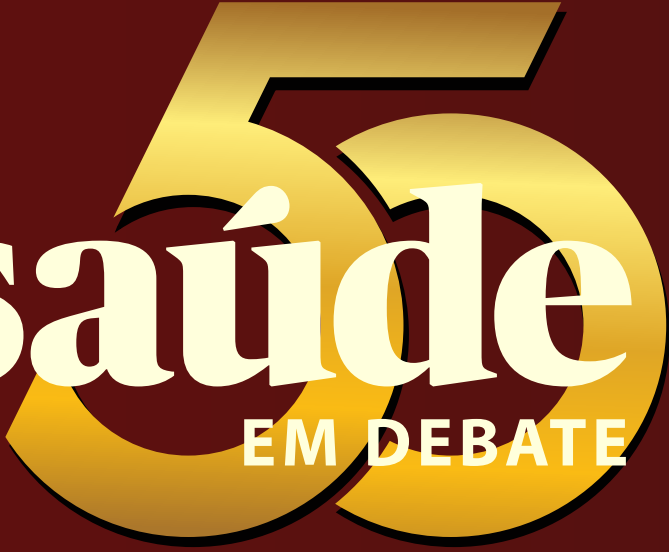




saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO 149
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 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

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: lenaualobato@uol.com.br

EDITORA ADJUNTA | CO-EDITOR

Ingrid Davilla Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: ingriddavilla@gmail.com

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Alcides Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/483667018191443>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676>, e-mail: alcides.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

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

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.peg@gmail.com

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

Alcides Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/483667018191443> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8947-9676> - e-mail: alcides.miranda@ufrgs.br

Alicia Stokiner, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - e-mail: astokiner@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: brenfontes@gmail.com

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

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

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/4632132822346897> - 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: jairnil@ufba.br

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

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/4385037327951834> - 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: luizfacchini@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/5771733693652268> - 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.peg@gmail.com

Ronaldo 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/7427719296567082> - 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



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO 149
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2026

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

O Cebes no debate das relações entre o público e o privado

Cebes in the debate on the relations between the public and the private

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

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Autonomia médica acima de tudo? Conselhos de medicina sobre intervenções medicamentosas contra covid-19

Medical autonomy above all? Medical councils on drug interventions against COVID-19

Vanina Castro Dória de Almeida, Renata Coutinho Pereira,
Marcia Cristina das Dores Bandini

Sentidos e significados da doação de órgãos para familiares de pacientes com Morte Encefálica
Meanings and significance of organ donation for family members of patients with Brain Death

Nathalie Campana de Souza, Endric Passos Matos, Lucas Benedito Fogaça Rabito, Nataly Cristine dos Santos Oliveira Delmondes, Rejane Santos Barreto, Rafaely de Cássia Nogueira Sanches, Mayckel da Silva Barreto

Vulnerabilizações socioambientais em saúde: impactos decorrentes da implantação e operacionalização de empreendimento eólico
Socio-environmental vulnerabilities in health: Impacts resulting from the implementation and operation of wind power projects

Wanessa da Silva Gomes, Régia Maria Batista Leite, Guilherme Alves de Siqueira, Nilson Henrique Dias da Silva, Emilly Marcela Mendes de Souza, Caroline de Paula Batista, André Monteiro Costa

Avanços e reveses nos atendimentos com práticas integrativas: estudo ecológico na região Norte do Brasil

Advances and setbacks in care with integrative practices: An ecological study in the Northern region of Brazil

Rafaella Georgia Lima Damasceno, Pedro Henrique Macedo Leitão, Kleyton Góes Passos

Inteligência sanitária e tomada de decisão: Modelo de Avaliação Sanitária Integrada de Hospitais

Sanitary intelligence and decision-making: Integrated Sanitary Assessment Model for Hospitals

Vanessa Lorena Sousa de Medeiros Freitas, Kátia Christina Leandro, Marcus Vinicius Teixeira Navarro

Prisão-território, cela-domicílio: o cuidado de Pessoas Privadas de Liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda - DF

Prison-territory, cell-home: Caring for People Deprived of their Liberty at the Papuda Penitentiary Complex - Federal District

Jorge Esteves Teixeira Junior, Ana Paula de Melo Dias, Bruno Pereira Stelet, Marcia Silveira Ney

Discriminação racial e seus efeitos no bem-estar e na trajetória universitária de estudantes negros
Racial discrimination and its effects on the well-being and university trajectory of Black students

Eliany Nazaré Oliveira, Pedro Lucas Alves, Paulo Jorge Almeida Pereira, Paulo César de Almeida, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Marcos Pires Campos, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade em Santa Catarina

Evaluation of nutritional care for addressing obesity in Santa Catarina

Rafaela Souza Petrolini, Josimari Telino de Lacerda, Patrícia Maria de Oliveira Machado

As relações entre corporação médica e bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019 a 2022)

The relationship between the medical entities and Bolsonarism during the Bolsonaro administration (2019 to 2022)

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros

Nutricionistas como influenciadores digitais: dilemas éticos e implicações para a prática profissional

Nutritionists as digital influencers: Ethical dilemmas and implications for professional practice

Jamilly Lobo de Freitas Francisco, Patricia Henriques

Gênero e necessidades de saúde dos homens: o cuidado na perspectiva de profissionais de saúde

Gender and men's health needs: Care from the perspective of healthcare professionals

Carolina de Oliveira Coutinho, Juliana Pereira Casemiro, Cristiane Marques Seixas

Fatores da não vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes de São Paulo

Factors associated with non-vaccination against Human Papillomavirus (HPV) among adolescents in São Paulo

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim, Luís Antônio Batista Tonaco, Bianca Maria Oliveira Lovisaro, Fernanda Penido Matozinhos, Deborah Carvalho Malta

Letramento em Saúde como estratégia para controle ponderal e mudança nos marcadores de consumo alimentar

Health Literacy as a strategy for weight control and changes in food consumption markers

Lisidna Almeida Cabral, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Antônio Augusto Ferreira Carioca, Eliane Mara Viana Henriques, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara, Anael Queirós Silva Barros, Helena Alves de Carvalho Sampaio

Validação da escala de gravidade do IFBRA entre Pessoas com Deficiência no seguro social brasileiro

Validation of the IFBRA severity scale among Persons with Disabilities in Brazilian social welfare

Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Edgar Merchan-Hamann, Éverton Luís Pereira, Lívia Barbosa, Daniela da Silva Rodrigues, William Rosa Souza, Gladston Luiz da Silva, Maria da Graça Luderitz Höefel

Discriminação experienciada por pessoas LGBTQIAPN+ e acesso aos serviços odontológicos: estudo transversal

Discrimination experienced by LGBTQIAPN+ individuals and access to dental services: A cross-sectional study

Igor Campos Guimarães, Ana Carla Batista Domiciano, Isabel Cristina Gonçalves Leite

ENSAIO | ESSAY

Biopolíticas de gênero e entraves na assistência ao aborto legal: autonomia reprodutiva em debate

Gender biopolitics and obstacles to legal abortion care: Reproductive autonomy under debate

Fernanda Teixeira de Barros Neta

Amazônia em disputa: COP-30, contradições estruturais e os impactos no Sistema Único de Saúde

Amazonia in Dispute: COP30, structural contradictions and impacts on Brazil's Unified Health System

Nádile Juliane Costa de Castro

One Health como disputa de hegemonia: uma resposta na perspectiva da saúde coletiva

One Health as hegemony dispute: An answer from the perspective of Brazilian collective health

Lia Giraldo da Silva Augusto, Carlos Fidelis Ponte, Anamaria Testa Tambellini, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Marcelo Firpo Porto, Karen Friedrich, Ana Maria Costa

REVISÃO | REVIEW

Cuidados paliativos oncológicos e luto: uma revisão de escopo

Oncological palliative care and bereavement: A scope review

Carla Cristina Alvarez Serrão, Allya Ariadne Alves Malcher, Marcelo Marques Cardoso, Victor Augusto Cavaleiro Corrêa

Desempenho da APS brasileira e inglesa durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo

Performance of Brazilian and English PHC during the COVID-19 pandemic: A scoping review

Larissa Beraldes de Souza, Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta, José Rodrigues Freire Filho

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

Sobre determinação social e sobredeterminação social: o epílogo de um debate-embate?

On social determination and social overdetermination: The epilogue to a heated debate?

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

RELATO DE EXPERIÊNCIA | EXPERIENCE REPORT

A implantação das Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes em municípios brasileiros

The implementation of Adolescent-Friendly Primary Health Care Units in Brazilian Municipalities

Denise Leite Ocampos, Mariana Russo Voydeville Damasceno, Bruno Arantes Campos, Mayara Baptista de Sousa, Lígia de Miranda Seabra, Marcele Maria de Castro Apratto Tenório

O Cebes no debate das relações entre o público e o privado

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

DOI: 10.1590/2358-28982026149ED-P

NESTE EDITORIAL, APRESENTAMOS AS LINHAS QUE ORIENTAM o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no debate e na ação sobre as consequências do aumento exponencial da participação privada no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, é sempre importante lembrar que a Constituição Federal de 1988 representa um marco civilizatório na história brasileira, ao estabelecer, em seu art. 196, que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹.

Esse dispositivo constitucional expressa uma concepção radicalmente democrática e universalista da saúde, fruto de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O que se observou nas décadas subsequentes, contudo, foi uma trajetória marcada pela contradição entre o mandato constitucional e as escolhas políticas e econômicas efetivamente realizadas. O SUS, embora tenha logrado avanços expressivos em cobertura vacinal, atenção básica, transplantes de órgãos e resposta a emergências sanitárias, convive com um subfinanciamento crônico e com a expansão vigorosa de um setor privado de saúde que se alimenta, paradoxalmente, de recursos públicos.

Segundo Sestelo, Souza e Bahia², o Brasil apresenta uma configuração singular no cenário internacional: um sistema público constitucionalmente universal coexistindo com um dos maiores mercados de planos de saúde do mundo, alimentado por generosos subsídios fiscais do Estado. Essa dualidade não é acidental nem natural. É resultado de disputas políticas, interesses econômicos e escolhas alocativas que, ao longo do tempo, moldaram um modelo híbrido que favorece, estruturalmente, o setor privado em detrimento do SUS. Sob essa perspectiva, é importante revisitar a história, seus contextos e conjunturas.

Nos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS (1986-2026), que teve a participação inédita de representantes da sociedade civil, a Conferência aprovou um relatório que serviu de base para o Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988. O conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”³ representou uma ruptura com a visão biomédica e mercantil então dominante.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lenauralobato@uol.com.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Vale lembrar que ela definiu, antes de tudo, uma Reforma Sanitária pautada na construção democrática de direitos sociais para a qualidade de vida, incluindo, nesse contexto, o sistema de saúde universal, público e estatal, orientando que todos os serviços privados seriam progressivamente estatizados.

Alguns atores não compareceram à 8ª CNS, incluindo os representantes do setor privado, apesar de marcarem presença na Comissão Nacional de Reforma Sanitária formada após a conferência para definir estratégias operacionais para as mudanças pretendidas. O MRSB contou com um forte trabalho de incidência política na Assembleia Nacional Constituinte, que resultou no Capítulo da Saúde, mas não foi capaz de neutralizar a ação do setor privado, que conseguiu garantir seus interesses, incluindo o artigo que permite sua presença em caráter complementar, com atuação sob a governança regulatória do SUS para aquelas situações em que esse sistema de saúde não dispunha de serviços. A complementariedade valeria para o caso de o SUS não conseguir sozinho realizar o conjunto de ações e serviços para garantir a integralidade. Entretanto, a oferta pública sempre aquém das necessidades, ora pela falta de financiamento para ampliação de serviços próprios, ora por escolhas políticas em um jogo já bem claro dos interesses, resultou em um rápido crescimento tanto do setor de planos de saúde, que saiu da condição de complementar para a de setor suplementar, quanto da participação privada ao interior do SUS.

A expansão do setor privado, simultânea ao processo de implantação do SUS, relaciona-se a um conjunto de fenômenos que precisa ser identificado para ampliar o conhecimento e fundamentar melhor a prática política. As diretrizes da 8ª CNS constituem bandeiras que ainda orientam nossas estratégias políticas, mas são insuficientes para traçar táticas de ação no contexto atual das relações sociais e da dinâmica do setor privado.

O mundo contemporâneo vive uma agudização das consequências do capitalismo, financeirizado, corporificado e predatório ao meio ambiente, imprimindo condições deletérias ao trabalho e às condições de vida, bem como alterações significativas nas relações sociais, mais imediatistas, consumistas e individualistas, que comprometem a adoção de projetos coletivistas e solidários. O ‘privado’ é mais do que a apropriação privada dos meios de produção e exploração de mais-valia; é também um elemento forte na orientação das relações sociais, que disputa os sentidos do que chamamos de processo de saúde e adoecimento.

A saúde é, simultaneamente, um dos direitos mais caros inscritos na Constituição Federal de 1988 e um dos mercados mais lucrativos da economia brasileira. Essa duplicidade não é uma casualidade histórica: ela é produto de disputas políticas concretas, travadas por atores com interesses bem definidos, nos parlamentos, nos ministérios, nos meios de comunicação e nas ruas. Compreender a relação entre o setor público e o setor privado na saúde brasileira exige, portanto, ir além da análise técnica dos modelos assistenciais e mergulhar na economia política que os sustenta.

O Brasil gastou, em 2022, aproximadamente 9,8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde, percentual comparável ao de países com sistemas universais consolidados. No entanto, enquanto nesses países a maior parcela é gasta pelo setor público, no Brasil, o gasto privado (5,1% do PIB) sempre superou o gasto público (4,7% do PIB)⁴, configurando uma anomalia estrutural que expressa, inicialmente, uma correlação de forças desfavorável ao projeto universalista.

Essa correlação de forças não é obra do acaso. Ela resulta da ação organizada de poderosos grupos econômicos do setor privado de saúde – operadoras de planos, hospitais, indústria farmacêutica, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – que, ao longo de décadas, construíram uma presença sistemática nos espaços de decisão política, modelando o marco regulatório, capturando

órgãos públicos e inviabilizando reformas que pudessem ameaçar seus interesses. Do outro lado, a defesa do SUS universal encontrou aliados na academia, nos movimentos sociais, em frações dos partidos de esquerda e em entidades profissionais de saúde – mas, apesar da força da participação e do controle social, sua capacidade de pressão mostrou-se inferior à do capital privado.

Verifica-se, também, uma disputa de hegemonia sobre o que é o direito à saúde e a quem cabe provê-lo. Se o privado antes se colocava em oposição ao direito à saúde, à universalização do acesso e à construção de sistemas públicos, hoje ele não se opõe a esses preceitos, mas assume o compromisso de ‘contribuir’ para o Estado no cumprimento dessa ‘missão’⁵. Tenta imprimir ao direito à saúde uma renovação do antigo lugar da causalidade biológica do adoecimento e da individualização da cura, por meio da defesa da expansão do acesso a mais tecnologias, mais insumos, mais medicamentos e mais procedimentos médicos.

É importante lembrar a mudança de postura do setor privado em relação ao SUS, que é política e bastante simbólica. Nos anos 2000, representantes do setor privado passaram a ressaltar a importância do SUS e de sua organização. Sintonizado com essa súbita defesa do SUS, no plano internacional, as agências lançaram o projeto da Cobertura Universal de Saúde (CUS), que afirma a insuficiência dos sistemas públicos para atendimento das populações e que o setor privado deve estar pronto para assumir essa missão⁵. Essa mudança não está devidamente estudada, mas certamente foi influenciada pela dinâmica de não enfrentamento e de adesão por parte dos agentes públicos, premidos pela necessidade de expansão de serviços (em especial de alta complexidade), pelas iniciativas de investimento em tecnologia e pela própria expansão dos recursos para a saúde, além de interesses particularistas.

Na disputa pela hegemonia, o setor privado ‘copia’ o movimento sanitário ao criar *think thanks* que defendem o SUS e

fazem apologia da interação com o público. Como exemplo, o já conhecido Instituto Coalizão Saúde, formado pela ‘cadeia produtiva’ do setor, tem como objetivo ‘contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do País’. Sua missão é ‘propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro’. São claros em defender a constitucionalidade da iniciativa privada na saúde e o “aperfeiçoamento de modelos que já vêm sendo implantados com sucesso, como as parcerias público-privadas”⁶. Na mesma direção, o Instituto para Estudos de Políticas de Saúde (Ieps) tem também papel formulador, e ressalta o objetivo de construir evidências para a adoção de políticas públicas⁷. Se o Coalizão e o Ieps são mais técnicos e formuladores, o recém-criado ‘Instituto Consenso – convergência em saúde’ terá, provavelmente, papel mais político, especialmente se observada a *entourage* de políticos e gestores participantes de sua inauguração em maio de 2026. O referido instituto se apresenta como um ‘novo marco para a articulação técnica entre saúde pública e privada’ e buscará, por meio de *lobbies*, dar legitimidade política à propalada eficácia da integração do privado com o SUS⁸.

Para nós, o Estado foi e é parte de um projeto contra-hegemônico quando se torna responsável pela construção de estruturas de bem-estar social no capitalismo. O neoliberalismo instalado no País exige a análise da atuação dos diferentes governos na área da saúde, particularmente em relação às estratégias adotadas na implementação do SUS. De saída, constata-se que o SUS vai perdendo o caráter de sistema único devido à franca expansão do setor privado. O caráter estatal foi sendo substituído pelos diversos mecanismos de privatização da gestão. Ademais, a saúde não foi central em nenhum projeto governamental. Esse contexto nos impõe ampliar o conhecimento sobre a dinâmica atual do setor

privado em suas várias dimensões para atuar e fortalecer a disputa de hegemonia pelo direito à saúde e o SUS – universal, público e com integralidade. É um grande desafio que merece nossa aposta e nossa vigorosa ação política.

Contribuições de autoria

Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* e Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Senado Federal (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Sestelo JAF, Souza LEPE, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):851-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>
3. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8-conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
4. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. Brazil [Country overview]; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://data.who.int/countries/076>
5. 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>
6. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: ICOS; © 2025. Agenda Prioritária; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/#agenda-prioritaria>
7. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [Internet]. São Paulo: Ieps; © 2025. Quem somos; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://ieps.org.br/institucional/#ancora-quemsomos>
8. Instituto Consenso [Internet]. Brasília, DF: Instituto Consenso; [data desconhecida]. Quem somos; [data desconhecida] [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://consenso.org.br/>

Cebes in the debate on the relations between the public and the private

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

DOI: 10.1590/2358-28982026149ED-I

IN THIS EDITORIAL, WE PRESENT THE GUIDELINES THAT GUIDE THE Brazilian Center for Health Studies (CEBES) in the debate and action on the consequences of the exponential increase in private participation in the Unified Health System (SUS). Initially, it is always important to remember that the Federal Constitution of 1988 represents a civilizing milestone in Brazilian history, by establishing, in its article 196, that:

[...] health is a right of all and a duty of the State, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of disease and other health problems and universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery¹.

This constitutional provision expresses a radically democratic and universalist conception of health, the result of decades of struggle by the Brazilian Health Reform Movement (MRSB).

What was observed in the subsequent decades, however, was a trajectory marked by the contradiction between the constitutional mandate and the political and economic choices actually made. The SUS, although it has achieved significant advances in vaccination coverage, primary care, organ transplants, and response to health emergencies, coexists with chronic underfunding and the vigorous expansion of a private health sector that is paradoxically fed by public resources.

According to Sestelo, Souza, and Bahia², Brazil presents a unique configuration in the international landscape: a constitutionally universal public system coexisting with one of the world's largest health insurance markets, funded by generous State tax subsidies. This duality is neither accidental nor natural. It is the result of political disputes, economic interests, and allocative choices that have, over time, shaped a hybrid model that structurally favors the private sector at the expense of the SUS. From this perspective, it is important to revisit history, its contexts, and conjunctures.

On the 40th anniversary of the 8th National Health Conference – 8th CNS (1986-2026), which had unprecedented participation by representatives of civil society, the Conference approved a report that served as the basis for the Health Chapter of the Federal Constitution of 1988. The concept of health as “resulting from the conditions of food, housing, education, income, environment, work, transportation, employment, leisure, freedom, access and possession of land and access to health services”³ represented a break with the then dominant biomedical and mercantile view.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lenauralobato@uol.com.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

It is worth remembering that it defined, first of all, a Health Reform based on the democratic construction of social rights for quality of life, including, in this context, the universal, public, and state health system, and guiding the progressive nationalization of private services.

Some actors did not attend the 8th CNS, including private-sector representatives, even though they were present at the National Health Reform Commission formed after the conference to define operational strategies for the intended changes. The MRSB engaged in strong political advocacy within the National Constituent Assembly, resulting in the Health Chapter. Still, it was not able to neutralize the action of the private sector, which managed to guarantee its interests, including the article that allows its presence on a complementary basis, acting under the regulatory governance of the SUS for those situations in which this health system did not have services. Complementarity would be valid if the SUS is unable to carry out the set of actions and services necessary to ensure comprehensiveness on its own. However, the public offer always falls short of the needs, sometimes due to the lack of funding to expand its own services, sometimes due to political choices in an already clear game of interests, resulting in rapid growth in both the health insurance sector, which has moved from a complementary to a supplementary sector, and in private sector participation within the SUS.

The expansion of the private sector, simultaneous with the implementation of the SUS, is related to a set of phenomena that need to be identified to expand knowledge and better support political practice. The guidelines of the 8th CNS serve as flags that still guide our political strategies, but they are insufficient to outline tactics for action in the current context of social relations and private-sector dynamics.

The contemporary world is experiencing an intensification of the consequences of financialized, embodied, and predatory capitalism on the environment, imprinting deleterious conditions on work and living conditions, as well as significant changes in social relations that are more immediate, consumerist, and individualistic,

thereby compromising the adoption of collectivist and solidary projects. The 'private' is more than the private appropriation of the means of production and exploitation of surplus value; it is also a strong element in the orientation of social relations, which disputes the meanings of what we call the process of health and illness.

Health is simultaneously one of the most expensive rights enshrined in the Federal Constitution of 1988 and one of the most lucrative markets in the Brazilian economy. This duplicity is not a historical coincidence: it is the product of concrete political disputes, waged by actors with well-defined interests, in parliaments, ministries, the media, and the streets. Understanding the relationship between the public and private sectors in Brazilian health, therefore, requires going beyond the technical analysis of care models and delving into the political economy that sustains them.

In 2022, Brazil spent approximately 9.8% of its Gross Domestic Product (GDP) on health, a percentage comparable to that of countries with consolidated universal systems. However, while in these countries the largest share is spent by the public sector, in Brazil, private spending (5.1% of GDP) has always exceeded public spending (4.7% of GDP)⁴, thereby configuring a structural anomaly that initially reflects a correlation of forces unfavorable to the universalist project.

This correlation of forces is not the work of chance. It results from the organized action of powerful economic groups in the private health sector – plan operators, hospitals, the pharmaceutical industry, diagnostic and therapeutic support services – which, over decades, have built a systematic presence in political decision-making spaces, shaping the regulatory framework, capturing public agencies, and making reforms that could threaten their interests unfeasible. On the other hand, the defense of the universal SUS found allies in academia, social movements, factions of left-wing parties, and professional health entities – but despite the strength of participation and social control, its capacity to exert pressure proved inferior to that of private capital.

There is also a dispute over hegemony over what the right to health is and who is responsible for providing it. If the private sector used to be in opposition to the right to health, to the universalization of access, and to the construction of public systems, today it does not oppose these precepts, but assumes the commitment to ‘contribute’ to the State in the fulfillment of this ‘mission’⁵. It attempts to imprint on the right to health a renewal of the old place of biological causality in illness and the individualization of cure, through the defense of expanding access to more technologies, inputs, medicines, and medical procedures.

It is important to remember the change in the private sector’s attitude toward the SUS, which is political and quite symbolic. In the 2000s, representatives of the private sector began to emphasize the importance of the SUS and its organization. In tune with this sudden defense of the SUS, at the international level, the agencies launched the Universal Health Coverage (UHC) project, which affirms the insufficiency of public systems to serve populations and the need for the private sector to be ready to assume this mission. This change has not been properly studied, but it was certainly influenced by the dynamics of non-confrontation and adherence on the part of public agents, pressured by the need to expand services (especially of high complexity), by investment initiatives in technology, and by the expansion of resources for health, in addition to particularistic interests.

In the dispute for hegemony, the private sector ‘copies’ the health movement by creating think tanks that defend the SUS and advocate interaction with the public. As an example, the well-known Health Coalition Institute, formed by the sector’s ‘production chain’, aims to ‘contribute, in a purposeful and pluralistic way, to the debate and the search for new advances in health, in response to the demands of the population and the needs of the country’. Its mission is to ‘propose solutions that contribute to the quality, equity and sustainability of the Brazilian health system’. They are clear in defending the constitutionality of private initiative

in health and the “improvement of models that have already been successfully implemented, such as public-private partnerships”⁶. In the same direction, the Institute for Health Policy Studies (IEPS) also has a formative role and emphasizes the objective of building evidence to support the adoption of public policies⁷. If the Coalition and the IEPS are more technical and focused on formulation, the newly created ‘Consensus Institute – convergence in health’ will likely play a more political role, especially given the presence of politicians and managers at its inauguration in May 2026. This institute presents itself as a ‘new framework for the technical articulation between public and private health’ and will seek, through lobbying, to lend political legitimacy to the vaunted effectiveness of integrating the private sector with the SUS⁸.

For us, the State was and is part of a counter-hegemonic project when it assumes responsibility for constructing social welfare structures within capitalism. The neoliberalism installed in the country requires an analysis of the performance of different governments in the health sector, particularly regarding the strategies adopted in implementing the SUS. From the outset, it is evident that the SUS is losing its character as a single system due to the frank expansion of the private sector. The state character was replaced by various mechanisms of management privatization. Furthermore, health was not central to any government project. This context compels us to broaden our understanding of the current dynamics of the private sector across its various dimensions to update and strengthen the struggle for hegemony over the right to health and the SUS – universal, public, and comprehensive. It is a major challenge that deserves our commitment and vigorous political action.

Authorship contributions

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

References

1. Senado Federal (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Sestelo JAF, Souza LEPP, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):851-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>
3. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8-conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
4. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. Brazil [Country overview]; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://data.who.int/countries/076>
5. 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>
6. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: ICOS; © 2025. Agenda Prioritária; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/#agenda-prioritaria>
7. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [Internet]. São Paulo: Ieps; © 2025. Quem somos; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://ieps.org.br/institucional/#ancora-quemsomos>
8. Instituto Consenso [Internet]. Brasília, DF: Instituto Consenso; [data desconhecida]. Quem somos; [data desconhecida] [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://consenso.org.br/>

Autonomia médica acima de tudo? Conselhos de medicina sobre intervenções medicamentosas contra covid-19

*Medical autonomy above all? Medical councils on drug interventions
against COVID-19*

Vanina Castro Dória de Almeida¹, Renata Coutinho Pereira¹, Marcia Cristina das Dores Bandini¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910587P

RESUMO A política de enfrentamento à emergência sanitária causada pela covid-19 foi marcada por disputas em diversas frentes, dentre elas quanto à abordagem medicamentosa à doença. Neste estudo buscamos analisar o posicionamento normativo do sistema conselhal de medicina do Brasil acerca da prescrição de medicações contra a covid-19. Esse sistema é uma instituição permanente de relevância inegável durante crises sanitárias. Realizamos a análise documental das normas publicadas sobre o tema no decorrer da pandemia. Através de técnicas da análise de conteúdo, buscamos identificar e descrever o posicionamento contido nestas normas sobre a prescrição de medicamentos. Caracterizamos esse posicionamento quanto às medicações pautadas e o objetivo da prescrição. Assim, identificamos uma postura favorável à possibilidade de intervenções medicamentosas variadas e para casos de gravidade diversa, a despeito de reconhecida falta de evidência científica substanciando essas prescrições. Identificamos como conceitos-chave para compreensão desse conjunto de normas, o uso *off-label* e a autonomia médica. O uso *off-label* aparece como enquadramento que possibilita a prescrição desses medicamentos, em vista à reconhecida falta de evidência; e o princípio da autonomia é evocado como norteador desse posicionamento quando o conselho faz referência principalmente à autonomia médica.

PALAVRAS-CHAVE Tratamento farmacológico da covid-19. Sociedades médicas. Desinformação.

ABSTRACT The policy for dealing with the health emergency caused by COVID-19 was marked by disputes on several fronts, including regarding the pharmacological approach to the disease. In this study, we sought to analyze the normative position of the Brazilian medical council system regarding the prescription of medications against COVID-19. This system is a permanent institution of undeniable relevance during health crises. We conducted a document analysis of the regulations published on the subject during the pandemic. Through content analysis techniques, we sought to identify and describe the position contained in these regulations regarding the prescription of medications. We characterized this position regarding the medications prescribed and the objective of the prescription. Thus, we identified a stance favorable to the possibility of varied pharmacological interventions for cases of varying severity, despite the recognized lack of scientific evidence substantiating these prescriptions. We identified off-label use and medical autonomy as key concepts for understanding this set of regulations. Off-label use appears as a framework that allows the prescription of these medications, given the recognized lack of evidence; The principle of autonomy is invoked as a guiding principle for this position when the council refers primarily to medical autonomy.

KEYWORDS COVID-19 drug treatment. Medical societies. Disinformation.

