nombres de instituciones, programas, *software*, etc. Evite usar mayúsculas en el texto, excepto cuando sea absolutamente necesario. Evite repetir datos o información en las diferentes partes que componen el texto.

La revista no acepta notas a pie de página, notas explicativas ni apéndices. No se permite el uso de abreviaturas en el título ni en el resumen del manuscrito; solo se permiten acrónimos reconocidos internacionalmente.

Las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE. En estos casos, el número de identificación debe figurar al final del resumen y en la sección 'Material y métodos'.

FORMATO DE ENVÍO DEL MANUSCRITO

Texto del manuscrito

Título – En portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con sólo mayúscula inicial para nombres propios, hasta 15 palabras.

Resumen – En portugués, inglés y español, con un máximo de 200 palabras, que indique claramente: el tipo de investigación, el objetivo, el método empleado (diseño, población y procedimientos), los principales resultados y las conclusiones del trabajo. El texto debe redactarse en un estilo no estructurado, sin viñetas (introducción, métodos, resultados, etc.), sin citas ni acrónimos, excepto las abreviaturas reconocidas internacionalmente. Los **ensayos clínicos, estudios observacionales analíticos y estudios de revisión** deben incluir el número de registro al final del resumen.

Palabras clave – En portugués, inglés y español, conteniendo de tres a cinco palabras clave, separadas por puntos, con sólo la primera letra en mayúscula, utilizando los principales descriptores presentados en el vocabulario estructurado Descriptores en Ciencias de la Salud/Encabezamientos de Temas Médicos (DeCS/MeSH), disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>.

Introducción

Debe ser breve, definiendo claramente el problema de estudio, justificando su importancia y las lagunas en el conocimiento. Incluya referencias nacionales e internacionales actualizadas. Describa las hipótesis o supuestos del estudio, cuando corresponda. Indique el objetivo al final de esta sección, utilizando una redacción **idéntica a la del resumen**.

Material y métodos

Describa la investigación de forma objetiva y clara, a fin de permitir su reproducibilidad, y citar la guía de estilo de la red EQUATOR utilizada, según cada tipo de estudio.

Los estudios cuantitativos deben incluir la naturaleza/tipo de estudio, ubicación/campo de investigación, período de recopilación de datos, población/participantes del estudio, criterios de selección, muestra, variables del estudio, instrumentos y procedimientos utilizados para la recopilación de datos, procesamiento y análisis de datos, y consideraciones éticas.

Los estudios cualitativos deben utilizar las pautas apropiadas e incluir: diseño o tipo de estudio, marco teórico, ubicación y período de recolección de datos, participantes, instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

Para los estudios de revisión, siga las directrices PRISMA, incluyendo tipo de revisión, protocolo y registro, criterios de elegibilidad (pregunta de investigación, acrónimo/mnemónico utilizado, criterios de inclusión y exclusión), fuentes de información (bases de datos, bibliotecas electrónicas, literatura gris, etc.), estrategias de búsqueda, selección de estudios, recopilación (o extracción) de datos, evaluación crítica de los estudios o síntesis o resumen de resultados. Para las revisiones sistemáticas, es fundamental incluir la evaluación del riesgo de sesgo y las medidas de efecto y certeza de la evidencia.

Si la investigación involucra seres humanos o animales, se deberá registrar en el último párrafo de la sección: el cumplimiento de los principios éticos, el respeto a la legislación vigente (Resolución CNS N°466/2012 y Resolución N°510/2016 en el caso de investigaciones con seres humanos), el número del Certificado de Presentación para Revisión Ética (CAAE) y el parecer aprobatorio del respectivo Comité de Ética.

Si se utilizó una herramienta de IA, debe indicarse en esta sección, garantizando la ausencia de plagio, según el siguiente modelo: "Durante la preparación de este trabajo, el/los autor(es) utilizó(aron) [NOMBRE DE LA HERRAMIENTA/SERVICIO] para [revisión lingüística, corrección gramatical y/u organización textual]. Después de usar la herramienta/servicio, el/los autor(es) revisó(aron) y editó(aron) el contenido según fuera necesario, asumiendo plena responsabilidad por su contenido".

Resultados

Presentan los datos recopilados de forma clara, objetiva y lógicamente secuencial, con el objetivo de cumplir los objetivos de la investigación. Pueden utilizar texto, gráficos, tablas y figuras para su presentación.