¹Universidade Estadual de
Campinas (Unicamp) –
Campinas (SP), Brasil.
vanidoria@gmail.com

Introdução

Cinco anos após a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ declarar a pandemia de covid-19, entidades nacionais e internacionais ainda se dedicam a compreender esse período. Permeada por interesses políticos e econômicos, muitas vezes em conflito com as boas práticas de saúde, a pandemia de covid-19 foi acompanhada pelo que Naomar de Almeida Filho² chamou de uma ‘pandemia ideológica’, um período marcado pelo negacionismo e desinformação. A OMS utilizou o termo ‘infodemia’ para se referir ao fenômeno de excesso de informações que dificultou o acesso àquelas cientificamente confiáveis, impactando na política de enfrentamento à crise sanitária provocada pelo Sars-CoV-2³. As disputas discursivas figuraram, assim, como uma das maiores frentes de batalha para contenção da pandemia²⁻⁷.

Essa emergência sanitária acentuou disparidades socioculturais e foi marcada por um excesso de mortalidade, não só por covid-19, mas também por doenças crônicas não atendidas⁸. Santos aponta que as mortes provocadas por pandemias não são discriminadas e os governos de extrema-direita ou de direita neoliberal utilizaram “a crise humanitária para chicana política”⁹⁽²⁶⁾. Judith Butler, ainda no início da pandemia, postulou como a desigualdade radical social dividiria

[...] aqueles que devem ser protegidos contra a morte a qualquer custo e aqueles cujas vidas são consideradas não valerem o bastante para serem salvaguardadas contra a doença e a morte¹⁰⁽¹⁾.

O conjunto de decisões tomadas pelo governo federal brasileiro nesse período foi acusado, por diversos estudiosos, de reduzir sujeitos a ‘corpos matáveis’, admitindo mortes em favor de interesses outros^{11,12}. Em 2021, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a atuação federal no enfrentamento à pandemia¹³. A

pedido da comissão, o Centro de Estudos em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (Cepedisa – USP)¹¹ atualizou seu estudo ‘Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil’ e seus resultados apontam como procedente “a hipótese da existência de estratégia de disseminação da doença”¹¹⁽⁵⁾ na resposta federal. A incitação ao descumprimento de medidas preventivas em favor de um suposto ‘tratamento precoce’ e o foco em medidas de assistência estão dentre os pontos-chave dessa postura, conforme identificado pelo estudo da Cepedisa.

A estratégia de incentivo à contaminação da doença entre camadas mais vulneráveis da população, em especial a classe trabalhadora, necessitava de um aval pseudocientífico para levar ao efeito desejado e anunciado de que ‘O Brasil não pode parar’¹³. Nesse cenário, os conselhos de medicina e, em especial, o Conselho Federal de Medicina (CFM) desempenharam um importante papel para fundamentar ou, minimamente, permitir o avanço da estratégia governamental, como bem demonstrado no relatório final da CPI que apontou o CFM como responsável por fornecer a fundamentação para o uso da cloroquina e hidroxicloroquina na covid-19; sugerindo o indiciamento do presidente do CFM à época por ‘epidemia culposa com resultado morte’.

O CFM é um dos 28 componentes do sistema conselhal de medicina, junto aos regionais em cada estado e Distrito Federal. Trata-se de personalidades jurídicas distintas que compõem uma única autarquia cuja principal competência é supervisionar a ética profissional, além de julgar e disciplinar a categoria médica, zelando pelo prestígio e desempenho ético da profissão¹⁴. Em teoria, cada conselho tem autonomia para elaborar suas próprias normativas, mas é inegável o poder da entidade federal para influenciar as decisões regionais, bem como a opinião pública, além de pautar a imprensa.

O papel do sistema conselhal de medicina foi objeto de debate no noticiário e seus posicionamentos citados pelo presidente em exercício, Jair Messias Bolsonaro, como aponta

o relatório da Cepedisa¹¹, mas sem um mergulho profundo nas normativas do período oficialmente reconhecido da pandemia. Não foram encontrados estudos similares que analisassem a autarquia como um todo e com tantas normas analisadas. Os trabalhos encontrados sobre tratamentos contra covid-19, quando analisando a autarquia, focaram principalmente no conselho federal. Delimitando o período pandêmico, examinamos o arcabouço produzido pela autarquia acerca do uso de medicações para prevenção e tratamento do covid-19. Nosso estudo se justifica pelo pressuposto que esse discurso influencia não apenas as condutas médicas, de modo imperativo, mas também tem repercussão para profissionais de saúde de modo geral, e mesmo para o debate público como um todo.

O que aconteceu no Brasil foi resultado de uma confluência de diversos interesses contrários à proteção e preservação da vida, que se refletiu em uma média de mortalidade acumulada quatro vezes maior que a mundial^{18,15}. É essencial compreender o que aconteceu para que a necropolítica¹⁶ não se repita em situações análogas de emergência sanitária, um risco premente. O objetivo deste estudo é, portanto, descrever e caracterizar

o posicionamento normativo da instituição responsável por disciplinar o exercício médico, o sistema conselhal de medicina brasileiro, acerca da prescrição de medicações contra a covid-19, uma doença desconhecida até então, durante a pandemia.

Material e métodos

Realizou-se pesquisa qualitativa documental, descritivo-interpretativa, sobre normas do sistema conselhal de medicina na pandemia, quanto ao tratamento farmacológico da covid-19. O estudo é recorte de mestrado em Saúde Coletiva (sem financiamento) sobre a normatização da autarquia no período. Coletaram-se documentos públicos no site do CFM via ferramenta ‘Buscar Normas CFM e CRMs’, selecionando-se: ‘Resoluções’, ‘Pareceres’, ‘Recomendações’ e ‘Notas técnicas’ (despachos foram excluídos por serem jurídicos), conforme *quadro 1*. O recorte temporal (11/03/2020 a 05/05/2023) seguiu a delimitação da OMS. Utilizaram-se os filtros ‘Assunto’ e ‘Texto a ser encontrado’ para os descritores “COVID-19” e “covid”.

Quadro 1. Tipos normativos do Sistema Conselhos de Medicina

Resoluções (Res.)	Atos normativos que regulam temáticas da competência privativa dos conselhos em suas áreas de seu alcance
Pareceres (Par.)	Respostas acerca de matérias de competência legal do conselho;
Recomendações (Rec.)	Recomendações elaboradas pelo plenário do conselho emissor, sem poder coercitivo;
Nota Técnica (N.T.)	Documentos que são emitidos pela coordenação jurídica e então aprovados pela diretoria do respectivo conselho.

Fonte: elaboração própria com base em documentos do CFM¹⁷.

A compatibilidade da abordagem qualitativa com a pesquisa documental é ratificada por diversos autores^{18,19}, e a utilização dos conceitos da análise de conteúdo em análises documentais também não representa uma

novidade¹⁹⁻²¹. Desse modo, conforme proposto por Bardin²⁰, realizamos a leitura flutuante, identificando o corpus da pesquisa a partir dos documentos que citassem o emprego de medicações para covid-19, seja com finalidade

terapêutica ou preventiva. A exploração do material ocorreu por meio da análise integral de cada documento (unidade de contexto), garantindo que a codificação dos indicadores refletisse o posicionamento global da norma e não apenas trechos descontextualizados. A unidade de registro adotada para os indicadores de posicionamento da entidade e finalidade do emprego da medicação foi o tema, enquanto para a identificação dos fármacos utilizou-se a unidade de designação.

Apoiando-se em Sá-Silva, Almeida e Guindani²², aplicaram-se as dimensões de Cellard para avaliação documental, com ênfase no contexto (I), autor (II), conceitos-chave e lógica interna (III). Os documentos possuem natureza normativa (IV) e autenticidade (V) garantida pela fonte oficial. Conforme os autores, a análise documental de Cellard prevê etapa preliminar e análise propriamente dita, operada aqui pela análise de conteúdo.

O primeiro indicador, de natureza avaliativa, classificou o posicionamento da norma em categorias exclusivas e exaustivas (favorável, contrário ou neutro). O segundo indicador, referente à finalidade do tratamento, adotou uma lógica de categorias não excludentes, permitindo a codificação múltipla conforme

a multiplicidade da indicação terapêutica. Por fim, utilizou-se a unidade de registro de designação para identificar o posicionamento frente às medicações discutidas. Todo o processo buscou a objetividade e a fidedignidade, permitindo que as frequências observadas servissem de base para as inferências sobre as diretrizes da entidade analisada. Através da exploração e tratamento do material, dados brutos foram costurados numa descrição da postura assumida pela instituição quanto a essas intervenções.

Resultados e discussão

Foram selecionadas 14 normas que tratam da possibilidade de prescrição de medicações para covid-19 durante a pandemia, doze deliberam diretamente sobre o tema, enquanto duas o fazem de modo secundário, porém, trazem juízo do respectivo conselho sobre intervenções aventadas (*quadro 2*). Oito conselhos foram responsáveis por publicações: CRM-SC (4), CRM-PI (2), CFM (2), CRM-TO (2), Cremerj (1), Cremern (1), CRM-MG (1), CRM-MS (1).

Quadro 2. Síntese normativa do CFM e dos CRM sobre intervenções farmacológicas e suplementares no contexto da pandemia de covid-19

Norma	UF	Posicionamento	Intervenções terapêuticas mencionadas										
			HCQ	CQ	AZI	CORT	HEP	VIT D	TOC	IVER	ZINC	Outros	USO
Par. CRM-PI 06/2020	PI	Favorável	X	X									T
Par. Cremern 05/2020	RN	Contrário	X										T
Par. CFM 04/2020	BR	Favorável	X	X	X								T
Par. CRM-PI 02/2020	PI	Favorável				X							T
Rec. CRM TO 04/2020	TO	Favorável	X	X	X	X	X		X			X	TP/T
N.T. Cremerj 01/2020	RJ	Riscos	X	X									Pe T
Par. CRM-SC 42/2020	SC	Favorável	X	X	X	X	X	X			X		Te TP

Quadro 2. Síntese normativa do CFM e dos CRM sobre intervenções farmacológicas e suplementares no contexto da pandemia de covid-19

Norma	UF	Posicionamento	Intervenções terapêuticas mencionadas										USO
			HCQ	CQ	AZI	CORT	HEP	VIT D	TOC	IVER	ZINC	Outros	
Par. CRM-MG 156/2020	MG	Favorável	X	X	X					X	X	X	P, TP e T
Par. CRM-SC 57/2020	SC	Favorável	X	X									T e TP
Rec. CRM TO 06/2020	TO	Favorável	X	X	X	X	X		X			X	TP
Par. CRM-SC 41/2020	SC	Favorável								X			T
Par. CRM-MS 18/2020	MS	Favorável						X					P
Res. CFM 2292/2021	BR	Contrária	X	X									T
Par. CRM-SC 63/2021	SC	Auditoria							X				T

Fonte: elaboração própria com base em documentos analisados.

UF: Unidade Federativa: PI: Piauí; RN: Rio Grande do Norte; BR: Brasil; To: Tocantins; RJ: Rio de Janeiro; SC: Santa Catarina; MG: Minas Gerais; MS: Mato Grosso do Sul; HCQ: Hidroxicloroquina; CQ: Cloroquina; AZI: Azitromicina; CORT: Corticoides; HEP: Heparina; VIT D: Vitamina D; TOC: Tocilizumabe; ZINC: Zinco; T: Terapêutico; P: Preventivo; TP: Tratamento Precoce.

Essas normas foram aprovadas entre 8 de abril de 2020 e 4 de outubro de 2021. Observamos, portanto, uma temática pacificada para o ordenamento bastante cedo. Santa Catarina foi onde encontramos mais normas, com dois pareceres sobre a hidroxicloroquina e cloroquina, um sobre admissibilidade da ivermectina em protocolos e um sobre a auditoria de tratamento com tocilizumabe.

O ‘Parecer’ foi o tipo normativo predominante, com nove normas. O ‘Parecer’, de acordo com a Resolução CFM 2070/2014, é um relatório final – obrigatoriamente aprovado em plenária – em resposta a questionamentos dentro de suas competências. Nem toda consulta origina um processo-consulta com parecer, essa formalização é realizada mediante uma avaliação de admissibilidade quanto à: informações do consulente; documentos comprobatórios, quando necessário; e bibliografia pertinente¹⁷.

No caso do Parecer CRM-PI 06/2020 e do Parecer CFM 04/2020, sobre o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina, os respectivos conselhos estiveram tanto no papel de

consulentes quanto de consultados. Ou seja, no Parecer CRM-PI 06/2020 o Conselho do Piauí responde a um questionamento enviado pelo próprio conselho com um documento assinado pelo coordenador das Câmaras Técnicas de Infectologia e Medicina Intensiva do CRM-PI, também assinaram este parecer outros membros destas câmaras técnicas. Do mesmo modo, no Parecer CFM 04/2020, o conselho federal responde a si mesmo e nesse caso quem assina, como conselheiro relator, é o próprio presidente do CFM na época.

Ademais, tivemos duas recomendações, uma resolução e uma nota técnica. As recomendações, do CRM-TO, trazem propostas de ‘tratamento precoce’ e até o momento de elaboração deste artigo eram as únicas normas em situação revogada. No ordenamento da autarquia, as recomendações não são coercivas, mas indicam posicionamentos cancelados pelo emissor. Resoluções, diferentemente, têm esse caráter coercitivo e a única encontrada trata-se da restrição à administração inalatória da cloroquina e hidroxicloroquina a ‘protocolos de pesquisa aprovados pelo sistema CEP/Conep

de instituições devidamente credenciadas'. Por fim, notas técnicas, que são documentos de caráter técnico que, por vezes, são amparados pelas Câmaras Técnicas do conselho emissor e aprovadas em sessão plenária, como no caso da nota da Cremerj.

Posicionamento emanado pela autarquia

Ao examinar essa produção normativa da autarquia, buscamos inicialmente discernir quais estratégias apareceram como válidas,

favoráveis à possibilidade de prescrição. Observamos que 12 normas (85,71%) deliberaram diretamente sobre o tema, enquanto duas normas (14,28%), trazem essa questão de modo secundário. Dentre as doze normas, dez são expressamente favoráveis à possibilidade de uso dos respectivos tratamentos aventados, terapêuticos ou preventivos. Os emissores dessas normas foram o CRM-PI (2); o CFM (1); o CRM-TO (2); O CRM-SC (3); e o CRM-MS (1). O quadro 3 reúne os trechos que demonstram esse posicionamento.

Quadro 3. Trechos das normas que representam sua classificação como 'favorável'	
Norma	Trecho com posicionamento
Parecer CRM-PI 06/2020	O médico possui autonomia para prescrever a cloroquina ou hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19.
Parecer CRM-PI 04/2020	[...] durante o período declarado da pandemia, não cometerá infração ética o médico que utilizar a cloroquina ou hidroxicloroquina [...]
Parecer CRM-PI 02/2020	O médico tem autonomia para prescrever ou não tal medicamento (hidroxicloroquina).
Recomendação CRM-TO 04/2020	Recomendar fazer o uso da proposta de tratamento precoce para COVID-19, para pacientes adultos e pediátricos.
Parecer CRM-SC 42/2020	[...] Este Conselho Regional de Medicina edita Nota Oficial onde reitera a necessidade de proteção à autonomia médica e do paciente, podendo, contudo, considerar adequado o emprego de tratamento medicamentoso precoce [...]
Parecer CRM-MG 1562/2020	Em tempo de pandemia de COVID-19, em razão da excepcionalidade, cabe considerar infração ética o médico que, amparado em sua autonomia e nas literaturas da profissão, utilizar a cloroquina ou hidroxicloroquina, isoladamente ou em associação com outros fármacos.
Parecer CRM-SC 57/2020	[...] a listagem de exames complementares e a prescrição exemplificativa é que não possui caráter vinculante, resguardando-se a autonomia do profissional assistente, que poderá prescrever, de forma excepcional, o tratamento precoce [...]
Recomendação CRM-TO 04/2020	[...] estabelece novas propostas de tratamento precoce para a Covid-19.
Parecer CRM-SC 42/2020	Uso compassivo de ivermectina e azitromicina ao paciente com quadro suspeito ou comprovado de COVID-19 [...] É admissível a inclusão do medicamento em protocolos de tratamento de serviço, mas a sua prescrição pode ser por impulso e não médica, que precisa ter a sua autonomia preservada.
Parecer CRM-MS 18/2020	O Conselho Regional de Medicina do MS propõe: Considerar o uso de Vitamina D3 em pacientes do grupo de risco para a Covid-19, assim como parte da determinação do nível da mesma e se este estiver abaixo do normal.

Fonte: elaboração própria com base em documentos analisados.

Depreendemos desse conjunto uma postura que confere plausibilidade às proposituras e, mesmo nesses curtos trechos, constata-se

o argumento da autonomia como central. A complacência institucional é evidente ao observarmos que, no vasto conjunto de

normas analisadas, apenas duas apresentaram posicionamento contrário à prescrição: o Parecer 04/2020 do Cremern e a Resolução CFM 2.292/21. Há, contudo, uma distinção de escopo entre ambas: enquanto o parecer do Cremern versa sobre a administração por via oral, a resolução do conselho federal constitui o único documento a vetar explicitamente a via inalatória. O Parecer Cremern 04/2020, embora reconheça que a hidroxicloroquina carecia de evidências científicas, condicionava a segurança ética do médico a um eventual referendo do Ministério da Saúde, da Anvisa ou do próprio CFM, o que viria a ocorrer apenas sete dias após sua redação, com a aprovação do Parecer CFM 04/2020 16 de abril e publicação dia 23.

Segundo Dias, Lima e Lobo²³, a promoção do uso precoce de fármacos sem eficácia clínica evidenciada deflagrou uma crise institucional entre a Presidência da República e o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. Este último havia solicitado ao CFM um posicionamento formal acerca da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina. A publicação do Parecer CFM 04/2020 ocorreu, de forma concomitante, à exoneração de Mandetta²⁴ e à sanção, com vetos, da lei que autorizou a telemedicina em caráter emergencial durante a pandemia²⁵. Em 23 de abril, o documento foi entregue pessoalmente ao Executivo em audiência com a presidência do Conselho. Posteriormente, em pronunciamento oficial, o dirigente do CFM explicitou o alinhamento estratégico com o governo federal, afirmando que o diálogo prévio permitiu ‘consensuar’ as normas propostas e ratificando o apoio da autarquia federal ao Ministério da Saúde e à Presidência da República:

[...] quando existe diálogo antes que as normas sejam postas você tem oportunidade de ‘consensuar’ aquilo que vai ser proposto [...] Então existe sim o apoio do Conselho Federal de Medicina ao ministério da saúde, ao presidente [...] ²⁶⁻²⁸.

A Resolução CFM 2.292/21, por sua vez, é publicada em maio de 2021, após notícias de óbitos associados ao uso inalatório de CQ ou HCQ no Rio Grande do Sul e no Amazonas²⁹⁻³¹. A resolução estabeleceu que a administração inalatória das drogas citadas só poderia ser realizada em protocolos de pesquisa.

Além dessas doze normas, duas outras são incluídas por trazerem secundariamente uma apreciação quanto à plausibilidade da prescrição de medicações. A nota técnica 01/2020 do Cremerj, que aborda os riscos oftalmológicos da prescrição de CQ e HCQ, não censura a prescrição, pois parte justamente desta para orientar cuidados. Já o parecer CRM-SC 63/2021, em seu turno, trata-se de uma deliberação favorável à eticidade da auditoria quanto a reembolso de tratamento para covid-19 com tocilizumabe, ponderando que a operadora agiu corretamente ao liberar medicação, mas que a conferência de se a cobertura é devida ou não, ‘não configura interferência na autonomia do médico’.

O relatório da Cepedisa defende que é precedente o argumento de que houve no Brasil um estímulo à disseminação da covid-19¹¹, promovido sistematicamente pelo governo federal, embasado na “disseminação da falsa crença de que existe um tratamento precoce para a doença e o constante estímulo ao desrespeito massivo de medidas sanitárias básicas”¹¹⁽²⁷⁾. Esse contexto, portanto, ocupou-se da disputa entre estratégias, como demonstra o relatório ao citar o questionamento do Conass, em maio de 2020, após o lançamento pelo Ministério de Saúde, do manual de abordagem medicamentosa precoce para covid-19: “Por que estamos debatendo a cloroquina e não a logística de distanciamento social?”¹¹⁽⁵⁷⁾. De fato, temos de considerar a importância da alocação adequada dos diversos recursos em situações de crise e que o posicionamento evidentemente permissivo a intervenções medicamentosas, em alguma proporção, sustentou o negacionismo do governo federal.

Medicações em discussão

Como pudemos observar no *quadro 2*, as normas que compõem o grupo de favoráveis avaliam um grupo heterogêneo de medicações. A hidroxiclороquina e cloroquina protagonizam o maior número de normas com dez menções (71,43%), a azitromicina cinco (35,71%), quatro os corticosteroides (28,57%), três a anticoagulação ou heparina (21,43%), duas a vitamina D (14,28%), três

o tocilizumabe (21,43%), duas ivermectina (14,28%), duas mencionam zinco (14,28%) e três mencionam antibióticos além da azitromicina (21,43%). Muitas normas, apesar de terem como objeto central uma ou duas medicações, mencionam outras como tratamentos possíveis ou válidos, portanto entraram na nossa análise e foram consideradas nas contagens; enquanto menções que não vieram acompanhadas de avaliação do conselho não foram contabilizadas.

Quadro 4. Normas por medicações

Medicação	Norma
Cloroquina (oral)	Par. CRM-PI 06/2020, Par. CFM 04/2020, Par. CRM-SC 42/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Par. CRM-MG 156/2020, Par. CRM-SC 57/2020, Rec. CRM TO 06/2020
Hidroxiclороquina (oral)	Par. CRM-PI 06/2020, Par. CFM 04/2020, Par. CRM-SC 42/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Par. CRM-MG 156/2020, Par. CRM-SC 57/2020, Rec. CRM TO 06/2020
Corticoides	Par. CRM-PI 02/2020, Par. CRM-MG 156/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 06/2020, Par. CRM-SC 42/2020
Azitromicina	Par. CRM-MG 156/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 06/2020, Par. CRM-SC 42/2020
Ivermectina	Par. CRM-MG 156/2020, Par. CRM-SC 42/2020
Vitaminas e zinco	Par. CRM-MG 156/2020, Par. CRM-MS 18/2020, Par. CRM-SC 42/2020
Tocilizumabe	Par. CRM-SC 63/2021, Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 06/2020
Heparina/ anticoagulação	Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 06/2020, Par. CRM-SC 42/2020
Outros antibióticos	Rec. CRM TO 04/2020, Rec. CRM TO 06/2020, Par. CRM-MG 156/2020

Fonte: elaboração própria com base em documentos analisados.

Buscando distinções e semelhanças, tornou-se perceptível que, não obstante algumas drogas recebessem mais atenção (hidroxiclороquina, cloroquina e azitromicina), há certa presunção inespecífica de validade de tratamentos não reconhecidos cientificamente. O Conselho Regional de Minas exemplifica esse ponto em seu Parecer 156/2020, no qual anexa em seu corpo uma ‘Nota oficial aos médicos’ que reconhece que a ausência de evidências, mas, no parágrafo seguinte, ratifica que o CRM-MG defende a autonomia do médico, afirmando que ele pode prescrever ou

não, quaisquer desses medicamentos, sendo os medicamentos citados referentes a uma lista não taxativa, concluída com ‘entre outros’ medicamentos. Há indícios de suposição de que o reconhecimento dessas medicações é uma questão de tempo, como no Parecer CRM-PI 06/2020, que afirma que ‘não há, ainda, evidências científicas’; no Parecer CFM 04/2020, que declara ‘[...] medicamentos têm sido promissores [...] mas nenhum ainda foi aprovado em ensaios clínicos’; e no Parecer CRM-SC 63/2021 sobre o tocilizumabe, que advoga que ‘em um contexto de pandemia de

doença previamente desconhecida, sabida demora até que esta indicação conste em bula' não é um obstáculo ético para essa prescrição.

Acontece, no entanto, que a maior parte dessas suposições não veio a se confirmar. As diretrizes terapêuticas da OMS, atualizadas em novembro de 2023, mantêm a forte recomendação contra o uso da hidroxicloroquina, independentemente da gravidade do quadro, posicionamento que consta nos documentos da instituição desde dezembro de 2020. O painel também recomenda fortemente contra o uso da ivermectina, admitindo-a apenas em protocolos de pesquisa para casos graves ou críticos. Já o tocilizumabe e a corticoterapia sistêmica são indicados apenas para pacientes em estado grave ou crítico, havendo, inclusive, recomendação condicional (fraca) contra o uso de corticoides em casos não graves³². Nas diretrizes de manejo clínico de agosto do mesmo ano, a instituição recomenda que a antibioticoterapia ou profilaxia não seja usada em casos leves, indicando nesses casos apenas o tratamento sintomático, enquanto para os casos moderados o antibiótico apenas se suspeita de infecção bacteriana; menciona a trombopprofilaxia com anticoagulantes, porém é uma orientação em revisão³³.

Quando prescrever?

Observamos três situações em que as prescrições estavam em discussão: 1) Tratamentos profiláticos anteriores à infecção; 2) Situações que se autointitularam como 'Tratamento precoce'; 3) Tratamento medicamentoso terapêutico.

Três normas mencionam um tratamento profilático: a nota técnica 01/2020 do Cremerj, o Parecer CRM-MS 18/2020 e o Parecer CRM-MG 156/2020. À exceção do Conselho do Mato Grosso do Sul, não há muito detalhamento do que seria esse tratamento profilático, apenas citam-no. Mas o CRM-MS, em seu turno, ao ser provocado acerca de projeto de lei que propunha a suplementação vitamina D 'com o objetivo de fortalecimento da

imunidade dos pacientes que integram o grupo de risco da COVID-19', é mais detalhado, guia a prescrição por valores de referência e cita apresentações disponíveis do suplemento. Chama atenção que apesar de reconhecer que 'ainda não foram estabelecidas as possíveis ações extra esqueléticas da vitamina D', o conselho conclua propondo 'Considerar o uso de Vitamina D3 em pacientes do grupo de risco para a covid-19'.

Já acerca do 'tratamento precoce', encontramos: a Recomendação CRM-TO 04/2020, o Parecer CRM-SC 42/2020, o Parecer CRM-MG 156/2020, o Parecer CRM-SC 57/2020 e a Recomendação CRM-TO 06/2020. O conceito de 'tratamento precoce', contudo, é impreciso. Floss e colegas elucidam que o Ministério da Saúde promove a abordagem sem defini-la, e ainda "confundem as terminologias e se referem à expressão 'tratamento precoce' também como tratamento profilático ou preventivo"³⁴⁽²⁾ ambos sem embasamento científico. Dentre os cinco documentos que mencionam o 'Tratamento precoce', nenhum o define.

As recomendações do CRM-TO sugerem que o manejo medicamentoso para covid-19 'seja iniciado o mais precocemente possível'. O tratamento do adulto é ordenada por 'fases': do contágio ao 10º dia, a 'I – Replicação Viral ou Infecciosa' na qual hidroxicloroquina já aparece acompanhada, ou não, de antibióticos; a 'II – Inflamatória' pode ser IIA se sem dispneia ou IIB se 'comprometimento difuso dos pulmões e hipóxia', nestas o uso de heparina e corticoide é considerado e os antibióticos são indicados (citam-se: azitromicina, cefuroxima, ceftriaxona, levofloxacino, piperacilina/tazobactam e cefepime); por fim, a 'III – Tempestade de citocinas' como uma disseminação do estado 'hiperinflamatório' em que indica-se utilização de protocolos próprios. A versão pediátrica, diferentemente, é estratificada a partir da complexidade necessária, os antibióticos variam, mas sempre estão indicados apenas na suspeita de infecção bacteriana, no entanto, a azitromicina aparece como imunomodulador. No tratamento

domiciliar é indicado: oseltamivir (nas síndromes gripais), evitar anti-inflamatórios, prescrever antitérmicos e ‘avaliar necessidade de corticóide e broncodilatador’. Na enfermaria: ‘anticoagulação em dose profilática’. Na UTI indica-se suporte ventilatório. Apesar de não estarem dentre as drogas indicadas, são listadas doses pediátricas da hidroxicloroquina e do tocilizumabe.

O Conselho de Santa Catarina faz alusão ao suposto ‘tratamento precoce’ nos pareceres 42 e no 57 de 2020. No primeiro, quando provocado acerca das orientações de manejo medicamentoso precoce publicadas pelo Ministério da Saúde, o conselho demarca ‘a necessidade de proteção à autonomia do médico’ que ‘não poderia sofrer interferência por parte de gestores públicos ou privados’. No Parecer 57/2020, por sua vez, o conselho também pontua a ‘liberdade e autonomia médica’ para rejeitar a condição estipulada pelo Cosems de Santa Catarina, de que exames complementares mediassem a prescrição da cloroquina e da hidroxicloroquina, pois a medida ‘[...] limitaria, em tese, a atividade médica’. O documento ainda cita a ‘autonomia do paciente’ para justificar que se pensasse na ‘criação de centros de atendimentos voltados ao acolhimento e tratamento precoce’.

Por fim, o Parecer CRM-MG 156/2020 responde sobre a eticidade de ‘distribuir graciosamente kits contendo Hidroxicloroquina + Azitromicina + Ivermectina + Zinco para o tratamento precoce de pacientes com COVID-19’. Em resposta, o conselho rejeita a ideia de ‘Kits’ em favor de uma ‘prescrição de fármacos individualizados’, mas o documento afirma que ‘não cometerá infração ética o médico que utilizar, em pacientes portadores da doença durante a pandemia da COVID-19, a cloroquina ou hidroxicloroquina, isoladamente ou em associação a outros fármacos, com a mesma finalidade [...]’.

Sobre o tratamento em si, três fazem resguardas aos tratamentos: o, já descrito, parecer do Cremern, objetivamente contrário; a Resolução CFM 2292/21, contrária ao uso

inalatório da hidroxicloroquina e permissiva ao oral; e a nota técnica do Cremerj sobre riscos oftalmológicos. As demais normas que retratam essa possibilidade são favoráveis, mesmo o Parecer CRM-SC 63/2021, que versa sobre a cobertura de tratamento com tocilizumabe, congratula o custeio da medicação ‘diante das evidências sugerindo resposta clínica’. O que fica é que, além de uma postura permissiva frente a intervenções diversas, também há uma permissividade para gravidades distintas. O Parecer 04/2020 do CFM atenta-se a permitir sobre a prescrição da hidroxicloroquina e cloroquina em ‘pacientes com sintomas leves’, ‘com sintomas importantes’ e ainda ‘em pacientes críticos recebendo cuidados intensivos’.

Observamos permissões éticas para intervenções não só para quadros graves, moderados e leves, como menção a uso preventivo. O reposicionamento *off-label* de drogas estudadas em contexto hospitalar com opções de tratamento limitada, quando extrapolado para um uso profilático ou tratamento de quadros leves³⁵, merece escrutínio.

Conceitos importantes

A indicação de um medicamento fora do escopo constante em seu *label*, ou rótulo, significa uma indicação “sem que o Órgão Sanitário tenha concluído sobre segurança, eficácia e qualidade de determinado medicamento para o uso em que está sendo empregado”³⁶⁽²²⁾. Essa modalidade, que não é nenhuma novidade na medicina, foi o enquadramento dado, por muitos conselhos, durante a pandemia, à possibilidade de prescrição de medicamentos sem embasamento.

O uso *off-label* recebe menção em oito documentos: no par. CRM-PI 06/2020, par. CRM-PI 02/2020, par. CRM-SC 42/2020, no par. CRM-MG 156/2020, no par. CRM-SC 57/2020, no anexo das Recomendações do CRM-TO 4 e 6/2020 e no par. CRM-SC 63/2021 sobre o Tocilizumabe. A modalidade também é mencionada na resolução CFM 2292/2021, quando o conselho restringe o uso

da hidroxicloroquina inalatória, apontando que esta não caracterizaria um ‘uso *off-label* da medicação’.

Nas normas analisadas, os conselhos explicitam reconhecer a ausência de evidência científica relevante que fundamentasse essas intervenções, ao mesmo tempo que, como descrevemos acima, não os coíbe, respaldando, portanto, uma narrativa divergente da científica. A percepção de que a ciência desta ausência de embasamento científico não representou uma limitação para possibilidade de prescrição é corroborada pela ata da plenária que aprova o Parecer CFM 04/2020, divulgado pela UOL²⁷, na qual fica evidente que essa é uma decisão discutida e deliberada, ao apontar que:

Dr. Jeancarlo Fernandes sugeriu inclusão de informação sobre a afastabilidade do artigo do Código de Ética Médica que veda uso de medicamentos cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente, considerando, portanto, que o uso do medicamento não caracterizará infração ética [...]. Após votação, o documento foi aprovado, com a inclusão da informação 75 sobre a afastabilidade do artigo do Código de Ética Médica²⁷⁽²⁻³⁾.

O Parecer CFM 04/2020 estabelece que a ‘autonomia do médico e a valorização da relação médico-paciente’ deve orientar o tratamento da covid-19. A ênfase trazida nas normativas sobre a acepção da autonomia médica durante a pandemia recebeu críticas, por não “evidenciar a autonomia do paciente no que tange à adoção de terapêuticas”³⁷⁽¹⁾, contudo estas podem estar em disputa. Essa crítica também é levantada por Paumgartten³⁸, apontando que dentre os quatro princípios éticos de Beauchamp e Childress, está a autonomia do paciente, não a do médico. No entanto, mesmo após bons estudos, ao fim de 2020, rechaçarem o uso da hidroxicloroquina, em janeiro de 2021, o presidente do conselho que assinou parecer, reafirma-o, em artigo publicado na Folha de São Paulo. Também

em outubro de 2022, esse mesmo presidente afirma que durante a pandemia:

O Brasil foi tomado pela maior crise sanitária de sua história e a medicina brasileira foi atingida naquilo que nos é mais caro: a autonomia médica. Hoje, vemos que fomos bem-sucedidos na defesa dessa autonomia, mas não foi fácil³⁸⁽¹⁾.

Citação que denuncia uma intencionalidade na defesa da autonomia e reforça o debate sobre o biopoder médico. O artigo acima discorre sobre o CFM, porém pudemos ver uma interpretação consonante na justificação dos demais conselhos, quando onze normas mencionam a autonomia. Os conselhos do Piauí e Minas, por exemplo, trazem menções a ‘autonomia do exercício profissional’; enquanto o de Santa Catarina reitera ‘a necessidade de proteção à autonomia do médico’ e o do Tocantins é ainda mais enfático ao dizer que ‘médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional’. Os principais referenciais trazidos nos documentos para esse princípio são o Código de Ética Médica, a declaração de Helsínque e o próprio Parecer CFM 04/2020. No entanto, frente a exposta ciência de falta de evidências desses tratamentos, essa permissão admite riscos e erros em prejuízo aos princípios bioéticos, como aponta Linhares³⁷⁽¹⁾: “Uma conduta médica, mesmo que respaldada pelo CFM, se fere a bioética, o faz também com o Código de Ética Médica e seus pressupostos”.

O Parecer CRM-PI 02/2020 merece atenção especial ao depositar explicitamente sobre o profissional da ponta a decisão quanto à prescrição ou não da medicação analisada. O Conselho cita os Despachos SEJUR CFM nº 482/2013 e nº 537/2015 ao apontar que a prescrição ‘[...]é feito por conta e risco do médico que o prescreve, podendo vir a ser caracterizado como um erro médico[...]’. Essa transferência de responsabilidade é mencionada no relatório da CPI e merece o alerta de Miskolci⁶⁽⁷⁾ de que as “a medicina científica

é uma área especializada, enquanto a maioria dos médicos têm experiência predominantemente clínica”, de modo que, frente abordagens tão controversas, em situação de tão grave crise de saúde pública, o conselho, com suas câmaras técnicas, teria maior capacidade de definir sobre a pertinência em indicar tais tratamentos. Dias, Lima e Lobo²³⁽¹⁰¹⁾ inscrevem essa “narrativa de liberdade e autonomia do médico”, como um “aspecto central e originário da agenda corporativa”, numa disputa com objetivo de “rechaçar intervenções estatais que ameacem o protagonismo corporativo” e que deu lugar a uma “estratégia permissiva ao discurso governamental negacionista”.

Considerações finais

Este é um estudo com limitações, nossa observação aprofundou-se na atividade normativa produzida durante a pandemia, considerando os documentos identificados pela pesquisadora pertinentes, a partir do mecanismo de busca. Contudo, resta inegável um posicionamento favorável do sistema conselhal sobre a possibilidade de prescrição de medicamentos direcionados a covid-19 a despeito da ausência de comprovação científica, garantindo um contexto de proteção ao médico que assim prescrevesse contra eventuais processos ético-profissionais.

Delineamos neste estudo uma postura permissiva e liberal à utilização de medicações na pandemia, mesmo em face à declarada falta de evidências científicas, numa validação da plausibilidade destas estratégias de intervenção. A medicação, a fase ou gravidade da doença não são considerados no corpo de muitos dos documentos analisados, onde evidencia-se a ausência de rigor científico ou profundidade teórica. Tratou-se como plausíveis, a despeito de uma ciência patente de ausência de evidência científica relevante, tratamentos diversos.

Em 2022, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) publicou um dossiê onde afirma que

Entre os temas que mais produziram controvérsia (durante a pandemia), destacou-se a indicação de medicamentos para o tratamento precoce da doença, em especial a cloroquina e a hidroxicloroquina. [...] Laboratórios das Forças Armadas importaram os insumos ativos e produziram milhões de comprimidos de cloroquina e de hidroxicloroquina, que foram distribuídos por serviços de saúde das aldeias indígenas e nos mais distantes rincões do país⁸⁽¹¹⁸⁾.

Cinco anos após início da circulação do vírus da covid-19, durante sua 364^a Reunião Ordinária do plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram discutidos os desdobramentos da pandemia sobre Sistema Único de Saúde (SUS), seus usuários e trabalhadores. Nessa reunião, aventou-se até mesmo a instalação de uma comissão nacional da verdade sobre a pandemia no Brasil⁴⁰.

Nesse contexto, esperamos que nosso estudo possa dar sua contribuição ao país ao elucidar um pouco do contexto médico que cercou essa discussão de modo a melhor compreender esses documentos e situar essas decisões. Descrevemos um contexto permeado por notícias falsas e negacionismo e entendemos, por fim, que o posicionamento depreendido desse conjunto contribuiu para a persistência de narrativas alternativas às medidas de isolamento social e uso de máscaras, únicas com efetividade comprovada. Lições podem ser tomadas a partir dessa tragédia, com mortes evitáveis.

Contribuições de autoria

Almeida VCD (0000-0002-0710-502X)* contribuiu para a formulação do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Pereira RC (0009-0002-3456-8537)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Bandini MCD (0000-0003-2899-090X)* contribuiu para formulação do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. Timeline: WHO's COVID-19 response; 2020 [acesso em 2025 abr 5]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-72>
2. Almeida-Filho N. Estratégias de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no mundo: o brasil como caso de fracasso. *Cad CEAS*. 2021;46(253):294-316. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n253.p294-316>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19 [Internet]. [lugar desconhecido]: Opas; 2020 [acesso em 2024 ago 5]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf
4. Freire NP, Cunha ICKO, Neto FRGX, et al. A infodemia transcende a pandemia. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):4065-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12822021>
5. Corrêa MF, David MG. As diversas faces da dúvida – ceticismo, negacionismo e confiança nas ciências. *Em Construção*. 2020;(8):158-72. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2020.54268>
6. Miskolci R. Muito além do negacionismo: desinformação durante a pandemia de Covid-19. *Sociologias*. 2023;25:e-soc123090. DOI: <https://doi.org/10.1590/18070337-123090>
7. Garcia M, Evangelista Cunha S, Oliveira T. Regimes de verdade na pandemia de Covid-19: discursos científicos e desinformativos em disputa no Youtube. *Fronteiras*. 2021;23(2):104-17. DOI: <https://doi.org/10.4013/fem.2021.232.08>
8. Sousa RP, Mendes LVP, Gerhardt TE, et al. Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022 [acesso em 2025 mar 28]. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2023/11/20231116_Abrasco_Dossie_Pandemia_de_Covid-19_versao-final.pdf
9. Santos BS. A Cruel Pedagogia do Vírus [Internet]. Vol. 1. Coimbra: Almedina; 2020 [acesso em 2025 abr 5]. Disponível em: https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Livro_Boaventura.pdf
10. Butler J. Judith Butler sobre a Covid-19: O capitalismo tem seus limites. Blog da Boitempo [Internet]. 2020 mar 20 [acesso em 2025 abr 5]. In: Blog da Boi Tempo. São Paulo: Boitempo; 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/20/judith-butler-sobre-o-covid-19-o-capitalismo-tem-seus-limites/>
11. Ventura DFL, Aith FMA, Reis RR. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19 [Internet]. In: Cepedisa. Direitos na Pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no brasil. Boletim n. 10. São Paulo: Cepedisa; 2021 [acesso em 2025 abr 5]. p. 6-31. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>
12. Ferrari IF, Januzzi MES, Guerra AMC. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2020;23(3):564-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p564.8>
13. Senado Federal (BR). Relatório Final apresentado pelo Relator. CPI da Pandemia. Brasília, DF: Senado Federal; 2021
14. Presidência da República (BR). Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Rio de Janeiro, RJ. 1957 out 1; Seção I:23013.
15. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, et al. COVID-19 Pandemic. *Our World in Data* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 mar 28]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
16. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. traduzido. São Paulo: n-1 edições; 2018. 186 p.

17. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.070, de 20 de fevereiro de 2014. Normatiza o fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 mar 18; Edição 52; Seção I:73.
18. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Rev Adm Empres. 1995;35(3):20-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>
19. Lüdke M, André M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, SP: Epu; 2012. Capítulo 3, Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental; p. 25-44.
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.
21. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Adm Emp. 1995;35(2):57-63.
22. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Ciênc Soc. 2009;1(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>
23. Dias HS, Lima LD, Lobo MSC. Do 'Mais Médicos' à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira. Saúde em Debate. 2021;45(Esp 2):92-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E207>
24. Valente J. Mandetta anuncia saída do Ministério da Saúde. Agência Brasil [Internet]. 2020 abr 16 [acesso em 2025 mar 28]; Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/mandetta-anuncia-saida-do-ministerio-da-saude>
25. Júnior J. Uso da telemedicina durante pandemia é sancionado com vetos por Bolsonaro. Portal da Câmara dos Deputados [Internet]. 2020 abr 16 [acesso em 2025 fev 13]; Notícias. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/654549-uso-da-telemedicina-durante-pandemia-e-sancionado-com-vetos-por-bolsonaro>
26. Lemes C. Heleno Corrêa Filho: Vídeo prova que presidente do CFM mandou às favas a ética e a medicina baseada em evidências. Viomundo [Internet]. 2021 out 9 [acesso em 2025 fev 13]; Saúde. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/heleno-correa-filho-video-prova-que-presidente-do-cfm-mandou-as-favas-a-etica-e-a-medicina-baseada-em-evidencias-negacionismo-criminoso.html>
27. Martins L. Investigado por CPI, presidente do CFM pediu uso de cloroquina contra covid. UOL [Internet]. 2021 out 18 [acesso em 2025 fev 15]; Política. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/10/18/presidente-cfm-pecer-cloroquina-2020-bolsonaro.htm>
28. Lorrán T. Alvo da CPI, presidente do CFM considerou uso da cloroquina contra Covid. Metrópoles [Internet]. 2021 out 18 [acesso em 2025 fev 15]; Brasil. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/alvo-da-cpi-presidente-do-cfm-considerou-uso-da-cloroquina-contracovid>
29. Pinheiro L. Uso de cloroquina e hidroxicloroquina em nebulização é "procedimento experimental" que depende de aprovação ética prévia, orienta CFM. G1 [Internet]. 2021 maio 13 [acesso em 2025 fev 13]; Bem-Estar. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/05/13/uso-de-cloroquina-e-hidroxicloroquina-em-nebulizacao-e-procedimento-experimental-que-depende-de-aprovacao-etica-previa-orienta-cfm.ghtml>
30. Estado de Minas. Em Manaus, cinco pacientes morrem depois de nebulização de cloroquina. Estado de Minas [Internet]. 2021 abr 14 [acesso em 2025 fev 13]; Nacional. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/04/14/interna_nacional,1256836/em-manaus-cinco-pacientes-morrem-depois-de-nebulizacao-de-cloroquina.shtml
31. Azevedo L. Nebulização com hidroxicloroquina: três pacientes morrem no RS. UOL [Internet]. 2021 mar 24 [acesso em 2025 fev 13]; Coronavírus. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/24/rs-tres-pacientes-nebulizados-com-hidroxicloroquina-morrem-hospital-apura.htm>

32. World Health Organization. Therapeutics and COVID-19: Living guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2025 abr 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2023.2>
33. World Health Organization. Guideline clinical management of COVID-19: Living guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2025 fev 13]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372288/WHO-2019-nCoV-clinical-2023.2-eng.pdf?sequence=1>
34. Floss M, Tolotti G, Rossetto ADS, et al. Linha do tempo do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e210693. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210693>
35. Furlan L, Caramelli B. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. *Lancet Reg Health Am*. 2021;4:100089. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100089>
36. Silveira MC. O uso Off Label de Medicamentos no Brasil [Internet]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2025 abr 21]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39683>
37. Oliveira IL, Sousa MAC, Guedes KDS, et al. “O médico brasileiro sabe como tratar a Covid-19”: sentidos de autonomia médica na pandemia. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00568187. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs568>
38. Paumgartten FJR. The ethical limits of physicians’ autonomy and the Brazilian Federal Council of Medicine. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(5):e00259021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen259021>
39. Conselho Federal de Medicina (BR). Emocionado, Mauro Ribeiro deixa a Presidência do CFM e afirma gratidão pela experiência de liderar a autarquia. *Portal Médico [Internet]*. Portal CFM. 2022 abr 2 [acesso em 2025 abr 12]; Notícias. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/emocionado-mauro-ribeiro-deixa-a-presidencia-do-cfm-e-afirma-gratidao-pela-experiencia-de-liderar-a-autarquia>
40. Conselho Nacional de Saúde (BR). 364ª RO debate os impactos na saúde após cinco anos da pandemia de Covid-19. *Conselho Nacional de Saúde [Internet]*. 2025 mar 10 [acesso em 2025 mar 28]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/364a-ro-debate-os-impactos-na-saude-apos-cinco-anos-da-pandemia-de-covid-1>

Recebido em 26/04/2025

Aprovado em 27/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito; os dados de pesquisa estão disponíveis em um ou mais repositório de dados (<https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm>)

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

Sentidos e significados da doação de órgãos para familiares de pacientes com Morte Encefálica

Meanings and significance of organ donation for family members of patients with Brain Death

Nathalie Campana de Souza¹, Endric Passos Matos¹, Lucas Benedito Fogaça Rabito¹, Nataly Cristine dos Santos Oliveira Delmondes¹, Rejane Santos Barreto², Rafaely de Cássia Nogueira Sanches¹, Mayckel da Silva Barreto¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910834P

RESUMO O estudo objetivou compreender os sentidos e significados da doação de órgãos para familiares que vivenciaram o processo de Morte Encefálica. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com entrevistas semiestruturadas realizadas com dez familiares de doadores potenciais, analisadas pelo software I RaMuTeQ. Os resultados evidenciaram que a comunicação clara e empática da equipe multiprofissional é central para a compreensão do processo e para a aceitação do diagnóstico de Morte Encefálica, influenciando diretamente a decisão sobre a doação. Foram identificadas cinco dimensões principais relacionadas à experiência familiar: a importância da comunicação, o processo de aceitação da Morte Encefálica, a compreensão técnica do diagnóstico, o dilema entre dor e altruísmo na doação e a dimensão social e familiar do ato de doar. A doação de órgãos emergiu como possibilidade de ressignificação do luto e de consolidação de uma morte digna, transformando a dor da perda em ato de solidariedade. O estudo contribui para aprimorar as práticas de abordagem familiar e destaca a necessidade de suporte psicológico e comunicação qualificada, fundamentais para fortalecer as políticas públicas de doação de órgãos no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Morte Encefálica. Luto. Transplante de órgãos.

ABSTRACT This study aimed to understand the meanings and significance of organ donation for family members who experienced the process of Brain Death. It is a qualitative, descriptive, and exploratory research using semi-structured interviews with ten potential donor family members, analyzed with I RaMuTeQ software. Results highlighted that clear and empathetic communication by the multidisciplinary team is central for understanding the process and accepting the brain death diagnosis, directly influencing the decision to donate. Five main dimensions were identified regarding the family experience: the importance of communication, the process of accepting brain death, the technical understanding of the diagnosis, the dilemma between grief and altruism in donation, and the social and family dimension of the act of donating. Organ donation emerged as a possibility for reframing grief and achieving a dignified death, transforming the pain of loss into an act of solidarity. This study contributes to improving family approach practices and highlights the need for psychological support and qualified communication, which are essential to strengthen public organ donation policies in Brazil.

KEYWORDS Brain Death. Bereavement. Organ transplantation.

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá (PR), Brasil.
nathaliecampana.nc@gmail.com

²Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) – Ilhéus (BA), Brasil.

Introdução

A doação de órgãos e tecidos para transplante representa uma das mais significativas conquistas da medicina moderna, constituindo-se como uma terapêutica que oferece esperança de vida e melhoria da qualidade de vida para milhares de pacientes em todo o mundo¹. No Brasil, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) coordena um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, tendo alcançado, em 2024, o recorde histórico de mais de 30.000 procedimentos realizados, demonstrando o crescimento e a consolidação dessa modalidade terapêutica no País².

Apesar dos avanços significativos, a demanda por órgãos e tecidos para transplante continua superando amplamente a oferta disponível, configurando-se como um problema de saúde pública global³. No contexto brasileiro, aproximadamente 78.000 pessoas aguardam atualmente por um transplante, sendo os órgãos mais demandados o rim (42.838 pacientes), a córnea (32.349 pacientes) e o fígado (2.387 pacientes)². Essa disparidade entre oferta e demanda evidencia a necessidade urgente de compreender e otimizar todos os aspectos do processo de doação, especialmente aqueles relacionados à decisão familiar.

A Morte Encefálica (ME) constitui o principal cenário para a doação de órgãos sólidos, sendo definida como a cessação completa e irreversível das funções cerebrais e do tronco encefálico. No Brasil, o diagnóstico de ME é regulamentado pela Resolução nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece critérios rigorosos e protocolos específicos para sua confirmação, garantindo a segurança e a precisão diagnóstica^{4,5}. Esse protocolo compreende uma sequência de etapas clínicas e laboratoriais padronizadas, incluindo dois exames clínicos realizados por médicos diferentes com intervalo mínimo de uma hora, teste de apneia e exame complementar confirmatório⁶.

O processo de comunicação do diagnóstico de ME às famílias representa um dos

momentos mais delicados e complexos de todo o processo de doação. Nesse contexto, os familiares se encontram em uma situação de extrema vulnerabilidade emocional, enfrentando, simultaneamente, o luto pela perda do ente querido e a necessidade de tomar uma decisão sobre a doação de órgãos⁷. A literatura científica evidencia que, antes de considerar a doação de órgãos, os familiares devem, primeiro, aceitar e compreender que seu ente querido está em ME, processo esse que constitui um pré-requisito fundamental para o consentimento à doação⁸.

A decisão familiar sobre a doação de órgãos é influenciada por múltiplos fatores complexos e interrelacionados. Estudos recentes demonstram que o conhecimento sobre ME está associado a menores níveis de luto nas famílias doadoras, sugerindo a importância fundamental da educação e do esclarecimento adequado durante o processo. Além disso, fatores como a causa da ME, a idade do doador, o tempo decorrido desde a doação, o grau de parentesco com o falecido e a existência de manifestação prévia de vontade de doação influenciam significativamente a experiência do luto e a decisão familiar⁸.

No contexto brasileiro, a autorização familiar é obrigatória para a realização da doação de órgãos, mesmo quando o falecido havia manifestado em vida sua intenção de ser doador⁹. Essa particularidade legal torna a abordagem e o acolhimento das famílias elementos cruciais para o sucesso do processo de doação. Dados nacionais recentes indicam que, em 2024, 55% das famílias entrevistadas autorizaram a doação de órgãos de seus entes queridos, representando um aumento em relação aos anos anteriores, mas ainda evidenciando que aproximadamente metade das famílias opta pela recusa².

A negativa familiar constitui um dos principais obstáculos para a efetivação da doação de órgãos no Brasil e no mundo¹⁰. Estudos epidemiológicos regionais demonstram variações significativas nas taxas de consentimento familiar, com algumas regiões apresentando índices de recusa superiores a 57%, enquanto

outras alcançam taxas de aceitação superiores a 75%¹¹. Essas disparidades regionais evidenciam a influência de fatores culturais, socioeconômicos, educacionais e organizacionais na decisão familiar, destacando a necessidade de estratégias diferenciadas e contextualizadas para cada realidade local.

O impacto emocional da doação de órgãos nas famílias doadoras tem sido objeto de crescente interesse científico. Pesquisas recentes revelam que 89,1% das famílias doadoras experimentam níveis moderados a severos de luto, sendo o componente ‘culpa’ o que apresenta maior intensidade, seguido pela ‘busca por explicações’ e ‘reações somáticas’⁸. Esses achados evidenciam a complexidade do processo de luto vivenciado pelas famílias doadoras e a necessidade de suporte psicológico especializado durante e após o processo de doação.

O Modelo Dual-Process de Luto, proposto por Stroebe e Schut¹², oferece uma estrutura teórica importante para compreender a adaptação das famílias à perda. Esse modelo destaca a interação dinâmica entre estratégias de enfrentamento orientadas para a perda (processamento do luto e reconhecimento da dor emocional) e estratégias orientadas para a restauração (adaptação à vida sem o falecido)⁸. No contexto da doação de órgãos, esse modelo pode auxiliar na compreensão de como as famílias navegam entre o luto pela perda e a busca de significado através do ato altruísta da doação.

A equipe multiprofissional de saúde desempenha papel fundamental no processo de abordagem familiar para doação de órgãos. A literatura evidencia que a qualidade da comunicação, o timing da abordagem, a sensibilidade cultural e o suporte emocional oferecido pela equipe influenciam significativamente a decisão familiar¹³. Nesse contexto, a enfermagem assume papel de destaque, atuando no cuidado direto ao paciente em ME, no suporte às famílias e na coordenação do processo de doação¹⁴.

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) representa uma estrutura organizacional

fundamental para a otimização do processo de doação nos hospitais brasileiros. Essas comissões são responsáveis pela identificação de potenciais doadores, pela condução do protocolo de ME, pela abordagem familiar e pela coordenação com as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs)¹⁵. A atuação efetiva das CIHDOTTs tem demonstrado impacto positivo nas taxas de identificação de doadores e na qualidade do processo de doação.

O protocolo Spikes (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy) tem sido amplamente utilizado como ferramenta para estruturar a comunicação de más notícias em saúde, incluindo o diagnóstico de ME¹⁶. Esse protocolo enfatiza a importância de criar um ambiente adequado, avaliar a percepção da família sobre a situação, obter permissão para compartilhar informações, fornecer conhecimento de forma clara e empática, responder às emoções e desenvolver estratégias de seguimento¹⁷.

A dimensão espiritual e cultural da doação de órgãos constitui aspecto fundamental que deve ser considerado no processo de abordagem familiar. Diferentes tradições religiosas e culturais apresentam perspectivas variadas sobre a morte, o corpo e a doação de órgãos, influenciando as decisões familiares¹⁸. A sensibilidade cultural da equipe de saúde e a inclusão de líderes espirituais no processo de suporte às famílias podem contribuir significativamente para a qualidade do cuidado oferecido.

O conceito de ‘morte digna’ assume particular relevância no contexto da ME e da doação de órgãos. Para muitas famílias, a possibilidade de que a morte de seu ente querido possa salvar outras vidas confere significado e propósito à perda, contribuindo para o processo de elaboração do luto¹⁹. Essa dimensão altruísta da doação pode representar uma fonte de conforto e esperança para as famílias enlutadas.

A tecnologia e a inovação têm contribuído para aprimorar diversos aspectos do processo de doação de órgãos. Sistemas informatizados de gestão, protocolos de comunicação padronizados e ferramentas de suporte à decisão têm

demonstrado potencial para otimizar a identificação de doadores, melhorar a qualidade da abordagem familiar e reduzir o tempo entre o diagnóstico de ME e a efetivação da doação²⁰.

Diante desse contexto complexo e multifacetado, torna-se evidente a necessidade de compreender profundamente as experiências, os sentimentos e significados atribuídos pelas famílias ao processo de doação de órgãos após a ME. Assim, este estudo tem como objetivo compreender os sentidos e significados da doação de órgãos para familiares que vivenciaram o processo de ME, buscando valorizar a voz e a perspectiva desses familiares por meio de uma abordagem qualitativa. Dessa forma, pretende-se oferecer subsídios para o aprimoramento das práticas assistenciais e para o fortalecimento das políticas públicas relacionadas à doação de órgãos no Brasil.

Material e métodos

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, delineado a partir do imaginário coletivo de familiares que vivenciaram o processo de ME, e pelos sentidos e significados atribuídos por estes à doação de órgãos. As recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) foram seguidas para atender ao rigor científico.

Os participantes deste estudo foram familiares de pacientes que tiveram desfecho de ME. Para a seleção de indivíduos, foi considerada uma listagem obtida no banco de dados da Organização de Procura de Órgãos (OPO) de Maringá, que é um serviço responsável por organizar e coordenar a captação de doadores de órgãos e tecidos nos hospitais situados na sua área de abrangência (15^a região de saúde), sob a gerência da Central Estadual de Transplantes do Estado do Paraná (CET/PR). A OPO forneceu uma lista de contato, constando nome e telefone dos familiares para que os investigadores realizassem uma aproximação inicial e formalizassem o convite para participar do estudo.

Como critério de inclusão, foram considerados os familiares com maioridade (> 18 anos) e que eram familiares de pessoa falecida por ME. Foram excluídos aqueles que apresentavam barreira na comunicação e os que residiam em municípios com mais de 35 km de distância de Maringá, em virtude das dificuldades de deslocamento dos pesquisadores.

A fase de coleta de dados desenvolveu-se entre os meses de setembro a dezembro de 2023, e foi sistematizada em quatro momentos: 1º) busca de autorização prévia da OPO Maringá e CET/PR; 2º) obtenção dos contatos dos familiares que tiveram seus entes falecidos por ME, no período de setembro de 2022 a março de 2023; 3º) realização de contato telefônico com familiares para agendamento prévio das entrevistas presenciais; 4º) Aplicação da técnica de entrevista semiestruturada.