Discusión

En el caso de la investigación cualitativa, la discusión puede presentarse junto con los resultados. Consiste en destacar e interpretar los principales hallazgos de la investigación, enfatizando los aspectos nuevos y relevantes. Debe establecer un diálogo con el marco teórico adoptado y con la literatura científica nacional e internacional, presentando las coincidencias

y discrepancias con otras investigaciones con evidencia científica actualizada por medio de un lenguaje crítico y en el tiempo pasado.

Conclusiones o Consideraciones finales

Reafirma la tesis/objetivo del trabajo, basándose en el nuevo conocimiento generado, sin repeticiones textuales. Destaca los principales hallazgos, así como las contribuciones y limitaciones del estudio. Indica la necesidad de mayor investigación, así como las implicaciones de los hallazgos para el campo de la salud en general y la Salud Colectiva en particular. No incluya referencias ni citas en esta sección.

ACTIVOS DIGITALES

El número máximo de figuras, gráficos, diagramas o tablas por texto debe ser de cinco (con un máximo de dos páginas cada uno), y deben estar en un formato abierto y editable. En el caso de fotografías, dibujos y mapas, deben presentarse en alta resolución (al menos 300 ppp), en color, blanco y negro o escala de grises.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben presentarse en archivos separados, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el texto (deben estar numerados e incluir título y fuente). En el texto, solo se debe identificar dónde se insertarán, con su respectivo número y título. Si se utilizan fotos, no se podrá identificar a los sujetos a menos que lo autoricen por escrito para fines de divulgación científica.

Los títulos de figuras, gráficos, diagramas o tablas deben ser claros, informativos y presentar su contenido. Incluya la ubicación y el año en que se realizó el estudio. Separe los términos con comas y no incluya un punto al final de los títulos.

CITAS Y REFERENCIAS

Citas

Se enumeran consecutivamente, en números arábigos superíndices, sin paréntesis y sin mencionar los nombres de los autores (excepto aquellos que constituyen un marco teórico o metodológico). En caso de ser secuencial, se indican el primer y el último número, separados por un guion. Ej.: Saúde em Debate¹⁻⁴; al intercalar, deben separarse con una coma. Ej.: ... Saúde em Debate^{1,2,4}. No debe haber espacio entre la cita numérica y la palabra que la precede. Ej.: ... Saúde em Debate^{3-6,16,21}.

Referencias

La revista 'Saúde em Debate' utiliza el Estilo Vancouver para las citas. Solo los autores citados en el texto deben incluirse en las referencias. Para ver ejemplos de cómo citar artículos publicados en la revista, consulte la plantilla.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

DOCUMENTOS QUE DEBEN INGRESARSE AL SISTEMA AL ENVIAR EL MANUSCRITO

1) Carta de presentación (cover letter)

Muestra de carta al editor

Estimado(a) Editor(a) Jefe:

Le presento a su consideración el manuscrito titulado 'Título del Manuscrito' para su posible publicación en la revista 'Saúde em Debate'. El estudio presenta (breve descripción del tipo de estudio — p. ej.,

análisis documental, investigación empírica, revisión sistemática/de alcance, ensayo teórico, etc.) y aborda (tema central y principales contribuciones del trabajo).

El manuscrito contribuye significativamente a (destaque brevemente la importancia, originalidad o aplicabilidad de los resultados).

El tema abordado se ajusta a la política editorial de 'Saúde em Debate' (justifique).

Declaramos que el manuscrito no está siendo evaluado por otra revista y que sigue las directrices de envío establecidas por la revista.

Estamos a su disposición para cualquier aclaración o ajuste que sea necesario durante el proceso editorial.

Atentamente, (Nombre completo del autor/de los autores) (Afiliación institucional) (Correo electrónico de contacto)

2) Hoja de portada

Debe contener:

- Título en portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con mayúscula inicial para los nombres propios, con un máximo de 15 palabras.
- Nombre completo de todos los autores sin abreviaturas, instituciones afiliadas con hasta tres niveles jerárquicos, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico del autor correspondiente.
- Conflicto de intereses: declarar si existe conflicto de intereses. En caso afirmativo, justificarlo.
- Financiación: indique la fuente de financiación, incluyendo el número de la subvención, si corresponde.
- Agradecimientos: escriba un texto de reconocimiento de las personas e instituciones que deben aparecer al final del artículo.
- Acceda al modelo de la hoja de portada aquí.