A aplicação das entrevistas foi realizada em dia, horário e locais de escolha do participante, a exemplo de domicílios e praças públicas. As entrevistas foram conduzidas pela investigadora principal, que tem expertise na temática e experiência em coleta de dados, enfermeira especialista em urgência e emergência e que possui contato direto com processos de diagnósticos de ME, incluindo experiência profissional como integrante da equipe multiprofissional da CIHDOTT de um hospital universitário, sem, contudo, possuir qualquer vínculo prévio com os potenciais participantes do estudo.

As entrevistas foram conduzidas com base em um instrumento composto por questões de caracterização do familiar (idade, sexo, profissão, escolaridade, religião e grau de parentesco), seguido da seguinte pergunta disparadora: Você pode me contar como foi para você vivenciar a ME e o processo de doação de órgãos?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e, posteriormente, arquivadas, garantindo que o material empírico coletado permanecesse disponível para consultas futuras, se necessário. Essa catalogação ficará sob a guarda dos pesquisadores e será descartada

após um período de cinco anos. Contudo, os arquivos de áudio foram devidamente destruídos após a etapa de análise dos dados. O critério de saturação de dados foi utilizado para encerramento da coleta de dados, tendo como base a repetição de ideias e de informações, e quando não foram encontradas novas temáticas no conteúdo dos discursos.

Cabe destacar que a seleção dos participantes ocorreu a partir de uma lista inicial de 42 familiares potenciais, fornecida pela OPO. Destes, dez efetivaram a participação. As perdas amostrais deveram-se a 16 recusas por desconforto emocional em abordar a temática do luto, quatro exclusões por critérios de distância geográfica (residência superior a 35 km da sede da pesquisa) e 12 impossibilidades de contato por dados cadastrais desatualizados.

É relevante salientar que a interrupção da coleta de dados não se deu apenas pela exaustão da lista de potenciais participantes, mas pelo alcance da saturação teórica. O processo foi balizado pela repetição sistemática das informações e pela ausência de novos temas analíticos durante as entrevistas, assegurando que o quantitativo alcançado foi suficiente para o adensamento teórico e a compreensão profunda do fenômeno investigado, conforme preconiza a metodologia qualitativa.

Após a transcrição integral das entrevistas, foi iniciado o processo de pré-análise do material empírico coletado, reunindo todas as respostas em um *corpus* único. Esse *corpus* foi composto a partir das contribuições de 10 participantes, cujas falas foram identificadas e codificadas em variáveis específicas, garantindo a organização dos dados. Com base nesse mapeamento, as respostas foram agrupadas individualmente em linhas de comando, assegurando que cada participante tivesse sua fala devidamente reconhecida pelo IRaMuTeQ®, um *software* de análise qualitativa, que identifica, segmenta e processa o conteúdo, permitindo a realização de inferências estatísticas e textuais robustas e coerentes com os objetivos da pesquisa.

Nesse sentido, por meio da análise de similitude realizada pelo IRaMuTeQ®, foram

reveladas conexões léxicas entre os termos, permitindo visualizar redes de sentido. Assim, o mapa de similitude gerado pela análise do *corpus* representa graficamente as relações de coocorrência entre as palavras mais frequentes no *corpus*. Deste modo, os dados foram organizados em *clusters* e representados por cores distintas, facilitando a visualização e interpretação dos agrupamentos léxicos.

Com relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado com parecer nº 6.199.261. A coleta de dados só foi realizada mediante os esclarecimentos de objetivos e risco, seguida do consentimento e da assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Para garantir o anonimato dos participantes, adotou-se a codificação: letra E, seguida da sequência numérica da entrevista (Ex: E1).

Resultados e discussão

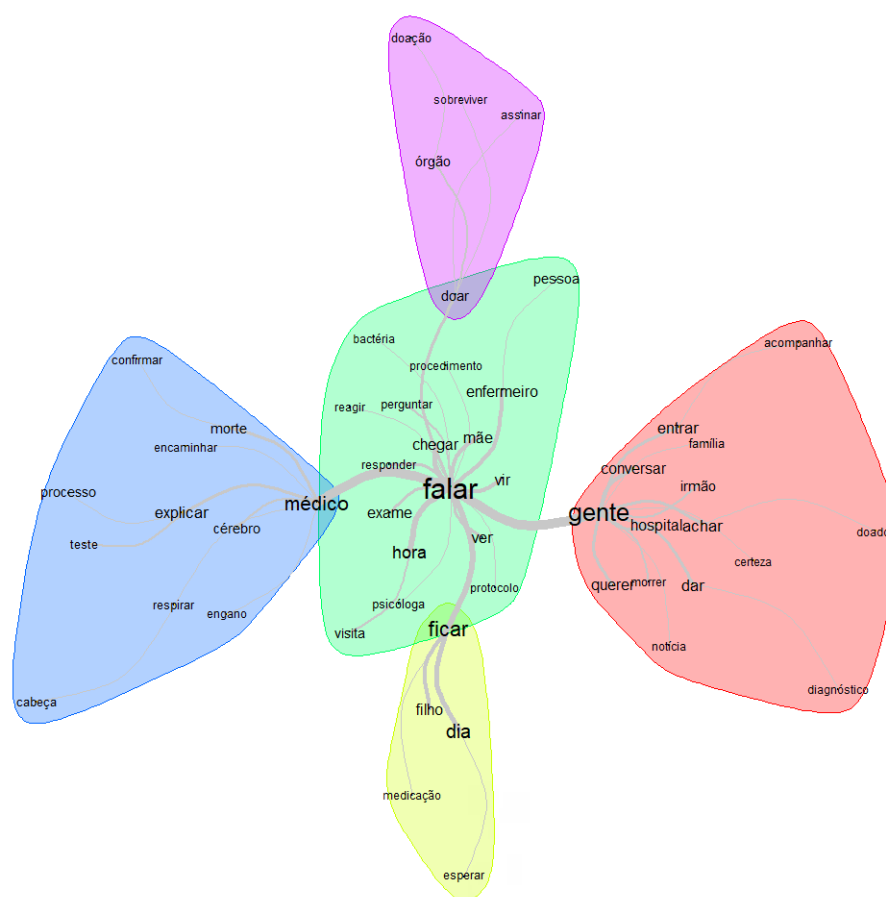
Os achados deste estudo revelam a complexidade multidimensional da experiência vivenciada por familiares durante o processo de ME e doação de órgãos, evidenciando aspectos que transcendem a simples decisão de autorizar ou recusar a doação. A análise do *corpus* textual, por meio do IRaMuTeQ®, permitiu gerar um mapa de similitude composto por cinco *clusters* principais, isto é, um conjunto de palavras que possuem coocorrências mais expressivas que representam diferentes dimensões dessa experiência, as quais corroboram a literatura internacional, que destaca a natureza multifacetada desse processo²¹.

Para essa etapa, foram consideradas $n = 181$ coocorrências, identificadas no *corpus* com $score \geq 3$. As dez palavras com maior número de coocorrências no *corpus* foram: falar ($n = 14$); enfermeiro ($n = 14$); exame ($n = 13$); cérebro ($n = 12$); explicar ($n = 11$); morrer ($n = 10$); gente ($n = 9$); ficar ($n = 9$); médico ($n = 9$); psicólogo ($n = 6$).

A representação gráfica do mapa de similitude, apresentada na figura a seguir, ilustra essas conexões e facilita a compreensão dos

termos mais recorrentes e suas associações dentro do *corpus*.

Figura 1. Mapa de similitude das palavras com maior proximidade gerada pelo software IRaMuTeQ®



Fonte: elaboração própria baseada no processamento do *corpus* textual pelo software IRaMuTeQ®, 2025.

A centralidade da comunicação no processo de doação

Na representação gráfica do mapa de similitude, observa-se que o termo ‘falar’ emergiu como elemento central, organizando e conectando os demais núcleos temáticos, o que evidencia a importância fundamental da comunicação durante todo o processo de ME e doação de

órgãos. Assim, o claustre representado pela cor verde reflete o momento inicial de comunicação da abertura do protocolo de ME. Nele, destacam-se palavras como ‘exame’, ‘hora’, ‘vir/chegar/ver’, ‘procedimento’, ‘protocolo’, ‘perguntar’, ‘responder’, ‘reagir’, ‘psicólogo’, ‘enfermeiro’, ‘mãe’ (abarcando a dimensão família), ‘visita’ e ‘pessoa’, que se interrelacionam e indicam questões relacionadas ao

protocolo, um processo que engloba abordagem multiprofissional à família, esclarecimentos sobre as etapas, testes e procedimentos. Observemos nos discursos a seguir:

[...] a gente teve aquela reunião que vem todos, psicólogo, enfermeiro, médico. Eles relataram realmente que a possibilidade de morte encefálica era muito grande. Ficamos sem saber como reagir e o que responder (E4).

Nós jamais imaginamos que isso pudesse acontecer. Estávamos anestesiados com todas as informações passadas por uma médica, uma enfermeira e uma psicóloga. Avisaram que um neuro iria chegar para realizar alguns procedimentos e exames (E10).

[...] eu pensava que tinha jeito, quando o médico falou que não tinha jeito, que se ela vivesse, ia viver numa cama, e a gente ia ter que tá cuidando, aí terminou assim. Ficamos desolados (E3).

Esse achado alinha-se com estudos recentes que demonstram que a qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e as famílias constitui um dos fatores mais determinantes para a decisão sobre doação²². A literatura internacional corrobora essa perspectiva, indicando que famílias que recebem informações claras, empáticas e oportunas apresentam maior probabilidade de consentir a doação²³.

A abordagem multiprofissional identificada nos discursos dos participantes, envolvendo médicos, enfermeiros e psicólogos, reflete as melhores práticas recomendadas pela literatura científica. Estudos demonstram que a participação de diferentes profissionais no processo de comunicação com as famílias contribui para uma abordagem mais holística e humanizada, atendendo às diversas necessidades emocionais, informacionais e espirituais dos familiares²⁴. A presença do psicólogo, especificamente mencionada pelos participantes, evidencia o reconhecimento da dimensão emocional complexa envolvida no processo, corroborando recomendações que enfatizam a importância do suporte psicológico especializado²⁵.

O protocolo Spikes encontra ressonância nos relatos dos participantes, especialmente no que se refere à necessidade de avaliar a percepção das famílias sobre a situação e responder adequadamente às suas emoções²⁶. A fala de E4 (“ficamos sem saber como reagir e o que responder”) ilustra a importância de reconhecer e acolher as reações emocionais das famílias, proporcionando tempo e espaço adequados para o processamento das informações.

O processo de aceitação da ME

Ao retornar ao mapa de similitude, verifica-se que o núcleo central ‘falar’, por sua vez, distribui-se em três diferentes agrupamentos de palavras (subnúcleos), representadas pelos léxicos ‘ficar’, ‘médico’ e ‘doar’.

O termo ‘ficar’, primeiro subnúcleo fortemente associado às palavras ‘filho, dia, medicação, esperar’, indica a dimensão temporal e emocional do processo de aceitação da ME, vivenciada pelas famílias durante a suspensão de sedativos e início dos testes de confirmação do diagnóstico. Vejamos:

[...] aí eles falaram: ‘a gente vai agora tirar os sedativos, agora tem 24 horas para ele reagir. Se ele não reagir, a gente vai constatar’. Ficamos sem chão (E2).

Uma enfermeira explicou como funcionava o processo. Optamos por saber só no fim pra não ficarmos mais angustiados, e tínhamos esperança ainda, né? (E8).

Os relatos evidenciam que as famílias vivenciam um período de intensa expectativa e esperança durante a suspensão dos sedativos e a realização dos testes confirmatórios. Esse intervalo configura o que a literatura caracteriza como luto antecipatório, fenômeno no qual os familiares iniciam o processo de elaboração da perda antes mesmo da confirmação oficial do óbito. Nesse estágio, o ente querido, embora clinicamente em processo de ME, permanece vivo no imaginário familiar devido

à manutenção do suporte vital, gerando uma ambivalência entre a iminência da morte e a fantasia da recuperação²⁷.

Sob essa ótica, o processo pode ser interpretado à luz do Modelo Dual-Process de Luto, de Stroebe e Schut²⁸. Esse modelo teórico, que destaca a oscilação entre estratégias de enfrentamento orientadas para a perda e para a restauração, oferece uma estrutura para compreender como as famílias navegam entre a negação alimentada pelo luto antecipatório e a gradual aceitação da realidade irreversível da ME⁸. A compreensão desse luto prévio é fundamental, pois o suporte psicológico adequado nesse momento pode facilitar a transição para o luto real após o diagnóstico definitivo.

A fala de E2 (“*ficamos sem chão*”) exemplifica a intensidade emocional desse momento de transição, quando a esperança de recuperação é confrontada com a realidade médica. A opção de E8 por “*saber só no fim pra não ficarmos mais angustiados*” ilustra diferentes estratégias de enfrentamento adotadas pelas famílias, evidenciando a necessidade de abordagens individualizadas e respeitadas às preferências de cada família.

A compreensão médica e técnica do processo

O subnúcleo ‘médico’, representado pelo *cluster* azul no mapa, é composto pelos termos ‘explicar, cérebro, teste, engano, respirar, processo, encaminhar, morte, confirmar’. Reflete a dimensão técnica e científica do diagnóstico de ME, assim como o processo de compreensão das famílias acerca das etapas do protocolo e do preparo para o desfecho final. Esse desfecho envolve o desligamento dos aparelhos e a suspensão das drogas de manutenção cardiovascular, aspectos que se evidenciam nos discursos analisados.

O primeiro e o segundo exame não tiveram nenhuma resposta, aí teria outro exame, não lembro o nome, aquele que joga o contraste lá no cérebro pra ver se tem vida ou não, daí o médico

me explicou sobre os testes, e a resposta do cérebro, confirmando a morte cerebral (E4).

[...] levaram ele para fazer uma tomografia. O cérebro dele estava muito inchado, [...] aí foi onde eles falaram que poderia ser que o cérebro dele não estava funcionando mais. Foi bem difícil ouvir isso, saber que meu filho de 22 anos estava nessa situação (E7).

Eu cheguei para a visita, daí foi confirmada a morte encefálica, e o médico perguntou se eu queria acompanhar o processo de desligar a medicação. Eu disse que queria, daí ele liberou e ficamos na UTI. Eu, a tia dele e o filho mais velho fizemos uma oração, e esperamos (E9).

Os relatos dos participantes confirmam a importância da explicação clara e detalhada dos procedimentos médicos, corroborando diretrizes que enfatizam a necessidade de comunicação transparente sobre os critérios diagnósticos²⁹.

A menção de E4 ao “*exame que joga o contraste lá no cérebro*” refere-se, provavelmente, à angiografia cerebral ou outros métodos de neuroimagem utilizados como exames complementares, demonstrando que as famílias retêm informações específicas sobre os procedimentos realizados. A literatura científica enfatiza que a compreensão adequada do conceito de ME pelas famílias é fundamental para a aceitação do diagnóstico e, consequentemente, para a decisão sobre a doação³⁰. Estudos demonstram que famílias com melhor compreensão sobre ME apresentam menores níveis de conflito interno e maior satisfação com a decisão tomada, independentemente de terem optado pela doação ou recusa³¹.

O dilema altruísta da doação

O subnúcleo, claustre roxo, representado pelo termo ‘doar’, é composto pelos léxicos ‘órgão, assinar, sobreviver, doação’, e expressa o dilema moral e emocional das famílias, o luto pelo ente e o altruísmo pela decisão de doação, conforme apontado nos discursos:

Eu não queria ver ele na situação, mesmo com uma tristeza profunda e um pouco de revolta pela situação. Foi de boa-fé, eu sei que alguém estava precisando, né? Aí eu concordei (E2).

Eu queria que eles (a equipe) lutassem, sim! Daí, eu falei, 'não tem mais jeito né?' Eles falaram 'não!' Então nós resolvemos doar os órgãos (E1).

Estava meio cega naquele dia, o coração dilacerado. Conversaram sobre o que tinha acontecido e da situação que ele tinha uma saúde boa, que todos os órgãos dele estavam bons pelos exames e que tinha chance de ajudar muitas pessoas (E4).

Os relatos revelam a coexistência de sentimentos aparentemente contraditórios: tristeza profunda pela perda e satisfação altruísta pela possibilidade de ajudar outras pessoas. Essa dualidade emocional é consistente com a literatura que descreve a doação de órgãos como um processo que pode, simultaneamente, intensificar e amenizar o sofrimento das famílias³².

A fala de E2 (*“mesmo com uma tristeza profunda e um pouco de revolta pela situação, foi de boa-fé”*) ilustra perfeitamente essa ambivalência emocional. Estudos demonstram que sentimento de revolta e questionamento são reações normais no processo de luto, e que a possibilidade de transformar a perda em um ato de solidariedade pode contribuir para a elaboração do luto e a busca de significado na experiência³³.

O conceito de ‘morte digna’ assume particular relevância nesse contexto. Para muitas famílias, a doação de órgãos representa uma forma de conferir propósito e significado à morte do ente querido, transformando uma experiência de perda em uma oportunidade de salvar vidas³⁴. A expressão de E6 (*“foi espontâneo, um gesto bonito”*) reflete essa dimensão transformadora da doação, que pode contribuir para o processo de elaboração do luto.

A literatura internacional identifica o altruísmo como um dos principais motivadores para a doação de órgãos, sendo frequentemente

citado pelas famílias como fator decisivo na autorização³⁵. No contexto brasileiro, onde a autorização familiar é obrigatória, independentemente da manifestação prévia do falecido, esse aspecto altruísta assume importância ainda maior, pois a decisão recai inteiramente sobre os familiares³⁶.

A dimensão social e familiar da experiência

Por sua vez, o claustro rosa do mapa de similitude, representado pelo termo ‘gente’, evidencia a dimensão social e relacional da experiência de doação. Os léxicos associados (‘conversar, entrar, família, irmão, hospital, achar, querer, morrer, dar, notícia, certeza, diagnóstico, doador, acompanhar’) revelam a importância das redes de apoio social e familiar durante o processo. Esse subnúcleo expressa o momento de despedida e os significados da doação de órgãos. Vejamos:

Liberaram para todos os amigos e familiares que quisessem entrar. A gente estava esperando só pra fazer a última parte do processo, mas decidimos por doação. Uma parte dele estaria existindo de alguma forma (E9).

Eles [a equipe médica] fecharam o diagnóstico e falaram que minha mãe realmente morreu, e aí eles perguntaram se a gente aceitaria que ela doasse os órgãos. Aceitei e assinei o termo, eu e minha irmã. Cremos que ela estaria ajudando outras pessoas, foi espontâneo, um gesto bonito (E6).

[...] às vezes, por mais que doa, eu falo pro meu filho mais novo que tudo na vida tem um lado bom e um lado ruim, e a única certeza que a gente tem que a gente vai morrer. Não sabemos o dia, então acho que doar é esse lado bom, ajudar outras pessoas que precisam (E4).

Esperiei concluir os testes, mas já sabia que eu queria doar, porque era uma vontade dele também (E5).

A possibilidade de despedida mencionada por E9 (*“Liberaram para todos os amigos e familiares que quisessem entrar”*) destaca a importância dos rituais de despedida no processo de elaboração do luto. Estudos demonstram que a oportunidade de se despedir adequadamente do ente querido contribui significativamente para a qualidade do processo de luto e para a satisfação das famílias com a experiência hospitalar³⁷.

A tomada de decisão compartilhada, evidenciada no relato de E6 (*“Aceitei e assinei o termo, eu e minha irmã”*), reflete a natureza coletiva da decisão sobre doação de órgãos. Pesquisas indicam que decisões tomadas em consenso familiar tendem a gerar menor conflito posterior e maior satisfação com a escolha realizada³⁸.

Implicações para a prática clínica e políticas públicas

Os achados deste estudo têm importantes implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à doação de órgãos. A centralidade da comunicação evidenciada nos resultados reforça a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação, especialmente no que se refere à comunicação de más notícias e abordagem de famílias em situação de luto³⁹.

A implementação de protocolos estruturados de comunicação baseados em evidências científicas, como o protocolo Spikes, pode contribuir para a padronização e melhoria da qualidade da abordagem familiar⁴⁰. Além disso, a garantia de suporte psicológico especializado durante todo o processo, conforme evidenciado pela presença do psicólogo nos relatos dos participantes, deve ser considerada componente essencial dos programas de doação de órgãos.

A educação da população sobre ME e doação de órgãos emerge como estratégia fundamental para melhorar as taxas de consentimento familiar. Campanhas educativas que abordem

não apenas os aspectos técnicos da doação, mas também as dimensões emocionais e espirituais envolvidas, podem contribuir para desmistificar o processo e reduzir medos e preconceitos⁴¹.

Limitações e perspectivas futuras

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra foi restrita a uma região do Brasil, limitando a generalização para outras realidades socioculturais, e a coleta de dados ocorreu em um período específico, sem captar variações ao longo do tempo. Pesquisas futuras poderiam explorar diferenças regionais considerando fatores socioculturais, econômicos e organizacionais, além de utilizar estudos longitudinais para acompanhar a evolução do luto e os impactos da decisão sobre a doação de órgãos. O uso de metodologias mistas e a inclusão de diferentes membros da família e profissionais de saúde podem ampliar a compreensão dos fatores que influenciam a decisão familiar e os desfechos emocionais associados.

Considerações finais

Este estudo proporcionou uma compreensão aprofundada dos sentidos e significados atribuídos por familiares à experiência de doação de órgãos no contexto da ME, revelando a complexidade multidimensional desse processo que transcende a simples decisão de autorizar ou recusar a doação. Através da análise qualitativa do discurso de familiares que vivenciaram essa experiência, foi possível identificar cinco dimensões principais que caracterizam essa vivência: a centralidade da comunicação, o processo de aceitação da ME, a compreensão médica e técnica do diagnóstico, o dilema altruísta da doação e a dimensão social e familiar da experiência.

A comunicação emergiu como elemento central e organizador de toda a experiência, evidenciando que a qualidade da interação

entre a equipe de saúde e as famílias constitui fator determinante não apenas para a decisão sobre doação, mas também para a qualidade do processo de luto e elaboração da perda. Os achados demonstram que famílias que recebem informações claras, empáticas e oportunas, através de uma abordagem multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros e psicólogos, apresentam melhor compreensão do processo e maior satisfação com a experiência, independentemente da decisão tomada sobre a doação.

O processo de aceitação da ME revelou-se como uma jornada emocional complexa, caracterizada pela oscilação entre esperança e realidade, negação e aceitação. Os familiares vivenciam um período de expectativa durante a realização dos testes confirmatórios, em que estratégias de enfrentamento orientadas para a perda e para a restauração se alternam dinamicamente. Essa compreensão tem implicações

importantes para a prática clínica, sugerindo a necessidade de abordagens individualizadas que respeitem o tempo e as estratégias de enfrentamento específicas de cada família.

Contribuições de autoria

Souza NC (0000-0001-7384-3154)*, Sanches RCN (0000-0002-1686-7595)* e Barreto MS (0000-0003-2290-8418)* contribuíram para elaboração e aprovação da versão final do manuscrito. Matos EP (0000-0003-3807-4702)*, Rabito LBF (0000-0001-8651-9193)*, Delmondes NCSO (0009-0007-5470-0140)* e Barreto RS (0000-0002-2973-0272)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Transplantes: doação de órgãos e tecidos para transplante. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
2. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2025. Brasil bate recorde de transplantes e anuncia medidas para modernizar sistema e aumentar doações; 2025 jun 4 [atualizado em 2025 jun 11; acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/brasil-bate-recorde-de-transplantes-e-anuncia-medidas-para-modernizar-sistema-e-aumentar-doacoes>
3. Latifi M, Pourhosein E, Rahban H, et al. Exploring grief and acceptance: experiences and needs of family members of deceased organ donors. SAGE Open Med. 2025;13:20503121251333973. DOI: <https://doi.org/10.1177/20503121251333973>
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 dez 15; Seção I:264.
5. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; © 2025. Morte encefálica: protocolo e critérios diagnósticos; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/morte-encefalica>
6. Brito D. Novos critérios definem morte encefálica e afetam doação de órgãos. Agência Brasil [Internet]. 2017 dez 12 [acesso em 2026 jan 19]; Geral. Dispo-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- nível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/novos-criterios-definem-morte-encefalica-e-afetam-doacao-de-orgaos>
7. Powla PP, Turaka D, Fakhri F. Alleviating the emotional burden on families during organ donation requests in neurologic patients declared with brain death: the role of timing and circumstances of death. *Arch Public Health*. 2025;83:66. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01559-7>
8. Latifi M, Pourhosein E, Talebian MT, et al. Impact of organ donation on grief symptoms in donor families. *BMC Psychol*. 2025;13:555. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02896-6>
9. Presidência da República (BR). Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1997 fev 5; Seção I:2191.
10. Laboissière P. Doação de órgãos: conheça exigências e tire dúvidas sobre transplantes. Agência Brasil [Internet]. 2024 set 27 [acesso em 2026 jan 19]; Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/doacao-de-orgaos-conheca-exigencias-e-tire-duvidas-sobre-transplantes>
11. Silva JM, Santos RB, Oliveira LC. Cenário da doação de órgãos e tecidos para transplante pós-morte na 16ª Região de Saúde/RS. *Braz J Transplant*. 2024;26(1):511. DOI: <https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.511.PORT>
12. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224. DOI: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
13. van Oosterhout SPC, van der Niet AG, Abdo WF, et al. Family concerns in organ donor conversations: a qualitative embedded multiple-case study. *Crit Care*. 2024;28:434. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05198-2>
14. Fagundes C. Acolher o luto dos familiares é fundamental na captação de órgão para transplantes. *Portal Cofen* [Internet]. 2024 set 17 [acesso em 2026 jan 19]; Notícias. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/acolher-o-luto-dos-familiares-e-fundamental-na-captacao-de-orgao-para-transplantes/>
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.612, de 23 de outubro de 2024. Dispõe sobre a execução da Resolução GMC nº 25/23, de 14 de setembro de 2023, do Grupo Mercado Comum, que aprova os requisitos de boas práticas para diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 out 24; Seção I:82. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2024&jornal=515&pagina=82&totalArquivos=184>
16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
17. Palliative Care Network of Wisconsin (US). Discussing organ donation with families [Internet]. Madison: Palliative Care Network of Wisconsin; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/discussing-organ-donation-with-families/>
18. Stouder DB, Schmitt TM, Ross SS, et al. Spiritual and cultural considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):13-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951511001027>
19. BC Transplant. Giving grieving families a voice through organ donation [Internet]. Vancouver: BC Transplant; 2024 [acesso em 2026 fev 2]. Disponível em: <http://www.transplant.bc.ca/>
20. Silva FA, Vieira EMS, Silva ACR. Morte encefálica e equipe de enfermagem: desafios e saberes. *Rev FT*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/ar10202412200928>
21. Potter JE, Perry L, Elliott RM. Bereaved family members' perspectives of their organ donation decision.

- Transplant Proc. 2024;56(8):2832. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2024.02.832>
22. Pengel LHM, Mazarello-Paes V, Paredes-Zapata D, et al. The experiences of clinical staff approaching families for organ donation consent. *Patient Educ Couns.* 2025;122:357. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.trre.2025.100935>
 23. Ralph A, Sandona P, Misur M, et al. Potential donor family behaviours, experiences and decisions. *Prog Transplant.* 2024;34(2):106-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103816>
 24. Charles L, Dukelow T, Shaw D. A constructivist grounded theory on organ donation conversations. *PLoS One.* 2024;19(4):e0312462. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312462>
 25. Iltis AS, Denny B. First-person authorization and family objections to organ donation. *J Med Philos.* 2025;50(3):212-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaf008>
 26. Organ Donation Alliance. Essential 4: the donation conversation [Internet]. Washington, DC: Organ Donation Alliance; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.organdonationalliance.org/>
 27. Nuevo ALG, Rocha TC. O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na UTI: um relato de experiência. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 2021;7:e7000037. DOI: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2021.V7.7000037>
 28. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport).* 2010;61(4):273-89. DOI: <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
 29. Barros MA, Kessler IM. Panorama Atual do Diagnóstico de Morte Encefálica no Brasil: Papel da Ultrassonografia Doppler Transcraniana. *Braz J Transplant.* 2023;26:e1323. DOI: https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.502_PORT
 30. Donor Alliance. What is brain death? Key facts for organ donation [Internet]. Denver: Donor Alliance; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.donoralliance.org/understanding-donation/about-donation/what-is-brain-death/>
 31. Nova Scotia Health. Max's gift: grief, love, and the legacy of organ donation [Internet]. Halifax: Nova Scotia Health; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.nshealth.ca/>
 32. Silva PLS, Oliveira AF, Ramos VR. Transplante de órgãos no Brasil: desafios e possibilidades. *ÍAN-DE.* 2024;990. DOI: <https://doi.org/10.36942/ian-dev.811.990>
 33. Qualicorp. Conscientização sobre a doação de órgãos e a importância do consentimento familiar [Internet]. São Paulo: Qualicorp; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/>
 34. Escola Paulista de Direito. Doação de órgãos no Brasil: o que diz a lei? [Internet]. São Paulo: Escola Paulista de Direito; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.epd.edu.br/>
 35. Deutsche Welle. Desinformação dificulta doação de órgãos no Brasil [Internet]. Bonn: Deutsche Welle; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/>
 36. Parque Renascer [Internet]. Belo Horizonte: Parque Renascer; © 2024. Descubra como é o processo de doação de órgãos no Brasil. 2017 dez 19 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://parquerenascer.com.br/ descubra-como-e-o-processo-de-doacao-de-orgaos-no-brasil/>
 37. Galvão L. UFF responde: doação de órgãos. Universidade Federal Fluminense [Internet]. 2024 set 19 [acesso em 2026 jan 19]; Notícia. Disponível em: <https://www.uff.br/19-09-2024/uff-responde-doacao-de-orgaos/>
 38. Jornal Nacional. Transplantes: famílias brasileiras têm se recusado mais a fazer doação de órgãos. G1 [Internet]. 2025 abr 10 [acesso em 2026 jan 19]

- Notícia. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2025/04/10/transplantes-familias-brasileiras-tem-se-recusado-mais-a-fazer-doacao-de-orgaos.ghtml>
39. Nascimento ACF, Santos MCF, Santana BP, et al. Diagnóstico de morte encefálica: desafios e manejo na comunicação aos familiares. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2024;6(7):2061-78. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2061-2078>
40. Enfermagem Ilustrada. Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica [Internet]. São Paulo: Enfermagem Ilustrada; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://enfermagemilustrada.com/>
41. Lima FSSL, Barbosa RS, Drumond C. O papel do enfermeiro na sensibilização da doação de órgãos em casos de morte encefálica no Brasil. *Rev Librum Accessum*. 2024;16(2):e16. DOI: <https://doi.org/10.29327/2417778.16.2-16>

Recebido em 06/07/2025

Aprovado em 11/02/2026

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

Vulnerabilizações socioambientais em saúde: impactos decorrentes da implantação e operacionalização de empreendimento eólico

Socio-environmental vulnerabilities in health: Impacts resulting from the implementation and operation of wind power projects

Wanessa da Silva Gomes¹, Régia Maria Batista Leite¹, Guilherme Alves de Siqueira¹, Nilson Henrique Dias da Silva¹, Emilyly Marcela Mendes de Souza¹, Caroline de Paula Batista², André Monteiro Costa³

DOI: 10.1590/2358-2898202614910888P

RESUMO Este estudo objetivou traçar o perfil sociodemográfico e identificar processos de vulnerabilização social, ambiental e em saúde de uma comunidade rural impactada pela implantação de torres eólicas no interior do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 33 representantes domiciliares, abrangendo 105 indivíduos. Utilizaram-se questionário semiestruturado, georreferenciamento das residências e aerogeradores, além do teste exato de Fisher para análise das associações ($p < 0,05$). Os resultados evidenciaram uma população com baixa escolaridade, predominância de pessoas negras e forte dependência da agricultura de subsistência. As residências situavam-se entre 140 e 900 metros das torres, o que indica elevada exposição aos impactos. Foram observadas alterações nos modos de vida, na produção agrícola, no comportamento animal e na qualidade da água. No campo da saúde, destacaram-se distúrbios do sono, sofrimento psíquico, uso contínuo de medicamentos e presença de doenças crônicas. Identificou-se associação significativa entre dificuldade para dormir, maior faixa etária, avaliação negativa do sono e presença de doença crônica no domicílio. Concluiu-se que a implantação de parques eólicos, ao desconsiderar especificidades territoriais e sociais, pode intensificar vulnerabilidades e iniquidades em saúde, reforçando a necessidade de incorporar a avaliação de impactos à saúde no licenciamento ambiental.

PALAVRAS-CHAVE Energia eólica. Diagnóstico da situação de saúde em grupos específicos. Estudos transversais.

ABSTRACT This study aimed to outline the sociodemographic profile and identify processes of social, environmental, and health vulnerability in a rural community affected by the implementation of wind turbines in the countryside of northeastern Brazil. This is a descriptive study with a quantitative approach, conducted with 33 household representatives, covering 105 individuals. A semi-structured questionnaire, georeferencing of households and wind turbines, and Fisher's exact test were used to analyze associations ($p < 0.05$). The results revealed a population characterized by low educational attainment, a predominance of Black individuals, and a strong dependence on subsistence agriculture. Households were located between 140 and 900 meters from the turbines, indicating high exposure to the impacts. Changes were observed in ways of life, agricultural production, animal behavior, and water quality. Referring to health, sleep disorders, psychological distress, continuous medication use, and the presence of chronic diseases were prominent. A significant association was identified between difficulty sleeping, older age groups, negative sleep quality assessment, and the presence of chronic disease in the household. It is concluded that the implementation of wind farms, when disregarding territorial and social specificities, may intensify vulnerabilities and health inequities, reinforcing the need to incorporate health impact assessment into environmental licensing processes.

KEYWORDS Wind energy. Diagnosis of health situation in specific groups. Cross-sectional studies.

¹Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
wanessa.gomes@upe.br

²Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) – Recife (PE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.

Introdução

A produção de energia é condição indispensável para a manutenção e o desenvolvimento da vida moderna. Contudo, para o bem-estar do planeta, atualmente opta-se pela geração de energias a partir de fontes renováveis, como a eólica, que transforma a energia cinética dos ventos em energia elétrica. O Brasil é o sexto maior gerador de energia eólica do mundo, com uma capacidade total instalada *onshore* (em terra) de 30,45 GW em 2023 e uma participação de 15,2% na matriz elétrica brasileira. Em 2023, o Nordeste foi a região brasileira que mais gerou energia eólica^{1,2}.

Toda modalidade de produção de energia, todavia, tem seus impactos socioambientais, podendo gerar vulnerabilizações à população que vive no território onde o empreendimento foi implantado. Porto³ concebe vulnerabilização como um processo social que leva a exposição de indivíduos ou grupos a riscos e agravos resultantes de relações de poder, políticas públicas e estruturas sociais, devendo ser compreendido em suas dimensões histórica, política e social³.

Estudos mostram que a produção de energia eólica vem provocando processos de vulnerabilização socioambiental e na saúde em comunidades e povos que residem nos territórios onde esses empreendimentos foram instalados. Os impactos ambientais documentados em outros países referem-se a: impactos estéticos (poluição visual), ruídos acústicos e impactos sobre a fauna e a flora^{4,5}. O impacto visual decorre das próprias particularidades das turbinas eólicas, com as maiores tendo cerca de 150 metros de altura desde a base até a ponta da pá, ocupando extensas áreas de terra e sendo visíveis a longas distâncias.

O impacto sonoro se atribui aos ruídos da própria maquinaria, classificados em dois tipos: mecânico (proveniente das caixas de engrenagem e gerador) e aerodinâmico (gerado pelas pás em contato com o vento). Outros impactos relatados são a interferência eletromagnética e a emissão de infrassons⁶.

Os impactos sociais estão relacionados principalmente com a ocupação e o uso da terra, já que a implantação das usinas ocorre em terras geralmente arrendadas, cedidas pelos donos em troca de uma compensação financeira por parte das empresas; contudo, isso restringe o uso da terra e impacta significativamente os modos de vida das comunidades, prejudicando suas atividades socioeconômicas e culturais. Geralmente, essas comunidades são constituídas por povos camponeses, quilombolas, indígenas e ribeirinhos⁷.

A instalação de empreendimentos eólicos tem gerado disputas significativas entre distintos atores sociais, revelando um cenário de conflito socioambiental. De um lado, estão as comunidades locais, diretamente impactadas pela instalação de aerogeradores e linhas de transmissão, frequentemente expostas a efeitos adversos já citados. De outro, situam-se os governos, que impulsionam a transição para uma matriz energética mais limpa e renovável, e os agentes privados, cujos interesses estão centrados na viabilidade econômica dos projetos e na maximização do retorno sobre o investimento^{8,9}.

No entanto, é evidente a assimetria nas relações de poder entre esses três grupos. As comunidades locais, geralmente situadas em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, tendem a ocupar a posição mais frágil nas negociações, carecendo, muitas vezes, de acesso a informações transparentes, compreensíveis e antecipadas sobre os impactos socioambientais a que estarão sujeitas⁸. Tal desigualdade compromete o princípio da justiça ambiental e levanta questionamentos sobre a legitimidade dos processos de licenciamento e consulta pública associados à implementação desses empreendimentos^{8,9}.

Com relação aos impactos na saúde, a literatura reporta que as pessoas que moram próximo às turbinas eólicas podem apresentar problemas no aprendizado, no sono e na cognição, bem como estresse e ansiedade, prejudicando a qualidade de vida dessas populações do entorno. Esses problemas são

gerados principalmente pelos ruídos dos aerogeradores, tanto o infrassom, que é o som abaixo da frequência de 20 hertz (Hz), quanto o som audível, que compreende a frequência entre 20 e 200 Hz¹⁰.

Além dos efeitos sonoros, os aerogeradores também produzem impactos visuais relevantes. Dentre eles, destaca-se o fenômeno conhecido como *shadow flicker*, também chamado de efeito estroboscópico ou cintilação de sombra, que ocorre quando a luz solar, especialmente quando o sol está baixo no horizonte, incide por entre as pás giratórias das turbinas, projetando sombras intermitentes em movimento sobre o solo e em edificações próximas. Esse efeito, associado ao movimento rotacional das pás, pode provocar desconforto visual, especialmente em determinadas condições de luminosidade e proximidade das residências¹¹.

Outros elementos que compõem os impactos visuais incluem o reflexo das estruturas metálicas das torres, que podem gerar ofuscamento, e o piscar intermitente das luzes de sinalização noturna, exigidas por normas de segurança aeronáutica. Esses aspectos, quando combinados, contribuem para a alteração da paisagem e podem afetar negativamente a percepção estética e o bem-estar das populações do entorno⁶.

Os sons e os infrassons emitidos pelas torres podem causar doenças, como a chamada Síndrome da Turbina Eólica (STE), que se manifesta com sintomas variados, tais como cefaleia, náuseas, irritabilidade, ansiedade, insônia e problemas de concentração, que afetam a qualidade de vida nas comunidades. Outra manifestação é a Doença Vibroacústica (DVA), uma condição associada à exposição contínua a ruídos de baixa frequência, especialmente os infrassons. A DVA pode acarretar efeitos sistêmicos, como alterações nos sistemas cardiovascular e nervoso, além de sintomas dermatológicos, incluindo vermelhidão, prurido e edema¹⁰.

A convergência desses fatores que impactam a saúde e o cotidiano das populações residentes em áreas de influência de empreendimentos

eólicos tem sido objeto de crescente atenção em estudos sobre os impactos à saúde pública.

No Agreste Pernambucano, a instalação e a operação de parques eólicos têm sido associadas a conflitos socioambientais e a impactos negativos sobre a população local. Relatos sistematizados pelo ‘Mapa de Conflitos da Fiocruz’ indicam que esses empreendimentos contribuíram para a deterioração da qualidade de vida dos moradores, especialmente de agricultores familiares e trabalhadores rurais. A proximidade dos aerogeradores às residências tem sido relatada como geradora de incômodo sonoro, poluição das águas, alterações nas condições de subsistência e nos modos de vida, além de estar associada a distúrbios do sono, ansiedade, estresse e perda de vínculos comunitários, a ponto de algumas famílias terem optado por abandonar suas casas diante da inviabilidade de convivência com esses efeitos¹².

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e identificar os processos de vulnerabilização e os agravos à saúde em uma comunidade vulnerabilizada pela implantação e operacionalização de empreendimentos eólicos no agreste meridional de Pernambuco.

Material e métodos

Estudo descritivo com abordagem quantitativa na comunidade de Sobradinho, zona rural do município de Caetés (PE). Localizado a aproximadamente 15 km da sede do município de Caetés (PE), no Agreste de Pernambuco, distante 252 km da capital, Recife, o município possui uma população de 28.827 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2022¹³, e é considerado um destaque na geração de energia eólica. Sobradinho é um dos sítios da zona rural de Caetés que possuem aerogeradores em seu território, implantados em 2014 e que integram complexo eólico ‘Ventos de Santa Brígida’.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário semiestruturado, dividido em duas seções: a primeira abarcou dados socio-demográficos e econômicos dos entrevistados; a segunda abordou aspectos relacionados com as condições de saúde e com a percepção dos impactos socioambientais decorrentes da presença de torres eólicas sobre o modo de vida da população local.

As entrevistas foram realizadas com 33 respondentes, considerados representantes de seus respectivos domicílios, os quais também forneceram informações sobre os demais moradores das residências, resultando em um conjunto de dados correspondente a 105 indivíduos. A escolha dos informantes foi feita aleatoriamente, participando da entrevista pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. A coleta ocorreu durante o ano de 2023.

Para identificar a associação entre as variáveis, aplicou-se o teste exato de Fisher devido ao tamanho das amostras. O nível de significância estipulado foi de 5%. Logo, caso o valor-*p* do teste seja inferior a 0,05, constata-se associação entre as variáveis.

Para execução desses testes, as variáveis renda e tempo de moradia na comunidade (base de dados referente aos domicílios) e escolaridade (base de dados referente as pessoas residentes) precisaram ter algumas categorias unidas. Para a renda, duas categorias; para o tempo de moradia, três; e para a escolaridade, quatro categorias.

Também foram mapeadas as residências com base nas coordenadas obtidas pelo aplicativo EpiInfo, utilizando a plataforma Google My Maps para mensurar as distâncias dos domicílios em relação às torres eólicas.

Este estudo faz parte da pesquisa 'Processos de vulnerabilização e os conflitos socioambientais decorrentes da implantação e operação de parques eólicos em comunidades camponesas no Agreste Meridional de Pernambuco'. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012¹⁴ e pela Resolução nº 510/2016¹⁵ do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido

aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 73626423.8.0000.5190 e Parecer nº 6.569.829.

Resultados e discussão

Os resultados da pesquisa foram organizados em três seções analíticas, cada uma dedicada a um eixo temático central. A primeira seção apresenta a caracterização sociodemográfica e socioeconômica da comunidade do Sítio Sobradinho. A segunda seção aborda os processos de vulnerabilizações social, econômica e ambiental decorrentes da implantação dos empreendimentos eólicos na região. Por fim, a terceira seção analisa os desdobramentos desses processos sobre a saúde da população local.

Caracterização sociodemográfica e socioeconômica

No início do trabalho de campo, procedeu-se ao mapeamento de 55 unidades domiciliares localizadas no Sítio Sobradinho. Entre estas, constatou-se que 12 se encontravam desocupadas, seja por abandono, seja em decorrência de demolição, refletindo dinâmicas de deslocamento ou esvaziamento populacional possivelmente associadas às transformações socioambientais locais. Das 43 residências restantes, foi possível realizar a coleta de dados em 33 delas; nas demais, a ausência de moradores no momento da visita inviabilizou a aplicação dos instrumentos.

Os dados obtidos revelam que 75,8% das famílias entrevistadas residiam no território havia mais de uma década, evidenciando vínculos duradouros com o espaço vivido (*tabela 1*).

Essa permanência prolongada traduz-se em laços socioeconômicos, culturais e simbólicos com o território, características frequentemente observadas em comunidades camponesas do nordeste brasileiro. Tal

enraizamento territorial constitui uma dimensão fundamental para a compreensão das formas de vida e das percepções locais diante dos impactos decorrentes da instalação de empreendimentos eólicos na região.

Participaram do estudo: 105 indivíduos, majoritariamente adultos, com predomínio nas faixas etárias de 21 a 30 anos e de 51 a 60 anos, o que demonstra uma população em idade ativa no trabalho agrícola. Do total, 58,1% eram do sexo masculino. Com relação à autodeclaração étnico-racial, 73,4% identificaram-se

como pardos e pretos, indicador que revela a centralidade de populações negras rurais no contexto da ocupação desse território.

A análise do nível de escolaridade dos participantes evidenciou que 58,1% possuíam o ensino fundamental incompleto, enquanto 18,1% declararam-se analfabetos (*tabela 1*). Esse perfil educacional revela a persistência de um padrão histórico de desigualdade no acesso à educação formal no meio rural brasileiro, particularmente em territórios periféricos e marcados por processos de invisibilização social.

Tabela 1. Características sociodemográficas da comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Características	n (105)	%
Faixa etária (anos)		
< 10	13	12,4
11-20	14	13,3
21-30	17	16,2
31-40	11	10,5
41-50	15	14,3
51-60	17	16,2
61-70	6	5,7
70 +	12	11,4
Sexo		
Masculino	61	58,1
Feminino	44	41,9
Raça/cor		
Branca	28	26,7
Preta	9	8,6
Parda	67	63,8
Amarela	1	1,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	19	18,1
Ensino fundamental incompleto	61	58,1
Ensino fundamental completo	3	2,9
Ensino médio incompleto	6	5,7
Ensino médio completo	8	7,6
Ensino superior incompleto	-	-
Ensino superior completo	1	1,0
Não se aplica*	7	6,7

Fonte: elaboração própria.

* Crianças em idade inferior à idade escolar.

Os dados reafirmam a vulnerabilidade estrutural que afeta populações do campo, cujas trajetórias educacionais continuam condicionadas por desigualdades regionais, ausência de políticas públicas eficazes e limitações de infraestrutura educacional¹⁶. Perfil sociodemográfico semelhante foi identificado em estudo sobre os impactos de empreendimentos eólicos no estado do Ceará, que apontou predominância de população masculina com baixa escolaridade, evidenciando a tendência de instalação desses projetos em comunidades socialmente vulneráveis¹⁷.

Esse cenário pode ser interpretado, à luz da literatura, como inserido na lógica do racismo ambiental, que, de acordo com Herculano¹⁸, designa processos de injustiça social e ambiental que recaem de maneira desproporcional sobre populações negras, indígenas e comunidades tradicionais. Nessa perspectiva teórica, o racismo opera por meio da invisibilização socioterritorial, traduzindo os territórios historicamente ocupados como ‘vazios demográficos’ ou ‘espaços improdutivos’, o que contribui para legitimar sua apropriação para fins de exploração econômica sob uma lógica extrativista, ainda que travestida de sustentabilidade ambiental. Assim, a instalação de empreendimentos eólicos em tais territórios pode ser compreendida, no plano interpretativo, como uma reatualização de dinâmicas coloniais e capitalistas, nas quais a lógica de acumulação tende a se sobrepor aos

direitos coletivos, às práticas socioculturais e às estratégias de reprodução da vida desses grupos^{18,19}.

Vulnerabilizações social, econômica e ambiental

Do ponto de vista econômico, observou-se que 48,5% das famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo mensal. A agricultura de subsistência, centrada no cultivo de feijão e milho, caracterizava 90,1% das famílias. Com relação ao destino do plantio, 84,8% relataram não alcançar níveis de produção suficientes para comercialização, dependendo quase integralmente da produção para autoconsumo (*tabela 2*).

É fundamental destacar que 87,9% das famílias não possuíam torres eólicas em suas propriedades (*tabela 2*) e, portanto, não recebem qualquer forma de compensação financeira, ainda que estejam submetidas diretamente aos impactos gerados pela proximidade dos aerogeradores, como ruído, vibração, modificações microclimáticas, restrições ao uso do território e ruptura de dinâmicas socioculturais. Esse padrão reflete uma lógica de apropriação desigual dos territórios, na qual os custos ambientais e sociais são coletivamente distribuídos, enquanto os benefícios econômicos são concentrados em poucos atores, geralmente externos à comunidade²⁰.

Tabela 2. Características domiciliares da comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Características	n (33)	%
Renda familiar		
Até 1 SM	16	48,5
De 1 a 2 SM	16	48,5
Maior que 2 SM	1	3,0
Agricultor(a)		
Sim	30	90,1
Não	3	9,9

Tabela 2. Características domiciliares da comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Características	n (33)	%
Destino do plantio		
Consumo próprio	28	84,8
Comercialização	5	15,2
Tempo de moradia na comunidade		
< 10 anos	8	24,2
11-20 anos	16	48,5
21-30 anos	3	9,1
> 30 anos	6	18,2
Possui torre na propriedade		
Sim	4	12,1
Não	29	87,9

Fonte: elaboração própria.

SM = Salário Mínimo.

Esses achados são consistentes com a literatura crítica sobre transição energética no Sul Global, a qual denuncia que, sob o discurso da sustentabilidade, frequentemente se reproduzem práticas neocoloniais de espoliação dos territórios e aprofundamento das desigualdades socioambientais²¹. A implantação de empreendimentos eólicos, longe de ser um processo neutro, redefine a ecologia política local, alterando práticas produtivas, saberes, relações comunitárias e formas de pertencimento.

Observou-se que as distâncias entre as torres eólicas e as residências da comunidade variaram de 140 a 900 metros, com média de 411 metros. Esse dado é particularmente relevante, uma vez que estudos internacionais, como o realizado no Canadá, identificaram uma correlação significativa entre a proximidade residencial de turbinas eólicas, o nível de incômodo percebido e a piora na qualidade de vida relacionada com a saúde²². Esses achados corroboram os relatos da comunidade estudada, indicando que a variável distância constitui um determinante crítico na magnitude dos impactos sobre o bem-estar das populações expostas.

A instalação de torres eólicas gerou diversos impactos socioambientais nas comunidades agrícolas, evidenciando mudanças nas práticas

produtivas locais. Observou-se que 63,6% das famílias relataram alterações em suas atividades agrícolas (*tabela 3*), mencionando redução na produção e indicando queda na renda familiar. Tais achados estão em consonância com um estudo realizado no semiárido nordestino, em 2021, que também observou uma diminuição nos índices pluviométricos da região, provavelmente exacerbada pelo desmatamento decorrente da implementação dos parques eólicos²³. Assim, os impactos sobre a produção agrícola não podem ser dissociados das múltiplas pressões ambientais, incluindo não apenas as mudanças climáticas, mas também os efeitos locais da expansão da infraestrutura energética.

Além disso, 60,6% das famílias relataram alterações comportamentais em seus animais (*tabela 3*). Os principais relatos foram: maior agitação ou medo nos animais e redução na procriação. Esses dados dialogam diretamente com os resultados apresentados por Nunes e colaboradores, que, por meio de Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) em comunidades rurais vizinhas, também registraram mudanças comportamentais e produtivas no gado, associadas à proximidade das turbinas eólicas e à emissão contínua de ruídos e vibrações²⁴.

Tabela 3. Mudanças na plantação, criação e qualidade da água na comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Características	n (33)	%
Percebe mudança na agricultura		
Sim	21	63,6
Não	12	36,4
Percebe mudança no comportamento animal		
Sim	20	60,6
Não	13	39,4
Percebe mudança na água		
Sim	18	54,5
Não	15	45,5

Fonte: elaboração própria.

As fragilidades no acesso e na qualidade da água emergem como um dos aspectos mais críticos da vulnerabilização socioambiental. No território, a maioria das famílias depende essencialmente da água da chuva e do fornecimento de água potável por carros-pipa para abastecimento. Tal cenário de insegurança hídrica é agravado pela instalação dos empreendimentos, cujos processos de construção e operação demandam volumes significativos de água, impactando diretamente a disponibilidade hídrica local²⁵.

No que tange à qualidade da água, 54,4% das famílias relataram alterações perceptíveis (*tabela 3*), sobretudo mudanças na cor, presença de resíduos sólidos (descritos como um ‘pó branco’) e, em menor quantidade, alterações no sabor e episódios de coceira após o uso da água para higiene pessoal. Essas percepções da comunidade encontram respaldo em estudos como o de Gomes e colaboradores, que demonstraram que a instalação de parques eólicos no litoral cearense promoveu a degradação dos aquíferos locais²⁶. Esse processo está ligado à intensa movimentação do solo, à impermeabilização de áreas e à introdução de contaminantes durante as fases de instalação e manutenção das turbinas, o que contribui para a contaminação da água subterrânea,

com impactos diretos na saúde pública e na segurança hídrica das populações afetadas.

Esse quadro corrobora a literatura crítica sobre os efeitos socioambientais de grandes empreendimentos energéticos, especialmente quando inseridos em territórios ocupados por populações tradicionais e agricultores familiares^{18,19}. Evidencia-se, assim, a materialização do racismo ambiental, entendido como a imposição desproporcional dos riscos e impactos ambientais sobre populações negras, camponesas e periféricas, que historicamente enfrentam processos de invisibilização, espoliação territorial e negação de direitos.

Aspectos relacionados à saúde

Os dados evidenciam impactos expressivos sobre a saúde da população residente no entorno do complexo eólico, com destaque para os distúrbios do sono e o adoecimento mental (*tabela 4*). Verificou-se que 57,6% das pessoas relataram dificuldades para dormir, sendo que 36,3% avaliaram a qualidade do sono como ruim ou péssima. Ademais, 39,4% das famílias referiram uso regular de medicamentos para indução do sono, configurando um quadro de privação crônica de descanso reparador.

Tabela 4. Características de saúde dos camponeses da comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Variável	n (105)	%
Dificuldade para dormir		
Sim	60	57,1
Não	45	42,9
Avaliação da qualidade do sono		
Ótimo	5	4,8
Bom	21	20,0
Regular	41	39,0
Ruim	17	16,2
Péssimo	21	20,0
Uso de medicação para dormir		
Sim	41	39,0
Não	64	61,0
Algum sintoma de doença mental		
Sim	66	62,9
Não	39	37,1
Morador com doença crônica não transmissível		
Sim	67	63,8
Não	38	36,2
Uso de medicação contínua		
Sim	73	69,5
Não	32	30,5
Percebe perda da acuidade auditiva		
Sim	57	54,3
Não	48	45,7
Prática de atividade física		
Sim	67	63,8
Não	38	36,2

Fonte: elaboração própria.

Um estudo realizado em Maine, Estados Unidos da América, constatou que indivíduos que residiam a até 1,4 km das torres eólicas apresentaram pior qualidade de sono em comparação com aqueles que viviam a distâncias maiores, entre 3,3 e 6,6 km. Esse achado reforça a ideia de que a proximidade das torres é um fator determinante nos impactos sobre a qualidade de vida das populações locais²⁷. Outros estudos também têm evidenciado os efeitos negativos do ruído gerado pelas eólicas, incluindo irritação, distúrbios no sono e prejuízos à saúde geral²⁸⁻³⁰.

Um dos achados mais preocupantes desta pesquisa foi a quantidade de pessoas com sintomas relacionados ao adoecimento mental. Verificou-se que 63,6% das famílias relataram a presença de ao menos um membro com sinais de sofrimento psíquico, sendo os sinais e sintomas mais frequentes: estresse (71%), irritabilidade (52%), tristeza (33%), ansiedade (29%) e cansaço (29%). Esses dados apontam para uma realidade alarmante e indicam que os impactos das usinas eólicas extrapolam as dimensões econômicas e ambientais,

atingindo diretamente a saúde mental das populações do entorno.

Estudo realizado também no município de Caetés já havia registrado um aumento dos casos de adoecimento mental, com maiores índices entre as mulheres, mostrando que é uma das principais questões a serem abordadas nessa problemática^{31,32}. É importante frisar que se trata de uma comunidade rural, na qual se espera que esse adoecimento seja menor que na população brasileira geral. De acordo com a revisão sistemática realizada por Santos e Siqueira, entre 1997 e 2009, a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população brasileira variou de 20% a 56%. Os dados indicaram que esses transtornos afetam principalmente mulheres e trabalhadores³³. Já um estudo transversal, realizado por Silva e colaboradores, com 162 residentes de assentamento localizado na região Centro-Oeste, identificou uma prevalência de TMC de 24,1%³⁴.

Os elevados índices de sintomas relacionados com o adoecimento mental observados na comunidade de Caetés parecem estar interligados a outras condições de saúde igualmente preocupantes. No que se refere às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 63,6% das famílias entrevistadas relataram ter pelo menos um membro com essa condição, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais frequente, presente em 52% dos casos. Observa-se, assim, uma sobreposição entre os aspectos físicos e psicológicos no contexto estudado, uma vez que as DCNT apresentam estreita relação com os sinais e sintomas previamente mencionados de sofrimento mental.

Fatores como a privação de sono e o estresse crônico, relatados pelos camponeses da região, podem atuar como agravantes tanto para o desenvolvimento de transtornos mentais quanto para o surgimento de novas DCNT e/ou descontrole de condições crônicas já existentes. A convivência contínua e prolongada com os ruídos de baixa frequência, infrassons, vibrações mecânicas e a presença visual dos aerogeradores (a noite com a forte presença das luzes piscando em seu topo) têm sido

associados a distúrbios do sono em populações vizinhas aos empreendimentos^{34,35}.

Estudos mostram que a privação do sono por um tempo prolongado pode levar ao desenvolvimento de problemas de saúde, como HAS, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidade e problemas relacionados com a saúde mental, como ansiedade e depressão^{36,37}. Quando essa privação de sono acontece por fatores que as pessoas não conseguem controlar – o que ocorre, nesse caso, devido à presença dos aerogeradores –, a sensação de impotência tende a aumentar a resposta ao estresse, levando, consequentemente, aos impactos na saúde mental e física das pessoas que vivem nessa situação³⁸.

Adicionalmente, a privação de sono imposta por fatores ambientais sobre os quais os indivíduos não têm controle, como o ruído gerado pelos aerogeradores, intensifica a sensação de impotência, agravando ainda mais a resposta ao estresse e contribuindo para o ciclo de adoecimento físico e mental³⁷. Nesse contexto, estudos apontam que a interrupção dos ciclos de sono profundo e REM (Rapid Eye Movement), fundamentais para os processos de restauração neural, endócrina e imunológica, conduz a estados persistentes de fadiga, irritabilidade e redução da capacidade adaptativa, favorecendo o desenvolvimento de enfermidades crônicas³⁹.

Corroborando esse quadro, 69,7% das famílias relataram uso contínuo de medicamentos, especialmente para controle de hipertensão, diabetes, insônia e distúrbios emocionais. Muitos moradores associaram o início ou agravamento desses quadros à instalação das torres eólicas, evidenciando que os impactos transcendem as esferas ambiental e econômica, repercutindo diretamente na saúde e na qualidade de vida da população local.