3) Informe de aprobación del Comité de Ética de la Investigación

Si la investigación involucra seres humanos o animales, adjuntar el documento de aprobación del Comité de Ética correspondiente, o, para investigaciones realizadas en otros países, adjuntar una declaración que indique el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación vigente.

4) Declaración de responsabilidad, derechos de autor y autoría

Todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría y adjuntarla al sistema al momento de enviar el manuscrito.

5) Formulario de cumplimiento de Open Science

La revista adopta una política de ciencia abierta, que los autores deben seguir. Para ello, deben completar el Formulario de Conformidad de Ciencia Abierta y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del Artículo - Documento Suplementario'.

6) Registros

El preregistro es obligatorio para revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y ensayos clínicos. Los autores deben proporcionar el nombre del repositorio y el número de registro en la sección 'Material y métodos' y adjuntar la lista de verificación correspondiente.

DOCUMENTOS QUE SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO TRAS LA ACEPTACIÓN DEL MANUSCRITO

1) Declaración de revisión de ortografía y gramática

Tras la aprobación, el texto se somete a estandarización por parte del equipo editorial, que enviará la versión estandarizada a los autores por correo electrónico para su revisión final y la revisión ortográfica y gramatical por parte de un profesional especializado. Los autores pueden elegir un revisor de la lista proporcionada por la revista. La versión devuelta con la revisión ortográfica y gramatical debe ir acompañada de una declaración firmada por el revisor.

2) Declaración de traducción

Si los autores están interesados en que su manuscrito se traduzca al inglés, en el caso de artículos enviados en portugués o español, deben manifestar su interés en recibir el manuscrito revisado en el idioma original. Para la traducción del manuscrito, los autores recibirán una lista de profesionales cualificados recomendados por la revista. El manuscrito traducido devuelto debe ir acompañado de una declaración firmada por el traductor.

3) Comprobante de pago de la tasa de publicación

Se cobra una tasa de publicación de BRL 1.000 (**actualizada en febrero de 2026**) para los manuscritos aprobados. Para los manuscritos aprobados para las secciones de entrevista y revisión, la tasa es de BRL 800. Tras la aprobación del manuscrito, los autores recibirán un correo electrónico con instrucciones sobre cómo abonar la tasa de publicación. El comprobante de pago debe enviarse a revista@saudeemdebate.org.br junto con el manuscrito revisado.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Abreviaturas y símbolos

Los términos que generan abreviaturas, acrónimos o siglas deben escribirse completos la primera vez que aparecen en el texto, con las iniciales en mayúscula y el acrónimo junto a ellos entre paréntesis. Ej.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Sistema Único de Salud (SUS). Después, simplemente mencione el acrónimo.

Las siglas de hasta tres letras se escriben completamente en mayúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). Las siglas de cuatro o más letras, leídas letra por letra, se escriben todas en mayúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Excepción: se deben respetar las grafías adoptadas por las propias instituciones, incluso en los casos en que la grafía oficial de la sigla alterna entre mayúsculas y minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.). Las siglas con cuatro o más letras que se leen como palabras se escriben con sólo la letra inicial en mayúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sude, Uerj, Ufal, etc.).

Los acrónimos que tienen una pronunciación mixta (parte pronunciada como letra y parte como palabra) se escriben en mayúsculas: Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD), Política Nacional de Atención Primaria (PNAB), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Departamento Nacional de Infraestructura de Transporte (DNIT), Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior (MDIC), Lesiones Personales Causadas por Vehículos Motorizados Terrestres (DPVAT).

Al citar ciudades, se debe indicar el estado. En textos escritos, la abreviatura del estado debe ir entre paréntesis. Ejemplo: 'La ciudad de Niterói (RJ) presentó el mejor desempeño en el índice de calidad de vida y el desempeño socioambiental del estado'. No abreviar los nombres de las ciudades (p. ej., Belo Horizonte - BH).

Aunque se aceptan las formas plurales de las siglas (PMs, CPIs, etc.), la revista 'Saúde em Debate' adopta la forma singular. El plural puede indicarse mediante el artículo o el término en plural. Ej.: Agentes Comunitarios de Salud (ACS); Comisiones Parlamentarias de Investigación (CPI), Policía Militar (PM). En la oración: los ACS; Las CPI... los PM de todos los estados.