Não obstante, observa-se também a adoção de estratégias comunitárias de enfrentamento e autocuidado. Cerca de 63% das famílias afirmaram praticar atividades físicas regularmente, sendo que 36,4% realizam essas atividades diariamente. Quanto ao lazer, os moradores

têm reportado engajamento em atividades recreativas, destacando-se assistir à televisão, participação em jogos de futebol, com forte presença de times amadores femininos e masculinos, e envolvimento em atividades religiosas. Tais práticas configuram importantes recursos de resiliência psicossocial, contribuindo para a mitigação dos impactos sobre a saúde mental, conforme também relatado em estudos prévios^{40,41}.

Um dado adicional de extrema relevância refere-se aos relatos de perda de acuidade auditiva: 54,5% das famílias mencionaram percepção de diminuição da capacidade auditiva após a instalação das torres eólicas. Esse achado, embora ainda careça de confirmação por meio de exames audiométricos específicos, sugere uma possível associação com a exposição prolongada ao ruído de baixa frequência, sendo, portanto, tema prioritário para investigações futuras.

A análise das características sociodemográficas e de saúde segundo a presença de

dificuldade para dormir (*tabela 5*) revelou associações estatisticamente significativas. Observou-se maior proporção de relatos de dificuldade para dormir entre indivíduos em faixas etárias mais avançadas (valor- $p = 0,02$), especialmente entre aqueles com 71-80 e 81-90 anos. Contudo, a distribuição da dificuldade para dormir não apresentou um padrão linear entre as faixas etárias, uma vez que proporções semelhantes foram observadas entre adultos jovens e que, na faixa de 41-50 anos, predominou a ausência do problema. Tal achado sugere que a ocorrência de distúrbios do sono não se explica exclusivamente pela idade cronológica, mas também por condições contextuais, modos de vida e estratégias de adaptação, reforçando a necessidade de análises que considerem os determinantes sociais e ambientais da saúde no entendimento dos impactos dos empreendimentos eólicos sobre o bem-estar da população.

Tabela 5. Cruzamento entre as variáveis referentes às características sociodemográficas e de saúde dos camponeses e se eles tinham dificuldade para dormir, comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Variável	Dificuldade para dormir				Valor-p
	Não		Sim		
	n (45)	%	n (60)	%	
Faixa etária					0,02
0-10	12	26,7	1	1,7	
11-20	5	11,1	9	15,0	
21-30	7	15,6	10	16,7	
31-40	4	8,9	7	11,7	
41-50	7	15,6	8	13,3	
51-60	6	13,3	11	18,3	
61-70	2	4,4	4	6,7	
71-80	1	2,2	6	10,0	
81-90	1	2,2	4	6,7	
Sexo					0,84
Masculino	27	60,0	34	56,7	
Feminino	18	40,0	26	43,3	
Raça/cor					0,97
Branca	13	28,9	15	25,0	
Preta	4	8,9	5	8,3	

Tabela 5. Cruzamento entre as variáveis referentes às características sociodemográficas e de saúde dos camponeses e se eles tinham dificuldade para dormir, comunidade de Sobradinho, Caetés, Pernambuco, 2023

Variável	Dificuldade para dormir				Valor-p
	Não		Sim		
	n (45)	%	n (60)	%	
Parda	28	62,2	39	65,0	
Amarela	0	0,0	1	1,7	
Escolaridade					0,48
Não alfabetizado	6	15,8	13	21,7	
Ensino fundamental incompleto	25	65,8	36	60,0	
Ensino fundamental completo/médio incompleto	5	13,2	4	6,7	
Ensino médio completo ou mais	2	5,3	7	11,7	
Avaliação da qualidade do sono					0,00
Péssimo	0	0,0	21	35,0	
Ruim	8	17,8	9	15,0	
Regular	19	42,2	22	36,7	
Bom	13	28,9	8	13,3	
Ótimo	5	11,1	0	0,0	
Uso de medicação para dormir					0,07
Não	32	71,1	32	53,3	
Sim	13	28,9	28	46,7	
Algum sintoma de doença mental					0,11
Não	22	48,9	19	31,7	
Sim	23	51,1	41	68,3	
Morador com DCNT					0,01
Não	23	51,1	15	25,0	
Sim	22	48,9	45	75,0	
Percebe perda de acuidade auditiva					0,17
Não	24	53,3	23	38,3	
Sim	21	46,7	37	61,7	
Prática de atividade física					0,31
Não	19	42,2	19	31,7	
Sim	26	57,8	41	68,3	

Fonte: elaboração própria.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a dificuldade para dormir e a avaliação da qualidade do sono (valor- $p < 0,001$), evidenciando coerência interna entre o desfecho investigado e a percepção subjetiva dos indivíduos. Entre aqueles que relataram dificuldade para dormir, predominam avaliações negativas da qualidade do sono, especialmente

nas categorias ‘péssimo’ e ‘regular’, enquanto, entre os que não referiram essa dificuldade, prevaleceram as avaliações ‘bom’ e ‘ótimo’. Esse achado reforça a consistência do autorrelato como indicador válido de comprometimento do sono e sugere que a privação ou fragmentação do descanso noturno constitui uma experiência recorrente e reconhecida

pelos próprios sujeitos. No contexto investigado, tal padrão pode estar relacionado com a exposição contínua a fatores ambientais estressores, como ruídos e vibrações associados aos empreendimentos eólicos, que interferem nos ciclos do sono e repercutem negativamente na qualidade de vida.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre a dificuldade para dormir e a presença de morador com DCNT no domicílio (valor- $p = 0,01$), indicando maior ocorrência do problema em contextos familiares marcados pelo adoecimento crônico. Entre os indivíduos que conviviam com DCNT no domicílio, observou-se elevada proporção de relatos de dificuldade para dormir, enquanto, entre aqueles sem essa condição, predominou a ausência do agravo. Esse achado sugere que o cuidado cotidiano, as preocupações recorrentes e as demandas emocionais associadas ao manejo de doenças crônicas no âmbito familiar podem atuar como fatores adicionais de estresse, contribuindo para a fragmentação do sono e para o desgaste físico e psíquico. No território estudado, tal relação reforça a compreensão de que os distúrbios do sono não se restringem a fatores individuais, mas são influenciados por dinâmicas familiares e sociais que intensificam processos de vulnerabilização em contextos já expostos a impactos socioambientais.

Considerações finais

Os resultados deste estudo indicam que a implantação e a operacionalização de empreendimentos eólicos no território investigado têm gerado processos de vulnerabilização socioambiental, com repercussões relevantes sobre a saúde física, mental e social da população local. Destacam-se os distúrbios do sono, o sofrimento psíquico, o uso contínuo de medicamentos e a elevada ocorrência de DCNT, associados à exposição prolongada a ruídos, infrassons, vibrações mecânicas e impactos visuais dos aerogeradores.

Os achados do estudo indicam que a dificuldade para dormir se associa a marcadores de vulnerabilidade sociodemográfica e de saúde, destacando-se a maior ocorrência entre indivíduos em faixas etárias mais avançadas, a percepção negativa da qualidade do sono e a presença de DCNT no domicílio, o que evidencia a influência do curso de vida e do contexto familiar de adoecimento sobre os agravos relacionados ao sono. Embora práticas como atividade física e participação em atividades culturais, religiosas e de lazer tenham sido identificadas como estratégias de enfrentamento mobilizadas pela comunidade, tais dimensões não apresentaram associação estatisticamente significativa com a dificuldade para dormir, devendo ser compreendidas como recursos sociais e simbólicos de proteção, e não como determinantes diretos do desfecho analisado.

Esses achados reforçam que a transição energética, quando conduzida sem a devida consideração das especificidades territoriais e sociais, pode reproduzir desigualdades históricas e aprofundar iniquidades em saúde, especialmente em comunidades rurais e populações socialmente vulnerabilizadas. Do ponto de vista da saúde coletiva, o estudo evidencia a necessidade de incorporar a avaliação dos impactos à saúde nos processos de licenciamento ambiental, superando abordagens restritas ao componente ambiental e incorporando análises socioambientais integradas.

O tamanho reduzido da amostra constitui uma limitação do estudo, pois restringe seu poder analítico e a possibilidade de generalizações para outros contextos, cujos achados devem ser compreendidos de forma contextualizada ao território investigado.

Outra limitação refere-se à seleção dos participantes, condicionada à presença dos moradores no domicílio no momento da coleta, o que pode introduzir viés de seleção, uma vez que residências fechadas durante as visitas não puderam ser incluídas no estudo. Essa condição pode resultar em falha de representação de determinados perfis populacionais, como

pessoas que permanecem fora do domicílio por longos períodos em razão do trabalho, comprometendo a heterogeneidade da amostra. A isso, soma-se a ausência de instrumentos clínicos padronizados para a avaliação da saúde mental, visto que os dados se baseiam em autorrelato, o que pode gerar viés de informação.

Tais limitações não invalidam o estudo, mas indicam a necessidade de pesquisas futuras com amostras ampliadas, uso de instrumentos validados e avaliações clínicas objetivas, de modo a aprofundar a compreensão dos impactos dos empreendimentos eólicos sobre a saúde das populações do entorno, especialmente no que se refere aos efeitos dos ruídos de baixa frequência e das transformações socioambientais decorrentes dos parques eólicos, especialmente em territórios rurais.

Recomenda-se, ainda o aprofundamento das análises sobre os impactos na saúde auditiva, mental e cardiovascular, bem como sobre os efeitos de longo prazo na qualidade de vida dessas populações.

O desenvolvimento de matrizes energéticas sustentáveis precisa, portanto, estar alinhado

não apenas aos princípios da preservação ambiental, mas também aos direitos humanos, à justiça social e à promoção da saúde coletiva, garantindo que a expansão das energias renováveis ocorra de forma socialmente justa e sanitariamente responsável.

Contribuições de autoria

Gomes WS (0000-0002-9093-8275)*, Leite RMB (0000-0001-8235-5021)*, Silva NHD (0000-0002-2754-568X)* e Costa AM (0000-0001-6043-129X)* contribuíram para concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, escrita, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Siqueira GA (0000-0002-7295-4095)* contribuiu para concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e aprovação da versão final do manuscrito. Souza EMM (0000-0001-6094-399X)* e Batista CP (0009-0000-7372-4091)* contribuíram para coleta dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Associação Brasileira de Energia Eólica. Boletim Anual 2023 [Internet]. São Paulo: ABEEólica; 2023 [acesso em 2025 jul 24]. Disponível em: <https://abeeolica.org.br/publicacoes/boletins-anuais/>
2. Sampaio KRA, Batista V. O atual cenário da produção de energia eólica no Brasil: uma revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e57710112107. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.XX>
3. Porto MF. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Rev Crít Cienc Sociais*. 2011;(93):31-58. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>
4. Torres JF, Petrakopoulou F. A closer look at the environmental impact of solar and wind energy. *Glob Challenges*. 2022;6(8):2200016. DOI: <https://doi.org/10.1002/gch2.202200016>
5. Kurpas D, Mroczek B, Karakiewicz B, et al. Health impact of wind farms. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2013 [acesso em 2025 jul 24];20(3):595-605. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24069872>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Pinto LIC, Martins FR, Pereira EB. O mercado brasileiro da energia eólica, impactos sociais e ambientais. *Rev Ambient Água*. 2017;12(6):1082-100. DOI: <https://doi.org/10.4136/ambi-agua.2064>.
7. Mroczek B, Kurpas D, Klera M. Sustainable development and wind farms. *Probl Sustain Dev [Internet]*. 2013 [acesso em 2025 jul 24];8(2):113-22. Disponível em: <https://www.econbiz.de/Record/sustainable-development-and-wind-farms-mroczek-bo%C5%BCCena/10014155393>
8. Santos AAM, Morais LA, Carvalho EF, et al. Socioeconomic and environmental impacts of wind parks in a municipality of the Médio Sertão Territory of Paraíba. *Res Soc Dev*. 2022;11(2):e7311225561. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25561>
9. Almeida JNF. Análise geográfica do risco de exposição a infrassons e ruído de baixa frequência, com origem em turbinas eólicas [tese na Internet]. Coimbra: Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra; 2019 [acesso em 2025 jul 24]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/87572>
10. Harding G, Harding P, Wilkins A. Wind turbines, flicker, and photosensitive epilepsy: Characterizing the flashing that may precipitate seizures and optimizing guidelines to prevent them. *Epilepsia*. 2008;49(7):1095-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01563.x>
11. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; © 2026. Parques eólicos do Agreste Pernambucano forçam comunidades a abandonarem suas casas por problemas de saúde e impedem seu modo de vida e sua subsistência; [data desconhecida] [acesso em 2025 jul 24]. Disponível em: <https://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/conflito/parques-eolicos-do-agreste-pernambucano-forcam-comunidades-a-abandonarem-suas-casas-por-problemas-de-saude-e-impedem-seu-modo-de-vida-e-sua-subsistencia/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; © 2023. Cidades: Caetés; 2023 [acesso em 2025 jul 24]; Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caetes/panorama>
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.
15. Arroyo MG, Caldart RS, Molina MC. Educação do campo como projeto político. In: Arroyo MG, Caldart RS, Molina MC, organizadores. *Por uma educação do campo: contribuições para uma educação e um projeto político do campo*. Brasília, DF: Articulação Nacional “Por Uma Educação do Campo”; 2004. p. 22-58.
16. Mendes JS, Gorayeb A, Brannstrom C. Diagnóstico participativo e cartografia social aplicados aos estudos de impactos das usinas eólicas no litoral do Ceará: o caso da Praia de Xavier, Camocim. *Geosaberes Rev Estud Geoeducacionais [Internet]*. 2015 [acesso em 2025 jul 24];6(3):243-5. Disponível em: <https://www.redalyc.org/revista.oa?id=5528&numero=56412>
17. Herculano S. Racismo ambiental: uma introdução ao tema. In: Acselrad H, organizador. *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2008. p. 83-92.
18. Acselrad H. Ambientalização das lutas sociais: o caso do movimento por justiça ambiental. *Estud Av*. 2010;24(68):103-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142010000100010>
19. Silva TAA. Energia Limpa para Quem? Impactos da Produção de Energia Eólica sobre Pequenos Agricultores do Agreste Pernambucano. *Mediações*. 2023;28(3):e47247. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2023v28n3e47247>

20. Svampa M. Neoextrativismo, dependência e desenvolvimento: uma radiografia da América Latina no início do século XXI. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
21. Barry R, Sulsky SI, Kreiger N. Using residential proximity to wind turbines as an alternative exposure measure to investigate the association between wind turbines and human health. *J Acoust Soc Am*. 2018;143(6):3278-82. DOI: <https://doi.org/10.1121/1.5039840>
22. Bezerra AS, Anjos MMS, Farias ARB, et al. Mudanças climáticas locais após instalação de parques eólicos no Semiárido brasileiro. *Divers J*. 2021;6(3):3097-3114. DOI: https://doi.org/10.48017/Diversitas_Journal-v6i3-1790
23. Nunes AT, Silva TC, Farias ARB, et al. Diagnóstico rápido participativo sobre os impactos da usina eólica nas comunidades rurais de Caetés-PE. *Divers J* [Internet]. 2021 [acesso em 2026 mar 30];6(2):2072-83. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/1793
24. Pereira FMS, Cunico C. Identificação e avaliação das condições de abastecimento de água e esgotamento sanitário nos diferentes graus de vulnerabilidade socioambiental do município de João Pessoa, PB. *Rev Geociênc Nordeste*. 2020;6(1):42-8. DOI: <https://doi.org/10.21680/2447-3359.2020v6n1ID19066>
25. Gomes MCR, Gorayeb A, Souza DB, et al. Analysis of the levels of alteration of aquifers caused by the installation of wind farms on dunes on the coast of Ceará, Brazil. *Rev Ambient Água*. 2019;14(6):e2430. DOI: <https://doi.org/10.4136/ambi-agua.2430>
26. Nissenbaum MA, Aramini JJ, Hanning CD. Effects of industrial wind turbine noise on sleep and health. *Noise Health*. 2012;14(60):237-43. DOI: <https://doi.org/10.4103/1463-1741.102961>
27. Abbasi M, Monazzam MR, Akbarzadeh A, et al. Impact of wind turbine sound on general health, sleep disturbance and annoyance of workers: A pilot-study in Manjil wind farm, Iran. *J Environ Health Sci Eng*. 2015;13(1):71. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40201-015-225-8>
28. Knopper LD, Ollson CA, McCallum LC, et al. Wind turbines and human health. *Front Public Health*. 2014;2:63. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00063>
29. Song K, Di G, Xu Y, et al. Community survey on noise impacts induced by 2MW wind turbines in China. *J Low Freq Noise Vib Act Control*. 2016;35(4):279-90. DOI: <https://doi.org/10.1177/0263092316676399>
30. Farias ARB, Filho MALC, Bezerra AS, et al. Saúde mental e implantação de parques eólicos: um estudo de caso no Semiárido brasileiro. *Rev Saúde Meio Ambient – RESMA* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 jul 24];12(1):154-66. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/12239>
31. Cazeiro F, Gomes WS, Costa AM, et al. Necropolítica dos ventos: determinação social da saúde mental diante da exposição de empreendimentos eólicos em comunidades camponesas de Pernambuco. *Sustain Debate*. 2025;16(2):206-220. DOI: <https://doi.org/10.18472/SustDeb.v16n2.2025.57804>
32. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):238-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
33. Silva AC, Vargas LS, Moraes RCC, et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2019;15(1):23-31. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000379>
34. Pedersen E, Persson Wayne K. Perception and annoyance due to wind turbine noise—a dose–response relationship. *J Acoust Soc Am*. 2004;116(6):3460-70. DOI: <https://doi.org/10.1121/1.1815091>
35. Lessa RT, Fonseca LAN, Silva VL, et al. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;56:e3846. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3846.2020>

36. Mesquita MLB, Souza AP, Yeo SC, et al. Consequências da privação de sono para a saúde mental. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(10):e15957. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e15957.2024>
37. Bolin K, Bluhm G, Eriksson G, et al. Infrasound and low frequency noise from wind turbines: exposure and health effects. *Environ Res Lett*. 2011;6(3):035103. DOI: <https://doi.org/10.1088/1748-9326/6/3/035103>
38. Cipriano SEM, Sousa HL. Privação do sono e a suscetibilidade a infecções. *Revista FT*. 2024;29(141). DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/fa10202413122034>
39. Mussi R, Rocha S, Alves T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. *Psicol Saude Doen*. 2019;20(3):698-710. DOI: <https://doi.org/10.15309/19psd200312>
40. Santos AR, Reis DMD, Vasconcelos MIO, et al. Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(6):1831-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022>

Recebido em 24/07/2025

Aprovado em 14/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: 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

Avanços e reveses nos atendimentos com práticas integrativas: estudo ecológico na região Norte do Brasil

Advances and setbacks in care with integrative practices: An ecological study in the Northern region of Brazil

Rafaella Georgia Lima Damasceno¹, Pedro Henrique Macedo Leitão¹, Kleyton Góes Passos¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910963P

RESUMO Este estudo ecológico analisou os atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) na Atenção Primária à Saúde na região Norte do Brasil, entre 2019 e 2024. Os dados foram obtidos dos sistemas Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e DataSUS, sendo calculadas as taxas de atendimentos padronizadas por 10.000 habitantes. Foram analisadas as tendências temporais por meio de regressão segmentada (Joinpoint), estimando-se as variações percentuais anuais (APC e AAPC). No período, foram registrados 101.255 atendimentos com Pics. Os estados com maiores taxas médias foram Amazonas, Tocantins e Acre. Identificaram-se variações significativas nas tendências, com crescimento expressivo em alguns estados, queda em outros e estabilidade em parte da série. A acupuntura e seus desdobramentos (inclusive auriculoterapia) foram as práticas mais prevalentes. Os achados evidenciam desigualdades territoriais, fragilidade nos registros e baixa institucionalização das Pics em alguns contextos. Em uma região marcada pela diversidade sociocultural e pela presença de saberes tradicionais, as Pics desempenham papel relevante como estratégia de cuidado, especialmente em áreas com menor acesso a serviços convencionais. Conclui-se que é necessário ampliar os investimentos, qualificar os registros e fortalecer a integração das práticas integrativas às políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Sistema Único de Saúde. Sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT This ecological study analyzed the use of Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) in Primary Health Care in the Northern region of Brazil between 2019 and 2024. Data were obtained from the Primary Care Health Information System (SISAB) and DATASUS systems, and standardized attendance rates per 10,000 inhabitants were calculated. Temporal trends were assessed using segmented regression (Joinpoint), with the estimation of Annual Percent Change (APC) and Average Annual Percent Change (AAPC). During the study period, 101,255 ICHP-related consultations were recorded. The states with the highest average rates were Amazonas, Tocantins, and Acre. Significant variations in trends were observed, including notable increases in some states, declines in others, and stability in part of the series. Acupuncture and its related techniques (including auriculotherapy) were the most prevalent practices. The findings highlight territorial inequalities, weaknesses in data recording, and the low institutionalization of ICHP in certain settings. In a region characterized by sociocultural diversity and the presence of traditional knowledge, these practices play an important role as a care strategy, especially in areas with limited access to conventional health services. It is concluded that greater investment is needed, as well as improvements in data quality and the strengthening of ICHP integration into public health policies.

KEYWORDS Complementary therapies. Unified Health System. Health information systems.

¹Universidade Federal do Acre (Ufac) – Rio Branco (AC), Brasil.
kleyton.passos@ufac.br

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) foram incorporadas oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde como estratégias voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, com base em saberes tradicionais ou não. Essas práticas se propõem a complementar o modelo biomédico, considerando o indivíduo em sua integralidade, por meio de abordagens humanizadas e de baixo custo. Atualmente, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) conta com 29 práticas regulamentadas^{1,2}.

As práticas incluídas na política nacional são: Acupuntura, Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Crenoterapia e *Yoga*³⁻⁵.

No cenário internacional, destaca-se que, já em 1976, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional com departamento específico, reconhecendo o potencial dessas práticas para ampliar o acesso e reduzir custos com saúde⁶.

Embora muitas dessas práticas sejam milenares, no Brasil, o interesse pelas abordagens denominadas à época como ‘alternativas’ ganhou visibilidade no início da década de 1980, sobretudo entre setores da classe média urbana. O termo ‘alternativas’ caiu em desuso por sugerir substituição dos tratamentos convencionais, o que não condiz com a proposta integrativa. Em 1985, uma experiência pioneira envolvendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB) resultou na

inclusão das Pics na pauta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986⁶.

Esse processo de articulação culminou na institucionalização das Pics no Brasil, formalizada apenas em 2006, com a publicação da PNPIC. Desde então, observa-se uma ampliação progressiva da oferta dessas práticas no território nacional. Estudos recentes apontam variações regionais significativas, com destaque para a região Norte, onde se identificam iniciativas locais de fortalecimento das Pics, mesmo durante a pandemia de covid-19⁷.

Apesar da expansão da oferta, a implementação das Pics tem sido marcada pela autonomia dos entes federativos, o que resulta em desigualdades territoriais. A literatura aponta que muitos gestores municipais ainda desconhecem a política ou não a reconhecem como componente estratégico na linha de cuidado. Em uma pesquisa com 42 gestores, 28,5% afirmaram conhecer a PNPIC, 31,7% a conheciam pouco e 41% desconheciam sua existência ou relação com o cuidado em saúde⁸⁻¹⁰.

Além disso, observa-se que a consolidação das práticas integrativas ocorre em meio a desafios estruturais persistentes no SUS, como o subfinanciamento, a escassez de profissionais capacitados e as dificuldades de acesso a serviços em regiões remotas. Esses entraves comprometem a ampliação equitativa das práticas e dificultam sua institucionalização plena no território nacional¹¹.

Tais barreiras tornam-se ainda mais evidentes na região Norte do Brasil, marcada por ampla diversidade sociocultural, extensas áreas geográficas de difícil acesso e desigualdades históricas na distribuição dos serviços de saúde. Apesar dessas adversidades, essa região apresenta uma legitimidade sociocultural expressiva no uso de saberes tradicionais, o que favorece a aceitação das práticas integrativas por parte da população¹¹.

Diante desse panorama, este estudo tem como objetivo analisar a tendência dos atendimentos com Pics realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) nos estados da região Norte do Brasil, entre os anos de 2019 e 2024,

considerando a quantidade, o tipo, a distribuição e a variação temporal.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, observacional e quantitativo que analisou as taxas e os tipos de atendimentos com Pícs, na região Norte do Brasil, entre 2019 e 2024.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), plataforma pública do Ministério da Saúde. A extração foi realizada nos dias 28 de maio e 1 de junho de 2025, com os seguintes filtros: Saúde/Produção; Unidade Geográfica: Estado; Competência: de janeiro a dezembro dos anos de 2019 a 2024; Estados selecionados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins; Linha do relatório: Estado; Coluna do relatório: Práticas Integrativas Complementares; Procedimento: nenhum item selecionado; e Procedimento Pícs: todos selecionados.

Para o cálculo das taxas, as populações residentes de cada estado no período analisado foram obtidas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), utilizando como parâmetros: Linha: Ano; Coluna: Unidade da Federação; Conteúdo: População residente.

As taxas de atendimentos com Pícs foram padronizadas por 10.000 habitantes, com o objetivo de facilitar a comparação entre os estados e reduzir o impacto de populações muito pequenas ou muito grandes.

A proporção de atendimentos por tipo de prática foi calculada pela razão entre o número de atendimentos registrados para

cada modalidade de Pícs e o total de atendimentos com práticas no período, expressa em porcentagem.

A análise das tendências temporais foi realizada por meio de regressão segmentada (Joinpoint Regression Program, versão 5.4.0), que estima a Variação Percentual Anual (APC) e a Variação Percentual Anual Média (AAPC), com intervalos de confiança de 95%. O número máximo de pontos de inflexão (*Joinpoints*) foi definido como 1, conforme sugestão do próprio programa, dada a série de seis anos. As taxas anuais padronizadas foram utilizadas como variável dependente e os anos como variável independente.

A organização e tabulação dos dados foram realizadas no Microsoft Excel® 2016 e os gráficos de distribuição das práticas foram elaborados no software R (versão 4.4.3), com uso da interface RStudio.

Resultados

Entre 2019 e 2024, foram registrados 101.255 atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na região Norte do Brasil. A *tabela 1* apresenta as taxas proporcionais por 10.000 habitantes, com base na média populacional dos estados ao longo do período. O Amazonas apresentou a maior taxa média de atendimentos (122/10.000 hab.), seguido por Tocantins (67/10.000 hab.) e Acre (41/10.000 hab.), Pará e Roraima registraram 31 atendimentos a cada 10.000 habitantes, enquanto Amapá e Rondônia apresentaram as menores taxas (30/10.000 hab.).

Tabela 1. Número de atendimentos com Pics, população média e taxa bruta (por 10.000 hab.) por estado, 2019-2024

Estados	Número de atendimentos com Pics (2019-2024)	População média (2019-2024)	Taxa bruta por 10.000 habitantes
AC	3.544	869.950	40,73
AP	2.374	792.215	29,96
AM	51.135	4.179.348	122,35
PA	26.637	8.540.041	31,19
RO	5.126	1.731.011	29,61
RR	2.064	666.590	30,96
TO	10.375	1.555.610	66,69
Total	101.255	18.334.765	351,51

Fonte: elaboração própria.

Cabe destacar que os dados se referem ao número total de atendimentos realizados, não ao número de indivíduos atendidos, visto que um mesmo usuário pode ter sido submetido a múltiplos procedimentos no período analisado.

As tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, os valores da variação percentual

anual (Annual Percent Change – APC) e da variação percentual anual média (Average Annual Percent Change – AAPC), estimadas por meio da análise de regressão segmentada (*Joinpoint*). Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com p-valor < 0,005.

Tabela 2. Variação Percentual Anual (APC), intervalos de confiança e p-valores das taxas brutas de atendimentos com Pics, por estado, 2019-2024

Estados	Período	Variação Percentual Anual		p-valor
		(APC)	Intervalo de Confiança (IC)	
AC	2019-2022	- 40,8274*	- 75,5556; - 23,7541	< 0,000001
AC	2022-2024	348,9034*	171,0047; 683,1841	< 0,000001
AP	2019-2024	16,4166*	4,3557; 25,2853	0,001600
AM	2019-2021	89,6690*	19,8905; 219,5162	0,000400
AM	2021-2024	5,0995	- 34,3075; 40,3109	0,994201
PA	2019-2022	62,4816*	41,1974; 148,5089	< 0,000001
PA	2022-2024	- 36,9925*	- 57,3909; - 11,7403	0,005999
RO	2019-2021	356,7127*	261,6779; 591,3650	< 0,000001
RO	2021-2024	- 44,2742*	- 53,3122; - 36,4260	< 0,000001
RR	2019-2024	75,0075*	28,7533; 260,6333	0,000400
TO	2019-2022	120,7912*	96,8202; 219,7027	< 0,000001
TO	2022-2024	- 0,1372	- 15,8029; 25,0858	0,955809

Fonte: elaboração própria.

* Estatisticamente significativo.

Tabela 3. Variação Percentual Anual Média (AAPC), intervalos de confiança e p-valores das taxas brutas de atendimentos com Pics, por estado, 2019-2024

Estados	Período	Variação Percentual Anual Média (AAPC)	Intervalo de Confiança (IC)	p-valor
AC	2019-2024	33,0864*	17,9547; 48,5902	< 0,000001
AP	2022-2024	16,4166*	4,3557; 25,2853	0,001600
AM	2019-2024	33,0942	13,5816; 57,4047	0,994201
PA	2019-2024	11,2345	-1,8427; 28,8072	0,091982
RO	2019-2024	29,2680*	19,1684; 47,8902	0,000800
RR	2019-2024	75,0075*	28,7533; 260,6333	0,000400
TO	2019-2024	60,7498*	52,9012; 78,6195	< 0,000001

Fonte: elaboração própria.

* Estatisticamente significativo.

No Acre, observou-se uma redução anual de -40,8% entre 2019 e 2022, seguida por um aumento expressivo de +348,9% entre 2022 e 2024. No período completo, a tendência anual média foi de crescimento de +33,1%, com significância estatística.

No Amapá, não foram identificados pontos de inflexão na série temporal, indicando uma tendência linear ascendente. O crescimento anual médio (AAPC) foi de +16,4%, estatisticamente significativo ($p < 0,005$), mantendo-se estável ao longo do período analisado.

No Amazonas, foi identificado um ponto de inflexão. Entre 2019 e 2021, a taxa de atendimentos com Pics cresceu significativamente (APC: +89,7% ao ano; $p < 0,005$). De 2021 a 2024, o crescimento foi mais moderado (APC: +5,1% ao ano), sem significância estatística ($p > 0,005$), devido à inclusão de valores negativos no intervalo de confiança. No entanto, a tendência média para todo o período foi de +33,1% ao ano (AAPC), com significância estatística.

No Pará, a análise evidenciou um ponto de inflexão, dividindo a série temporal em dois segmentos. Entre 2019 e 2022, houve expansão significativa (APC: +62,5% ao ano; $p < 0,005$), seguida de retração entre 2022 e 2024 (APC: -24,0% ao ano; $p < 0,005$). A variação média anual (AAPC) foi de +11,2%, sem significância estatística, sugerindo estabilidade no período.

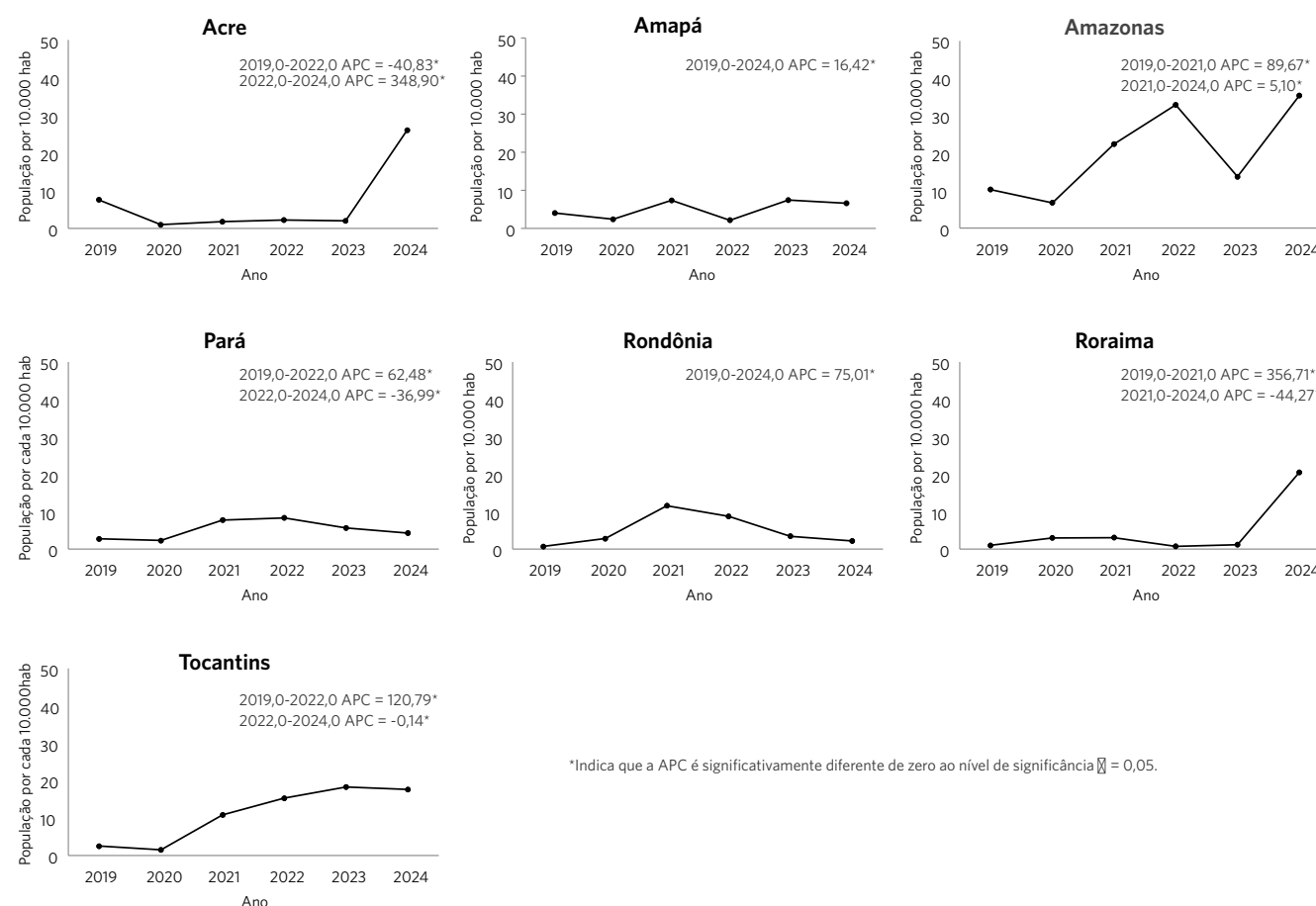
Em Rondônia, identificou-se também um ponto de inflexão. De 2019 a 2021, observou-se crescimento expressivo (APC: +356,7% ao ano; $p < 0,005$), seguido de queda significativa entre 2021 e 2024 (APC: -44,3% ao ano; $p < 0,005$). A tendência média anual foi de crescimento acumulado (AAPC: +29,3%), com significância estatística.

Em Roraima, a tendência foi linear ascendente, sem pontos de inflexão. A taxa de atendimentos com Pics aumentou significativamente ao longo do período (APC e AAPC: +75,0% ao ano; $p < 0,005$).

No Tocantins, foi identificado um ponto de inflexão entre 2022 e 2024. De 2019 a 2022, verificou-se aumento expressivo (APC: +120,8% ao ano; $p < 0,005$). Entre 2022 e 2024, houve leve declínio (APC: -0,1% ao ano), sem significância estatística ($p > 0,005$), caracterizando estabilidade. A tendência média anual (AAPC) foi de +60,8%, estatisticamente significativa.

A *figura 1* apresenta a evolução temporal das taxas de atendimentos nos estados da região Norte entre 2019 e 2024. Foram identificados pontos de inflexão no Acre (2022), Amazonas (2021), Pará (2022), Rondônia (2021) e Tocantins (2022), indicando mudança na tendência ao longo do tempo (destacadas na linha contínua e tracejada). Já Amapá e Roraima mantiveram tendências lineares constantes.

Figura 1. Evolução da tendência temporal das taxas de atendimentos com Pics por estado da região Norte, 2019-2024



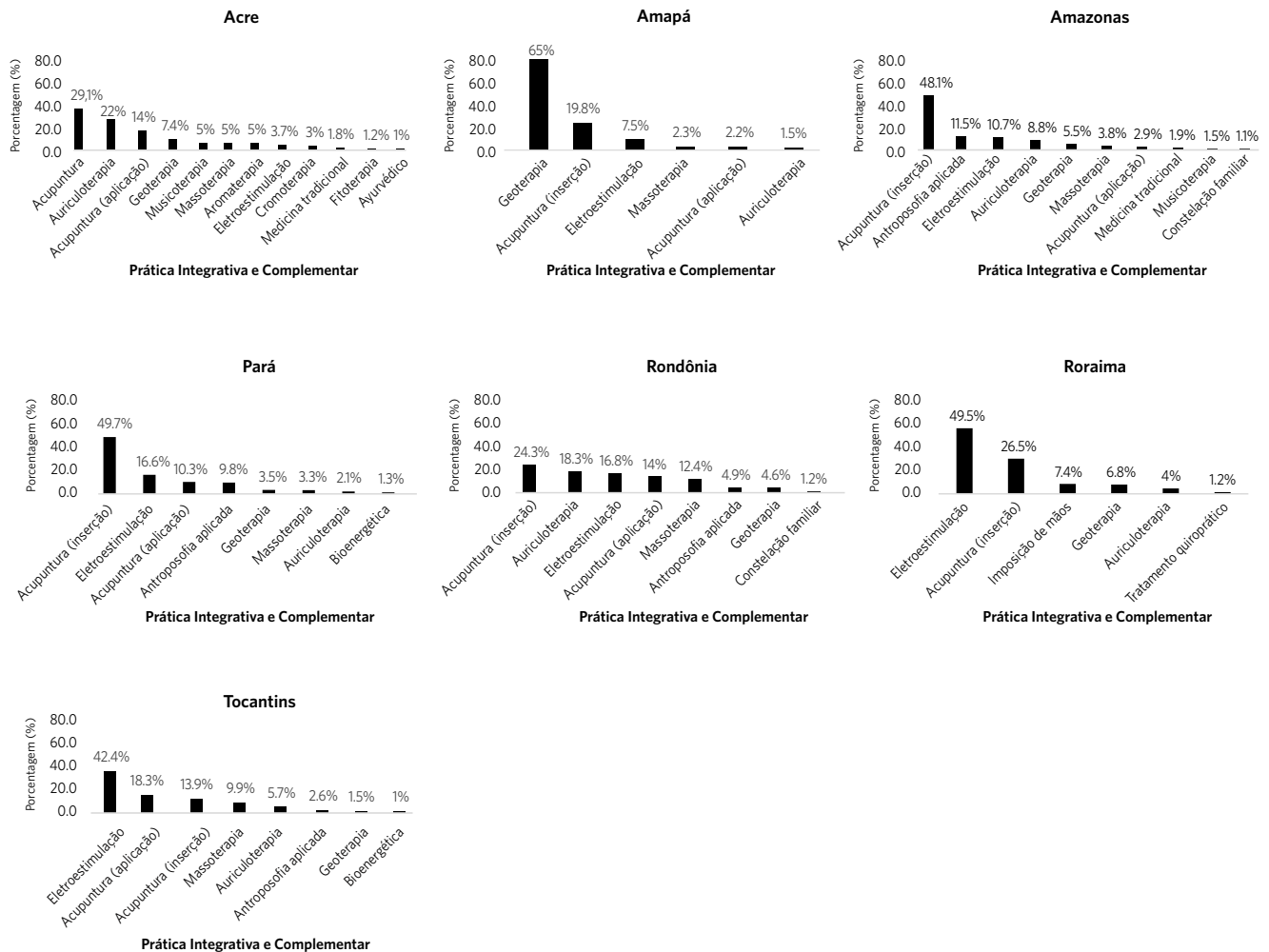
Fonte: elaboração própria.

Nos estados sem pontos de inflexão, observou-se maior dispersão em torno da reta de tendência ajustada, com intervalos de confiança mais amplos, o que aponta maior incerteza nas estimativas, mesmo quando estatisticamente significativas.

A *figura 2* apresenta, para cada estado, apenas as práticas integrativas que representaram $\geq 1\%$ do total de atendimentos no período. Essa seleção visou à clareza gráfica e à ênfase nas práticas mais expressivas, evitando

distorções decorrentes de registros pouco frequentes ou com classificação inconsistente. A acupuntura e seus subsistemas (auriculoterapia, eletroestimulação e técnicas com e sem inserção de agulhas) foram as práticas mais prevalentes em todos os estados. As proporções observadas foram: Acre (68,7%), Amapá (76,3%), Amazonas (70,5%), Pará (78,7%), Rondônia (73,4%), Roraima (80,9%) e Tocantins (80,3%).

Figura 2. Percentual dos atendimentos com Pics por estado da região Norte, 2019-2024



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Neste estudo, a limitação da série histórica ao período de 2019 a 2024 decorre da fragilidade nos registros anteriores. Durante a tabulação preliminar, foram identificados atendimentos com Pics no Sisab desde 2015. No entanto, constatou-se elevada inconsistência de dados para grande parte das práticas no período de 2015 a 2018. A presença de *missing data*, seja por falta de atendimentos realizados ou baixa alimentação do sistema, comprometeria a comparabilidade da série temporal, sendo adotado

o período de seis anos para a análise, em razão da maior completude e solidez dos dados.

No recorte estudado, os 101.255 atendimentos com Pics distribuíram-se de maneira desigual entre os estados da região, revelando disparidades quanto ao acesso, à institucionalização e à capacidade instalada nos serviços de saúde. Curiosamente, a análise revelou uma relação inversa entre o tamanho populacional e a taxa proporcional de atendimentos com práticas integrativas: estados menos populosos, como Acre e Tocantins, apresentaram as maiores taxas *per capita*.

O padrão detectado pode refletir o engajamento de profissionais locais, a inserção das Pics na prática assistencial e, especialmente, a presença de núcleos de ensino e pesquisa em universidades públicas, que atuam como indutores dessas práticas em determinados contextos¹². Por outro lado, a ausência de legislações específicas, combinada à fragilidade de mecanismos de regulação e monitoramento, ainda limita a expansão das Pics em parte dos municípios da região^{6,12}.

É importante destacar que a integração dessas práticas no SUS, portanto, não pode se limitar à inclusão de novos procedimentos, mas deve envolver mudanças mais profundas na lógica do cuidado, reconhecendo os atores envolvidos e a complexidade dos contextos institucionais nos quais essa política é aplicada^{6,13}. Ainda que a trajetória histórica da PNPIC tenha promovido avanços, como a incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares no sistema público, o modelo biomédico centrado no hospital e na alopatia ainda predomina, o que pode restringir a consolidação das Pics, sobretudo em territórios com menor institucionalização¹⁴.

Dentre os estados da região Norte, o estado do Amazonas representa um exemplo de avanço na institucionalização das práticas integrativas, com tendência crescente e sustentada ao longo de toda a série, inclusive durante a pandemia de covid-19. Parte desse crescimento pode ser atribuído à criação de dispositivos legais – como a Lei Municipal nº 2.597/2020 e a Resolução CIB/AM nº 066/2022 – que instituíram uma política municipal e um grupo condutor específico para as Pics, com vistas à estruturação de ações, planos e metas integrados ao escopo da PNPIC^{15,16}.

Somam-se a isso as iniciativas de formação promovidas pela Universidade do Estado do Amazonas, com a inclusão de disciplinas optativas em cursos da área da saúde. Essa medida proporcionou qualificação técnica a estudantes de medicina, enfermagem e odontologia, ampliando a base de profissionais capacitados a ofertar práticas integrativas no âmbito do SUS¹⁷.

Situação semelhante ocorre no Tocantins, que também apresentou tendência ascendente, com crescimento expressivo até 2022. O estado conta com oferta regular de Pics no ambulatório de especialidades do Hospital Geral de Palmas (HGP). Mensalmente, são realizados cerca de 80 atendimentos, que incluem acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia e naturologia, o que demonstra um esforço institucional no fortalecimento dessas abordagens¹⁸.

O Acre, por sua vez, vivenciou retração entre 2019 e 2022, seguida de um crescimento expressivo nos dois anos seguintes. O avanço coincidiu com a promulgação da Lei nº 2.506/2023, que instituiu o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS). O programa abrange 29 práticas reconhecidas, com ações intersectoriais realizadas em ambulatórios, centro de atenção psicossocial e centros socioeducativos, especialmente com auriculoterapia, ventosaterapia e aromaterapia¹⁹.

No Pará, os dados revelaram crescimento expressivo até 2022, seguido de retração. A atuação das Pics na APS no estado do Pará está relacionada ao fortalecimento das consultas individualizadas dos profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), reuniões em grupos terapêuticos, atendimentos domiciliares e educação permanente, que demonstraram ser as ações mais realizadas na localidade²⁰. A queda observada pode estar relacionada a alterações na gestão local, desmobilização de profissionais, no tocante a ausência de uma referência técnica institucionalizada, ou à descontinuidade de programas.

A APS, prevista como ponto prioritário de implementação das Pics segundo a PNPIC, desempenha papel essencial na incorporação dessas práticas na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, o acesso desigual e a cobertura fragmentada da APS nos estados nortistas impactam diretamente na oferta das Pics²¹.

Observou-se que em estados como Acre, Amazonas, Amapá e Roraima, as equipes

da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão majoritariamente concentradas nas sedes municipais e nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Em contrapartida, nos estados com maior presença de malha viária, como Pará, Rondônia e Tocantins, há maior distribuição de equipes ao longo das estradas e nas cidades menores²¹⁻²³.

Essas diferenças evidenciam a vulnerabilidade de territórios mais isolados, como as áreas ribeirinhas e rurais da Amazônia, que enfrentam dificuldades na integração efetiva da APS e, consequentemente, das Pics. A literatura destaca que tais práticas fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários, promovem maior coesão entre os membros das equipes de saúde e possibilitam um cuidado mais sensível às especificidades das comunidades. Além disso, favorecem decisões clínicas mais alinhadas às necessidades individuais e fortalecem a relação com a população local. Assim, as condições impostas pela natureza e pela organização social da vida amazônica devem ser consideradas no processo de compreensão e formulação das estratégias de cuidado em saúde²¹⁻²⁴.

Apesar das tendências positivas observadas em alguns estados, o Norte segue como a região com menor número absoluto de estabelecimentos com serviços de Pics e com os menores valores de gasto público *per capita* com ações em saúde, quando comparado às demais regiões brasileiras²⁵.

Além disso, apesar da existência de uma política nacional, muitas das experiências com Pics surgem a partir da mobilização de profissionais de saúde e da própria comunidade, sem apoio estruturado da gestão²⁶. A diversidade natural, social e cultural presente na região Norte favorece o uso de práticas tradicionais realizadas fora da rede formal do SUS, por agentes populares como raizeiros, benzedeiros e xamãs, o que também contribui para a subnotificação nos sistemas oficiais²⁵.

No contexto da APS, especialmente no âmbito da ESF, observa-se que profissionais

isoladamente têm se engajado na condução de práticas integrativas, por iniciativa própria, com base em formações complementares e vivências pessoais, sem necessariamente contar com incentivos institucionais²⁷.

As experiências familiares e culturais dos profissionais de saúde também influenciam significativamente na escolha e aplicação das Pics, especialmente em contextos amazônicos, onde os saberes populares são transmitidos entre gerações. Observou-se que muitos desses profissionais já conviviam com essas práticas em suas rotinas familiares de cuidado, o que favorece uma maior abertura, reconhecimento e valorização delas no exercício profissional. O referido achado dialoga com o contexto sociocultural da Amazônia, onde práticas tradicionais e conhecimentos ancestrais continuam sendo referências importantes nos modos de cuidar da saúde, reforçando a intersecção entre o saber técnico-científico e os saberes populares no cotidiano da atenção primária²⁸.

Constata-se que a distância geográfica entre os serviços de saúde e as residências das famílias compromete a construção do vínculo longitudinal entre profissionais e usuários, especialmente em territórios marcados por grandes extensões territoriais e baixa densidade populacional. Essa realidade, típica da região amazônica, pode contribuir para explicar a estabilidade, a descontinuidade ou mesmo a redução nas ações com Pics, conforme observado neste estudo em alguns estados do Norte, como Amapá, Pará e Roraima²⁹.

A pandemia de covid-19 impactou diretamente a dinâmica de oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, provocando queda nos registros de atendimentos nos anos de 2020 e 2021, reflexo das restrições sanitárias, da suspensão de atividades presenciais e da reorganização dos serviços de saúde. No entanto, mesmo diante dessas limitações, observou-se a continuidade da busca por essas práticas, possivelmente impulsionada pela necessidade de abordagens terapêuticas mais humanizadas e acolhedoras em um cenário marcado por medo, estresse e incertezas³⁰.

Tal cenário impôs desafios inéditos à saúde pública global e, diante da sobrecarga dos serviços e da intensificação do sofrimento psíquico, cresceu a demanda por alternativas que contribuíssem para o enfrentamento da ansiedade e do estresse. Um estudo realizado em 2020 apontou que cerca de 60% dos participantes relataram impactos negativos em sua saúde mental, sendo que a busca por Pics esteve relacionada, sobretudo, à promoção da saúde e ao bem-estar. Entre os participantes, 61,8% afirmaram ter recorrido à meditação, 28,2% à fitoterapia, 21,7% ao *reiki* e 16,5% à aromaterapia. Tais achados reforçam a importância de integrar essas práticas ao sistema de saúde, valorizando seu potencial terapêutico complementar, especialmente em períodos de crise sanitária e instabilidade emocional³⁰.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), especialmente por meio da acupuntura – com e sem uso de agulhas, eletroestimulação e auriculoterapia, destacou-se como a principal abordagem entre as Pics na região Norte, em consonância com estudos anteriores. A predominância pode estar relacionada à regulamentação precoce dessas práticas no SUS e à sua aproximação com o modelo biomédico, o que favorece sua legitimação e adesão, sendo considerada uma prática estritamente clínica³¹.

As referidas práticas têm sido amplamente reconhecidas por sua efetividade no alívio da dor, redução do uso de medicamentos e promoção do bem-estar. Tais resultados reforçam o papel das Pics como abordagem terapêutica relevante no cuidado integral à saúde. Com a PNPIC, elas passaram a ser oficialmente incorporadas ao SUS, permitindo a atuação multiprofissional de profissionais não médicos e contribuindo para sua consolidação na rede pública³².

É possível pressupor que o predomínio da acupuntura e de suas práticas associadas na região Norte decorra de dois fatores principais: o tempo de regulamentação, que favoreceu sua consolidação no âmbito do SUS, e a compatibilidade simbólica com o paradigma biomédico. Embora não seja uma prática medicamentosa, a acupuntura possui caráter técnico e

procedimental, o que facilita sua aceitação nos serviços de saúde e reforça sua legitimidade dentro da lógica dominante do cuidado.

Por fim, destaca-se que a variabilidade anual observada nos dados pode refletir tanto flutuações reais quanto instabilidade nos registros – cenário comum em sistemas ainda em consolidação, como é o caso das Pics no SUS. Muitas vezes ainda compreendidas como práticas alternativas, essas ações enfrentam desafios de padronização e inserção sistemática nos sistemas de informação. Essa instabilidade pode comprometer a sensibilidade da regressão segmentada em captar mudanças consistentes ao longo do tempo, especialmente quando não há pontos de inflexão bem definidos. Em várias situações, os intervalos de confiança ampliados reforçam a incerteza em relação à direção e magnitude das tendências estimadas.

A tendência de crescimento dos atendimentos com Pics na região Norte reforça a importância de ampliar o conceito de cuidado no âmbito do SUS, superando os limites do modelo biomédico. Essa expansão se alinha a abordagens filosóficas e sociológicas centradas no paradigma vitalista, que valoriza a integralidade do ser humano e a articulação entre corpo, mente e contexto social³³.

Não menos relevante, observa-se que, embora a PNPIC reconheça oficialmente 29 práticas, os dados extraídos do Sisab indicam o registro de 37 categorias distintas. Essa fragmentação revela inconsistências na forma como as práticas são classificadas e registradas, com desdobramentos excessivos (como a divisão da acupuntura em subcategorias), fusões de práticas com fundamentos distintos (dança circular e biodança), duplicações (como tratamento antroposófico e antroposofia aplicada), inserções não normatizadas (como ‘práticas corporais em medicina tradicional’) e ausência de codificação clara para práticas previstas na PNPIC, como reflexologia e *shantala*. Essas incongruências dificultam a análise epidemiológica, comprometem a fidedignidade dos dados e

evidenciam a necessidade urgente de revisão e padronização dos sistemas de informação, com vistas a fortalecer a institucionalização e a efetividade das Pícs no SUS.

Considerações finais

Ao revisitar os principais aspectos discutidos ao longo deste trabalho, foi possível identificar os atravessamentos que permeiam a expansão das Pícs, as quais visam oferecer opções terapêuticas diversificadas e integradas aos tratamentos convencionais, ainda fortemente marcados por um modelo médico-centrado e assistencialista.

Percebe-se que muitas das limitações enfrentadas na implementação das práticas foram superadas, em parte, nos estados da região Norte que mais realizaram atendimentos de 2019 a 2024. Nesse sentido, se destacaram a publicação de políticas públicas específicas em nível municipal e/ou estadual, a capacitação de profissionais da rede pública para atuação com Pícs e a ampliação da oferta dessas práticas em diversos âmbitos, com apoio das equipes de Saúde da Família. A ampliação contemplou demandas individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, ambulatorios e hospitalares, com registro atualizado no Sisab. Tais ações podem ter influenciado diretamente no maior volume de atendimentos observados em estados como Acre, Amazonas e Tocantins.

Outro fator que parece ter impactado a heterogeneidade na distribuição das sessões de Pícs na região diz respeito às características geográficas da Amazônia. Estados como Pará e Rondônia contam com malha terrestre em processo de expansão, enquanto Amapá e Roraima enfrentam desafios de acesso físico e informacional, o que pode limitar a integração plena das práticas na rede pública.

Considerando as especificidades locais de uma região historicamente reconhecida por sua sabedoria medicinal tradicional e

por múltiplas percepções culturais sobre o cuidado, é plausível supor que muitas práticas se desenvolvam fora dos limites institucionais do SUS, sendo conduzidas por agentes não reconhecidos formalmente como profissionais de saúde.

A premissa do autocuidado, por sua vez, pode ter impulsionado a busca por Pícs durante a pandemia de covid-19, em um contexto de incertezas e sofrimento psíquico, no qual as propostas de escuta acolhedora e cuidado humanizado ofereceram alternativas terapêuticas relevantes.

A expressiva presença da Medicina Tradicional Chinesa entre as práticas mais ofertadas na região Norte parece refletir sua capacidade de diálogo com os saberes biomédicos. Tal afinidade pode ter contribuído para maior aceitação e adesão dos usuários, reforçando a legitimidade dessas práticas dentro do sistema de saúde.

Foi possível, também, compreender os cruzamentos entre a PNPIC e a produção científica recente, destacando as singularidades dos atendimentos com Pícs na região Norte – ainda pouco visibilizada no debate nacional tanto como público-alvo, quanto como produtora de saberes. Essa articulação contribui para a inovação e para o reconhecimento da diversidade terapêutica brasileira.

As limitações deste estudo referem-se à dependência de dados secundários, os quais podem não refletir integralmente a realidade da oferta, da demanda e da cobertura das Pícs na região analisada. A oscilação anual nos registros, somada a lacunas na alimentação dos sistemas, impõe desafios metodológicos à análise de tendências. Soma-se a isso o descompasso entre o número de práticas oficialmente reconhecidas pela PNPIC e a forma como elas são operacionalizadas nos sistemas de informação em saúde – com fragmentações e sobreposições categóricas que dificultam uma análise precisa.

Para estudos futuros, é fundamental que mais pesquisas sejam conduzidas com rigor metodológico, a fim de comprovar os efeitos

clínicos, sociais e econômicos das Pics. Tais investigações podem ampliar a visibilidade científica dessas práticas e demonstrar sua contribuição efetiva para a melhoria das condições de saúde da população.

Além disso, os resultados aqui apresentados podem fortalecer o reconhecimento das Pics no cuidado ofertado pelo SUS, colaborando para a ampliação de espaços institucionais, fomento de políticas públicas, investimentos estruturantes e formações qualificadas que assegurem sua implementação de forma segura, eficaz e culturalmente sensível.

Contribuições de autoria

Damasceno RGL (0000-0001-8107-6805)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Leitão PHM (0009-0003-6141-7651)* contribuiu para coleta dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Passos KG (0000-0002-6655-3412)* contribuiu para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Bernardi MLD, Amorim MHC, Salaroli LB, et al. Yoga: um diálogo com a Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2020;25:e200511. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200511>
2. Oliveira IM, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência saúde coletiva*. 2022;27(9):3777-3787. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.04462022>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2006 maio 4; Edição 84, Seção I:20-5.
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2017 mar 28; Edição 60; Seção I:68.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2018 mar 22; Edição 56; Seção I:74.
6. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis*. 2020;30(1):e300110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>
7. Silva LC, Lima F, Marchi SM, et al. Implementação da política de práticas integrativas complementares no Brasil nos últimos cinco anos. *RECIMA21*. 2023;4(7):e473534. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i7.3534>
8. Martins AP, Policarpo SF, Santos ML, et al. A qualitative analysis of the implementation of integrati-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ve medicine standards and protocols in Brazil. *Res Soc Dev*. 2022;11(11):e178111133302. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33302>
9. Sumiya A, Santos KE, Machuca L, et al. Distribuição espacial das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica no Brasil. *Rev Bras Promoc Saude*. 2022;35:11945. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.11945>
10. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das práticas integrativas. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00062320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062320>
11. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, et al. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;37:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009>
12. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, et al. Potencialidades e fragilidades da implantação da PN-PIC. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):395-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>
13. Melo AV, Sant'Ana GR, Bastos PRHO. Redes, atores e agenciamentos na constituição da PNPIC. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(6):2397-2406. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16442021>
14. Marques JV, Santos MAC. A política nacional de práticas integrativas e complementares: formação profissional. *Tempus Actas Saude Colet* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 30];15(4):185-213. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2910>
15. Manaus (AM). Poder Executivo. Lei nº 2.597, de 3 de abril de 2020. a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares na rede de assistência à saúde do Município de Manaus. *Diário Oficial do Município de Manaus*, Manaus, AM. 2020 abr 3; Edição 4813:1-2.
16. Secretaria de Saúde de Manaus (AM). Resolução CIB/AM nº 066/2022. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2022 maio 30.
17. Martins A, Bezerra JNA. Ensino de práticas integrativas em saúde na Universidade do Amazonas. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):12129-12138. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-060>
18. Ferreira KPSN, Ribeiro TL, Lima CPS. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade brasileira versus realidade tocantinense. *Retrospectiva dos últimos 17 anos*. *JNT Facit Bus Technol J* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 30];2(45):167-192. Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2438>
19. Rio Branco (AC). Lei nº 2.506, de 22 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a instituição, no município de Rio Branco - AC, o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS). *Diário Oficial do Município de Rio Branco*, Rio Branco, AC. 2023 dez 22.
20. Moreira MP, Silva MVS, Sena LWP. Caracterização das práticas integrativas na APS no Pará. *Rev Enferm Atual In Derme (REAS)*. 2021;13(3):1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6792.2021>
21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária para populações rurais e urbanas no Norte. *Saúde Debate*. 2018;42(1):81-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
22. Quadros NRFR, Neves JDV, Quadros JPF. Revalorização dos saberes amazônicos em saúde. *Rev Human Inov*. 2024;10(14):365-75.
23. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVS, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas no SUS: revisão. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24:4239-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
24. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e PICS na APS. *Saúde Debate*. 2018;42(1):163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
25. Pinheiro PNQ, Sandim DB, Silva PA, et al. Cuidado farmacêutico e práticas integrativas em comunidades quilombolas. *Amaz Sci Health*. 2025;13(2):91-105.