Utilice el guión corto '-' (Ctrl -) en lugar del guión largo '—' (Ctrl Alt -) por motivos de diseño. El guión '-' se utiliza para unir palabras y formar palabras compuestas, así como en otras situaciones, como la enclisis/mesoclis, la separación de sílabas y en algunas palabras con prefijos (según las reglas del Nuevo Convenio Ortográfico de la Lengua Portuguesa – Naolp).

Unidades de medida

Los símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) son invariables, no se usan plurales ni van seguidos de punto (p. ej., 5 kg, no 5 kgs. ni 5 kg.). Se debe dejar un espacio entre el número y el símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; $n = 5$; $4 < 10$; $7 > 3$; IC 95 %. Excepción: símbolo de porcentaje (10%, 30%). El símbolo °C, para grados Celsius, va precedido de un espacio para expresar la temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. No utilice 41,5°C ni 41,5° C.

Las unidades de medida, abreviaturas y símbolos deben presentarse con decimales. Los valores numéricos de las mediciones que no sean datos estadísticos proporcionados por los autores deben incluir preferiblemente un decimal, a menos que se requiera mayor precisión para su interpretación. No utilice más de dos decimales para la información demográfica básica. Ej.: 'Estatura promedio de los participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'La sala tiene una superficie de 25 m²'; 'La distancia entre los edificios es de 120,5 m'.

Estadística

Valores p: pueden presentarse con dos decimales, excepto para $p < 0,001$, que debe incluir tres. Presente los valores p significativos y no significativos con un máximo de tres decimales. Utilice $p < 0,001$ para valores inferiores a 0,001. No utilice «NS» para indicar resultados no significativos. Los intervalos de confianza (IC) y los cocientes de riesgo/riesgo (RR/HR) deben limitarse a dos decimales. Para los porcentajes, utilice un máximo de un decimal. Para muestras de 25 participantes o menos, prefiera números ('1 de cada 4 casos') en lugar de porcentajes (25%). Para instrumentos o escalas, indique el rango de referencia en tablas (en una nota al pie) o figuras, con referencia a la fuente.

Números y expresiones numéricas

Utilice numerales (1, 2, 3...) en la mayoría de las circunstancias. Escriba solo: números del cero al diez (inclusive) y los términos cien, mil, un millón, mil millones, un billón y otros del mismo tipo; números al comienzo de oraciones, títulos o subtítulos; fracciones comunes (p. ej., tres cuartos, medio segundo); usos idiomáticos o expresiones establecidas; ordinales del primero al noveno y también centésima, milésima, millonésima, milmillonésima (use otros en numerales: 11.º, 20.º, 46.º, 90.º); cuando el número esté entre comillas o en títulos publicados. Décadas e intervalos: utilice años 1980, años 1990 (y no 80s, 90s, 1980s o 1990s). Intervalos de confianza: IC del 95 %, 20-30 (no es necesario ampliar). Para valores negativos: IC del 95%, -20 a -30.

Producción y prueba

La versión formateada (prueba digital) se enviará por correo electrónico a los autores para su revisión final, la cual deberán devolver dentro del plazo estipulado. En esta etapa del proceso editorial, los autores tendrán la oportunidad de comunicar si se requieren correcciones adicionales. No se permiten cambios de contenido.

Orden y prioridad de publicación

Los manuscritos aprobados se publican en el siguiente orden: Editorial, Introducción, Artículo original, Ensayo, Revisión, Artículo de opinión, Informe de experiencia, Reseña de libro y Entrevista.

CONTACTO

Editoras jefe (decisiones y quejas)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaudebate@cebes.org.br

Editora Ejecutiva (producción editorial)

Dirección de envío

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

Teléfono: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Pareceristas que atuaram nesta edição

Reviewers who contributed to this edition

Revisores que contribuyeron a esta edición

Alane Andreilino Ribeiro
Alberto Jucelino Pereira Junior
Aldo Pacheco Ferreira
Alejando Iasso
Aletheia Soares Sampaio
Carlos Antonio de Souza Moraes
Carlos Eduardo Honorato
Carolinne Scopel
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro
Claudia Travassos
Cristiane Amorim
Cristina Campolina Vilas Boas
Denis Saffer
Eduardo Giacomini
Eliete Albano
Evelyne Lobato
Fernando Manuel Bessa Fernandes
Glaucia Santiago
Janaina Collar
José Erivaldo Gonçalves
Kathleen da Cruz
Kátia Ovídia José de Souza
Leonardo Mattos
Lia Giraldo
Lívia de Meira Lima Paiva

Lucas Andrietta
Luciane Miranda Guerra
Mara Alice Takahashi
Marcelo Rasga Moreira
Maria Cristina Pereira Lima
Maria del Pilar Anto Rubio
Maria Juliana Moura Corrêa
Maura Vanessa Silva Sobreira
Mirelle Finkler
Monarko Nunes de Azevedo
Nilson do Rosário Costa
Patrícia Pássaro da Silva Toledo
Raquel Einloft Kleinubing
Rozeli Maria Porto
Saint Clair Gomes Junior
Sandra Mara Campos Alves
Silvana Maria Bitencourt
Silvana Pereira
Tacinara Nogueira de Queiroz
Thais Piazza de Melo
Tiago Braga do Espírito Santo
Tulio Batista Franco
Valéria Romano
Vanda Palmarella

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR | EDITOR EJECUTIVO

Mariana Chastinet, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

REVISÃO TÉCNICA | TECHNICAL REVIEW | REVISIÓN TÉCNICA

Luiza Nunes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> - e-mail: luizapnunes@gmail.com
Wanderson Ferreira da Silva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
e-mail: revisao@cebes.org.br

DESIGN DE CAPA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | COVER DESIGN AND DESKTOP PUBLISHING | DISEÑO DE PORTADA Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

Rita Loureiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <http://www.apoiocultura.com.br> - e-mail: ritalloureiro@gmail.com

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION | NORMALIZACIÓN, REVISIÓN Y TRADUCCIÓN DE TEXTOS

Ana Lafaiete (revisão/proofreading/revisión)
Ana Luísa Moreira Nicolino (revisão e tradução/proofreading and translation/revisión y traducción)
André Luiz Frizon Faust (revisão e tradução/proofreading and translation/revisión y traducción)
André Nascimento (avaliação técnica/technical assessment/evaluación técnica)
Carina Munhoz (normalização e avaliação técnica/normalization and technical assessment/normalización y evaluación técnica)
Carla de Paula (revisão/proofreading/revisión)
Jean Pierre Barakat (tradução/translation/traducción)
Katia Muller (tradução/translation/traducción)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (revisão/proofreading/revisión)
Lígia Girão (tradução/translation/traducción)
Luiza Nunes (normalização/normalization/normalización)
Maria Cristina Antunes (tradução/translation/traducción)
Marília Daniele Soares Vieira (revisão/proofreading/revisión)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização e revisão/normalization and proofreading/normalización y revisión)

INDEXAÇÃO | INDEXING | INDEXACIÓN**Coleções | Collections | Colecciones**

Portal de Periódicos da Capes
Biblioteca Virtual em Saúde

Bases de indexação | Indexing bases | Bases de indexación

Bibliografia Latino Americana (Biblat)
Google Scholar (Google Acadêmico)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
SciELO Brasil
SciELO Saúde Pública
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários.org)

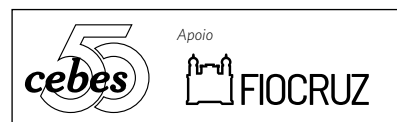
Repositórios temáticos | Thematic repositories | Repositorios temáticos

Periódica, Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

Directorios | Directories | Directorios

Diadorim
Doaj
Miguiim: Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

**CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)****DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)**

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)

GESTIÓN NACIONAL (2025-2026)

Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
André Luiz da Silva Lima e Mello
Alcides Silva de Miranda
Claudia Maria de Rezende Travassos
Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL | CONSEJO FISCAL

Iris da Conceição
José Leonídio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | Substitutes
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL | CONSEJO ASESOR

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dália Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luisa Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY | SECRETARIA EJECUTIVA

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER | GERENTE FINANCIERO

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM | EQUIPO DE COMUNICACIONES

Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA | MAILING ADDRESS | DIRECCIÓN DE ENVÍO

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2026.

v. 50. n. 150; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1



www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br