- DOI: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v13n2p91-105>
26. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas na APS: estudo bibliométrico. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1205-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
 27. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, et al. Formação profissional em PICS: significados na APS. *Ciência saúde coletiva*. 2021;26(2):399-408. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>
 28. Landin RLB, Aquino CME, Cabral MEGS, et al. Por que elas fazem PICS na ESF? *Physis*. 2025;35(1):e350118. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350118pt>
 29. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, et al. APS no Norte e Nordeste: disparidades na distribuição de equipes. *Ciência saúde coletiva*. 2022;27(1):377-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>
 30. Boccolini PBB, Boccolini KLS, Sousa IMC, et al. Use of integrative and complementary practices in Brazil during COVID-19. *PLoS One*. 2024;19(12):e0311832. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311832>
 31. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e PICS: significados para usuários e profissionais. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200079. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200079>
 32. Mocarzel R, Kornin A, Tesser C, et al. Quem pode atuar com acupuntura no Brasil? *Saúde Soc*. 2024;33(2):e230197pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230197pt>
 33. Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL, et al. Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre cuidado e PICS. *Saúde Debate*. 2025;49(145):e9680. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459680P>

Recebido em 07/08/2025

Aprovado em 12/02/2026

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: 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

Inteligência sanitária e tomada de decisão: Modelo de Avaliação Sanitária Integrada de Hospitais

Sanitary intelligence and decision-making: Integrated Sanitary Assessment Model for Hospitals

Vanessa Lorena Sousa de Medeiros Freitas¹, Kátia Christina Leandro¹, Marcus Vinicius Teixeira Navarro²

DOI: 10.1590/2358-2898202614910683P

RESUMO Este artigo tem como objetivo apresentar o Modelo de Avaliação Sanitária Integrada de Hospitais (Masih). Sua construção metodológica se deu em duas etapas, a saber: construção de três índices para avaliação de hospitais considerando os riscos potenciais identificados nas inspeções sanitárias; e definição de um painel gráfico para representação dos índices e dos dados de segurança do paciente e controle de infecção. Com o desenvolvimento do Masih, foi possível a representação gráfica contemplando o Índice Agregado de Risco Potencial, o Índice de Regularidade Sanitária e o Índice de Heterogeneidade, além dos dados de segurança do paciente e de infecção hospitalar. O modelo representa uma inovação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com a introdução de métodos que possibilitam, pela primeira vez, integrar dados de inspeção sanitária, controle de infecção e segurança do paciente. Essa integração contribui com a Vigilância Sanitária para melhorar o processo de avaliação e tomada de decisão, além de estabelecer as bases para utilização de inteligência artificial, visando à identificação de padrões entre os indicadores de inspeção, infecção e segurança do paciente. O modelo foi apresentado e está em fase de implantação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância sanitária. Gestão de risco. Pesquisa sobre serviços de saúde. Segurança do paciente. Controle de infecções.

ABSTRACT This article aims to present the Integrated Hospital Sanitary Assessment Model (MASIH). Its methodological construction took place in two stages, namely: the construction of three indices for hospital evaluation based on potential risks identified in sanitary inspections and the definition of a graphical panel to represent the indices alongside patient safety and infection control data. With the development of MASIH, it became possible to graphically represent the Aggregated Potential Risk Index, the Sanitary Regularity Index, and the Heterogeneity Index, along with patient safety and hospital infection data. The model represents an innovation in the National Sanitary Surveillance System by introducing methods that, for the first time, enable the integration of sanitary inspection, infection control, and patient safety data. This integration enhances Sanitary Surveillance by improving the evaluation and decision-making process while also laying the foundation for the use of artificial intelligence to identify patterns among inspection, infection, and patient safety indicators. The model has been presented and is currently in the implementation phase by the National Sanitary Surveillance Agency.

KEYWORDS Sanitary surveillance. Risk management. Health services research. Patient safety. Infection control.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
vanessa.lorena@gmail.com

²Instituto Federal da Bahia (IFBA) – Salvador (BA), Brasil.

Introdução

No Brasil, as ações de vigilância sanitária são desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), composto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e por serviços estaduais e municipais, com o auxílio dos laboratórios oficiais¹. Tais ações constituem um dever de proteção à saúde, por meio da intervenção estatal, que visa a impedir possíveis danos, agravos ou riscos à saúde da população e proporcionar maior segurança^{2,3}.

A definição da Vigilância Sanitária (Visa), descrita na Lei nº 8.080/90, deixa explícita a missão de trabalhar para controlar o risco à saúde, sendo esse o fator norteador das ações do SNVS. Para exercer o controle dos riscos, o SNVS desenvolve um conjunto de ações fiscalizatórias, educativas e regulatórias em um grande universo de atuação que contempla os setores de alimentos; produtos para saúde; medicamentos; saneantes; produtos de higiene, perfumes e cosméticos; serviços de saúde e uma diversidade de serviços de interesse à saúde, além do controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras⁴.

Entre os serviços do escopo de atuação da vigilância sanitária, destacamos o Hospital, instituição de saúde que oferece atendimento contínuo, com internação de pacientes para diagnóstico, tratamento e reabilitação, e fornece cuidados especializados e de alta complexidade, representando componente essencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵.

Os hospitais configuram-se como organizações de alta complexidade, caracterizadas pelo uso intensivo de tecnologias e pela atuação conjunta de diferentes áreas profissionais em um ambiente interdisciplinar. Sua função central é oferecer cuidados a pacientes em situações agudas ou crônicas, que possam evoluir com instabilidade ou complicações, demandando acompanhamento contínuo em regime de internação. Nesses espaços, desenvolvem-se ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento

e processos de reabilitação. Paralelamente, os hospitais também desempenham papel essencial na educação, na capacitação de profissionais, na realização de pesquisas e na análise de novas tecnologias aplicadas à saúde⁶.

Diante da importância do hospital, foi publicada, em 2013, a Portaria nº 3.390⁶, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabeleceu, entre as diretrizes dessa política, a garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente, o monitoramento e a avaliação. Para que essas diretrizes sejam cumpridas, o SNVS possui responsabilidades intransferíveis, tais como a regulação, o controle e o monitoramento dos riscos sanitários nas unidades hospitalares.

E, para cumprir essa missão, a Visa necessita de meios eficazes que possam potencializar a sua ação⁶.

A análise da qualidade dos serviços hospitalares vem conquistando relevância no setor da saúde em âmbito global, impulsionada pelas exigências de financiadores, gestores, profissionais e da própria sociedade. Nesse contexto, a criação e aplicação de diferentes metodologias têm se tornado comuns, associadas à busca de maior transparência nos investimentos, ao controle dos custos cada vez mais elevados da assistência, à oferta de cuidados justos e adequados, bem como à diminuição das discrepâncias observadas nas práticas clínicas⁷. As medições de resultados de qualidade do atendimento estão cada vez mais inseridas no contexto de avaliação do desempenho do hospital para encontrar oportunidades de melhoria. Mortalidade intra-hospitalar, reinternações e tempo de internação, por exemplo, são três métricas de resultados usadas com frequência para avaliar a qualidade do atendimento em hospitais⁸.

No que diz respeito às avaliações de hospitais, destaca-se como iniciativa do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)⁹, lançado em 2005, como instrumento de avaliação vinculado ao repasse de verbas aos gestores locais. O PNASS

é composto por três instrumentos avaliativos distintos: um roteiro de itens de verificação, um questionário direcionado aos usuários e um conjunto de indicadores construídos a partir dos vários bancos de dados ou sistemas de informação alimentados pelos estabelecimentos, como, por exemplo, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH)⁹. Esse é um importante instrumento para a avaliação de serviços de saúde, com o objetivo de avaliar os estabelecimentos de atenção especializada, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. A avaliação abrange as dimensões de estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários com relação ao atendimento recebido^{9,10}.

No Brasil, existem, também, as iniciativas no âmbito do próprio setor regulado, os serviços de saúde, que são direcionadas para a avaliação e melhoria de qualidade dos serviços prestados. Exemplos disso incluem programas de acreditação hospitalar, certificações e pesquisas de satisfação do paciente⁷. Além disso, destacam-se as avaliações desenvolvidas pelas autoridades reguladoras em saúde, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, através do Programa de Qualificação de Operadoras, avalia compulsoriamente as operadoras de planos de saúde utilizando indicadores, resultando no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que passou a ser divulgado por meio de painel dinâmico com resultados exibidos em gráficos e tabelas¹¹. Outras iniciativas da ANS são desenvolvidas, como, por exemplo, o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar na Saúde Suplementar, um programa voluntário voltado para os hospitais gerais com o objetivo de monitorar, avaliar e divulgar os resultados de 14 indicadores classificados em três domínios de qualidade: efetividade, eficiência e segurança¹².

Na Inglaterra, o Care Quality Commission (CQC) é o regulador independente de saúde e assistência social para adultos. Utiliza, desde 2021, uma estratégia baseada em pilares, entre

os quais, pode-se destacar a regulamentação mais inteligente, com direcionamento dos recursos para onde possam ter maior impacto, focando no risco e em onde o atendimento é ruim, para garantir uma regulação eficaz, proporcional e eficiente¹³. Quando inspecionam hospitais, dedicam-se a oito serviços prioritários: urgência e emergência, assistência médica, cirurgia, cuidados intensivos, maternidade e ginecologia, serviços para crianças e jovens, cuidados de fim de vida e, por fim, serviços ambulatoriais e diagnóstico por imagem¹³.

Desde 2024, o CQC mantém em sua estrutura de avaliação cinco perguntas-chave (seguro, eficaz, atencioso, responsivo às necessidades das pessoas, bem conduzido), e, em cada uma delas, um conjunto de declarações de qualidade, que são compromissos que os serviços de saúde devem cumprir para fornecer cuidados de alta qualidade e centrados no paciente¹³. Cada declaração de qualidade avaliada recebe uma pontuação na escala de 1 a 4, sendo: 1 - as evidências mostram deficiências significativas; 2 - as evidências mostram algumas deficiências; 3 - as evidências mostram um bom padrão; e 4 - as evidências mostram um padrão excepcional. Em seguida, as pontuações das declarações de qualidade são usadas para gerar a pontuação da pergunta-chave, sendo calculado um valor percentual através da soma das avaliações das declarações de qualidade, dividido pela multiplicação entre a quantidade de declarações e a pontuação máxima possível (04). No nível de pergunta-chave, o valor percentual é traduzido para a seguinte classificação: excelente (88 a 100%); bom (63 a 87%); requer melhorias (39 a 62%) e inadequado (38% ou menos)¹³.

Para garantir que as áreas de baixa qualidade não passem despercebidas, o CQC utiliza as seguintes regras na classificação. Se a pontuação da pergunta-chave estiver dentro do intervalo bom, mas uma ou mais das pontuações da declaração de qualidade for 1, a classificação será limitada a 'requer melhorias'. Já se a pontuação da pergunta-chave estiver dentro

do intervalo excelente, mas uma ou mais das pontuações da declaração de qualidade for 1 ou 2, a classificação será limitada a 'boa'¹³.

Para obtenção das classificações gerais agregadas aos serviços, o CQC considera que as 5 perguntas-chave são igualmente importantes e são ponderadas igualmente ao agregar. Pelo menos 2 das 5 perguntas-chave normalmente precisariam ser classificadas como excelentes, e 3 perguntas-chave classificadas como boas antes que uma classificação agregada de excelente possa ser concedida. Há uma série de combinações de classificações que levarão a uma classificação de bom. A classificação geral do serviço normalmente será boa se não houver classificações de perguntas-chave inadequadas e não mais do que uma classificação de perguntas-chave de requer melhorias. Se 2 ou mais das perguntas-chave forem classificadas como 'requer melhorias', a classificação geral normalmente será 'requer melhorias'. Se 2 ou mais das perguntas-chave forem classificadas como inadequadas, a classificação geral normalmente será inadequada. As evidências coletadas nas inspeções subsidiam os julgamentos sobre a qualidade do atendimento e a produção de relatórios que são publicados pelo CQC, e que incluem também uma classificação geral do hospital¹³.

Atualmente, a Anvisa adota metodologia quali/quantitativa para avaliar os serviços hospitalares, permitindo uma análise abrangente dos indicadores da inspeção e da produção de dados. Esses dados estão disponíveis aos profissionais da Visa, facilitando a identificação de áreas que necessitam de melhorias e implementação de estratégias eficazes de intervenção. Além disso, as inspeções regulares realizadas pela Visa buscam a conformidade com as normas sanitárias, incentivando a adoção de práticas seguras e eficazes¹⁴.

Cumprindo uma de suas funções essenciais como coordenadora do SNVS, a Anvisa, por meio da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), lançou, em 2019, o Projeto Nacional de Harmonização de Ações de Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde e

de Interesse para a Saúde, com o objetivo de qualificar as atividades de inspeção e fiscalização, além de promover o monitoramento eficaz dessas ações. Para o SNVS, o projeto disponibiliza ferramentas de inspeção sanitária conhecidas como Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI), que são elaborados com base no Marco Regulatório vigente e utilizando o Modelo de Avaliação de Risco Potencial (Marp)¹⁴⁻¹⁶. Além de representar uma mudança de paradigma no processo de inspeção sanitária dentro do SNVS, a Anvisa desenvolveu um Painel Business Intelligence (BI), que permite o acompanhamento das ações de inspeção, oferecendo acesso a dados reais e atualizados sobre a situação sanitária dos serviços de saúde em todo o País, facilitando a tomada de decisão e a implementação de melhorias contínuas nos serviços de saúde. No final de 2024, o referido Projeto foi premiado em 1º lugar na categoria de projetos finalísticos no Prêmio Anvisa 25 anos.

Além do gerenciamento dos riscos evidenciados nas ações de inspeção sanitária, a Visa desenvolve importantes ações nas áreas de controle de infecção hospitalar e segurança do paciente. No contexto do controle de infecções, a Anvisa é a coordenadora do Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS)¹⁷, e tem desenvolvido ações nacionais em parceria com as Secretarias de Saúde de estados/DF/municípios e especialistas de todo País para realizar a vigilância e o monitoramento desses agravos, bem como para implementar ações para prevenção, investigação e controle das infecções e surtos infecciosos nos serviços de saúde. O PNPCIRAS tem como finalidade reduzir, em âmbito nacional, a incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) e de Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde, por meio da implementação de práticas de prevenção e controle de infecções baseadas em evidências. E, para isso, foram definidas metas e ações estratégicas¹⁷.

No que diz respeito à segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)¹⁸, instituído pelo Ministério da Saúde

por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013¹⁹, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, tendo em vista que os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde¹⁸.

No mesmo sentido, visando à devida gestão dos riscos assistenciais e ao reforço da segurança do paciente, a Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013²⁰, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, regulamentando aspectos da segurança do paciente, como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP)²⁰.

Apoiada no Plano Integrado de Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2021-2025), a Anvisa desenvolveu a estratégia de Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente, voltada para os hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Tal iniciativa é realizada em parceria com os NSP de vigilância sanitária de estados, Distrito Federal e municípios e as Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais de controle de infecções, e possui como objetivo a promoção da cultura da segurança, enfatizando a gestão de riscos, a melhoria da qualidade e a aplicação das boas práticas em serviços de saúde²¹. O instrumento utilizado na avaliação possui 21 indicadores de estrutura e processo, tomando como base a RDC nº 36/2013²⁰, sendo disponibilizado através de formulário eletrônico para preenchimento pelos NSP e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais, que devem, ainda, anexar documentações comprobatórias específicas para os indicadores avaliados. Após essa etapa, os NSP Visa e as Coordenações de controle de infecções dos estados, DF e municípios analisam os formulários e as documentações,

e dão a devolutiva para os hospitais avaliados, fornecendo prazo para revisão antes da consolidação dos resultados locais. A etapa seguinte consiste na realização, pelos NSP Visa e pelas Coordenações, de avaliações *in loco* em uma amostra dos serviços participantes com o objetivo de verificar evidências da implementação dos indicadores avaliados como conformes na avaliação documental. Ao final, os resultados consolidados são encaminhados à Anvisa para a consolidação final e publicação do relatório nacional²¹.

Apesar de as ações serem realizadas pelo SNVS e de já existir um conjunto de dados das áreas de inspeção sanitária, controle de infecção e segurança do paciente, essas informações não estão integradas. Essa lacuna dificulta uma avaliação global do Hospital, que é um estabelecimento de saúde constituído por um conjunto de serviços próprios ou terceirizados que possuem características únicas e podem representar níveis de risco diferentes em virtude de suas heterogeneidades. Um grande desafio para a Visa reside na dificuldade de liberação da licença sanitária única, visto que cada setor do hospital é avaliado individualmente e possui seus riscos potenciais próprios.

Faz-se necessário o desenvolvimento de uma metodologia que permita uma avaliação integrada da unidade hospitalar, levando em consideração os aspectos sanitários, incluindo os riscos potenciais individuais de cada setor, as questões relacionadas à segurança do paciente e a infecção hospitalar. Entretanto, até o momento, o levantamento bibliográfico realizado não indica trabalhos nesse sentido, sendo observadas apenas avaliações específicas de cada área.

Sendo assim, o objetivo deste artigo é apresentar o Modelo de Avaliação Sanitária Integrada de Hospitais (Masih) com a perspectiva de gerar índices que integram os dados da inspeção Marp/ROI dos diversos setores do hospital e representação gráfica integrada de dados da inspeção, segurança do paciente e controle de infecção.

O Masih foi apresentado à GGTES/Anvisa no final de 2024, tendo sido a proposta aceita e estando em fase de implementação.

Material e métodos

Desenvolveu-se estudo metodológico durante o doutorado 2020/2025, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, contendo duas etapas: construção de três índices para avaliação de hospitais considerando os riscos potenciais identificados nas inspeções sanitárias e definição de um painel gráfico para representação dos índices e dos dados de segurança do paciente e controle de infecção.

Foi realizada uma revisão de literatura entre os meses de janeiro de 2023 e abril de 2025, com o objetivo de compreender os programas de avaliação de hospitais e identificar os principais componentes considerados, com ênfase nas áreas de gerenciamento de riscos, controle de infecção e segurança do paciente. Para isso, a busca foi realizada por meio de consultas na base de dados do portal de Periódicos Capes/MEC, PubMed e da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) com uso dos descritores em português: “Vigilância Sanitária”, “Gerenciamento de Risco”, “Avaliação de Serviço de Saúde”, “Segurança do Paciente”, “Controle de Infecção”; e em inglês: “*Health Surveillance*”, “*Risk Management*”, “*Health Services Research*”, “*Patient Safety*”, “*Infection Control*”. Sempre que possível, focando em artigos publicados nos últimos dez anos.

Utilizou-se, também, a pesquisa em sítios eletrônicos de órgãos reguladores, tais como Anvisa e CQC, encontrando neste último relatórios públicos de avaliação de hospitais.

Para desenvolvimento do Masih, foram realizadas as etapas a seguir:

- Desenvolvimento de três índices: Índice Agregado de Risco Potencial (Iarp), Índice de Regularidade Sanitária (IRS) e Índice de Heterogeneidade (IH);

- Proposição de representação gráfica dos índices com o objetivo de possibilitar a análise do risco do hospital de forma integrada, mas sem perder informações importantes dos setores que compõem o hospital;

- Proposição de representação gráfica integrada dos índices elencados no passo anterior e as informações de segurança do paciente e controle de infecção cedidas pela Anvisa para a pesquisa;

- Realização de análises dos painéis com o objetivo de realizar adequações ou melhorias.

O estudo teve como área de aplicação o hospital, e, através de colaboração com a GGTES/Anvisa, foi possível utilizar as informações disponíveis no Projeto Harmonização das Inspeções Sanitárias referentes aos setores de UTI, Centro Cirúrgico (CC), Centro de Material Esterilizado (CME) e Diálise, no período de 2020 a 2024. Esses setores foram selecionados devido às suas maiores críticas, quando relacionados aos demais serviços hospitalares e ao fato de serem os setores com maior volume de dados de avaliação Marp/ROI, além de serem os setores relacionáveis aos dados de segurança do paciente e controle de infecção.

Para a representação gráfica em Painel Power BI, foram considerados os dados de segurança do paciente e de controle de infecção, tais como número de notificações, situação das notificações (enviada, concluída, em análise, em retificação, em investigação), tipos de incidentes, incidentes por grau de dano e ano de utilização, densidades de incidência de infecção por tipo e os dados gerados a partir de inspeções com uso de metodologia Marp/ROI.

Após o desenvolvimento teórico do Masih e a definição matemática dos seus índices (Iarp, IRS e IH), foi realizada reunião com a GGTES para apresentação da proposta e, em caso de aceite, avaliação da possível implementação de um Painel Power BI no site da Anvisa.

A proposta do Masih foi aceita pela GGTES, e, para a operacionalização da implantação no site da Anvisa, a GGTES solicitou apoio técnico especializado ao consultor Dr. Igor Garcia para desenvolvimento de um Painel BI que integrasse os dados de segurança do paciente, controle de infecção e dados da inspeção sanitária realizada com Marp/ROI. O desenvolvimento foi concluído estando em fase de implementação.

Resultados

O Marp/ROI foi desenvolvido para a realização de avaliações específicas de cada setor, não sendo possível somar as diferentes avaliações para obter um valor médio e identificá-lo como risco potencial, visto que uma média simples pode vir a mascarar discrepâncias importantes entre setores do hospital. Para avançar considerando o Marp/ROI, que é uma metodologia consolidada no SNVS através do Projeto Harmonização Anvisa desde 2020, foi desenvolvido o Masih com três índices, agregando informações para melhorar a avaliação geral do hospital.

O primeiro índice, denominado Iarp, foi desenvolvido para possibilitar o cálculo de um valor único que possua informações dos riscos potenciais de diversos setores que compõem um hospital. Fazendo uma analogia com a física, o Iarp pode ser pensado de modo semelhante ao centro de massa de um objeto, que é um ponto abstrato que representa onde toda a massa de um objeto estaria se fosse reduzida a um único ponto, sendo o ponto definido como o somatório do produto entre cada ponto da massa do objeto pela distância ao seu centro dividido pela soma das massas. De forma semelhante, o Iarp é um ponto que simboliza a soma entre o produto de todos os riscos potenciais pelos respectivos fatores de ponderação de risco que representam o potencial de letalidade de cada serviço, dividido pela soma desses fatores, possibilitando normalizar os diferentes riscos potenciais. Assim, se o

Risco Potencial (RP) de um serviço pudesse ser expresso por um único valor, esse seria o Iarp, conforme definido abaixo, na equação 1.

$$I_{ARP} = \frac{\sum_{i=1}^n f_i RP_i}{\sum_{i=1}^n f_i}$$

Sendo:

N = número de setores avaliados; f = fatores de ponderação; RP = Risco Potencial.

Para definição dos fatores de ponderação que serão aplicados a cada setor avaliado, é necessário considerar a criticidade e o potencial de impacto sobre o hospital. Para este trabalho, o Iarp será aplicado para os quatro setores considerados de maior criticidade do Hospital: a UTI, o CC, o CME e a Diálise, que, portanto, receberão o mesmo fator de ponderação, com valor 1.

Caso setores de menor criticidade, tais como unidade de internação, lavanderia hospitalar ou nutrição, sejam aplicados, seus fatores de ponderação deverão ser definidos e aplicados ao cálculo do Iarp, pois o mesmo valor de risco potencial em setores distintos representa condições de risco distintas. Por exemplo, uma UTI avaliada com risco potencial igual a 0,5 representa uma condição bem mais grave que uma unidade de internação avaliada com o mesmo valor de risco potencial. Assim, para que seja possível representar no mesmo gráfico os diversos serviços de um hospital, é necessário normalizar esses valores, ponderando com o fator de risco dessas unidades.

Além do desenvolvimento do Iarp, é importante fornecer uma análise que contextualize riscos potenciais dos setores avaliados, no intuito de proporcionar uma compreensão profunda da realidade do hospital. Nesse sentido, foi desenvolvido o segundo índice, denominado IRS, que possui como objetivo expressar de forma percentual o nível de cumprimento regulatório dos serviços avaliados.

No Marp/ROI, os indicadores são classificados em um faixa de zero a cinco, estando

na classificação três a descrição do requisito sanitário. Menores do que esse valor são os índices das infrações sanitárias (zero, um e dois) e maiores (4 e 5) são os das condições que superam os requisitos estabelecidos em norma. Assim, em virtude dessa classificação, as faixas de aceitabilidade do Marp no espaço de risco potencial são definidas em aceitáveis, toleráveis e inaceitáveis. Caso as avaliações dos indicadores estejam todas na classificação três, fica determinado um valor de risco potencial aceitável de 0,049 (~0,05); se o valor das respostas selecionadas no ROI for zero, teremos risco potencial inaceitável (1,0); e se o valor for 5, o risco residual será 0,007.

Com base nesses valores de risco potencial, o IRS que está relacionado ao nível de cumprimento das normas sanitárias é definido da seguinte forma, na equação 2.

$$I_{RS} = (1,05 - RP_{(Médio)}) \times 100 \%$$

Sendo:

RP(Médio) = Risco Potencial Médio.

Posto isso, caso os serviços do hospital sejam avaliados com seus indicadores contendo respostas três, o valor do risco potencial médio será 0,05, tendo como resultado um IRS de 100%. De forma semelhante, usando as faixas limites do Marp/ROI, o IRS varia de 5% a 104%, mostrando que o serviço pode ter um nível de aceitação maior que o atendimento à norma (104%) quando o valor médio de risco potencial for o valor mínimo (0,007), e um nível mínimo de cumprimento normativo de 5% quando o risco potencial médio do hospital estiver avaliado com valor máximo (1,00), semelhante ao risco potencial residual, que não nunca é zero.

A representação gráfica do IRS se dá através de barras de dispersão, sendo possível o estabelecimento de faixas de aceitação, classificadas da seguinte forma: entre 70 e 104%, aceitável; de 40 e 70%, tolerável; e abaixo de 40%, inaceitável.

O terceiro índice desenvolvido foi o IH, utilizado para considerar as diferenças dos diversos setores na avaliação global do hospital. Quando se representam os valores dos riscos potenciais dos diferentes serviços do hospital, a dispersão desses valores indicará o quanto o hospital é diferente em suas práticas. Dessa maneira, o IH indicará quão dispersos estão os valores de risco potencial dos setores do hospital, conforme definido abaixo, na equação 3.

$$I_{RS} = (1,05 - RP_{(Médio)}) \times 100 \%$$

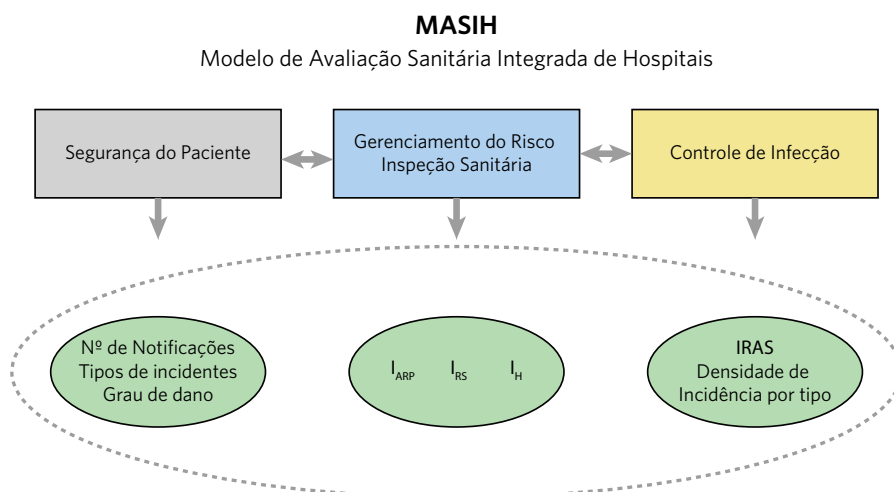
Sendo:

RP(Máx) = Risco Potencial Máximo, RP(Médio) = Risco Potencial Médio, RP(Mín) = Risco Potencial Mínimo.

A situação desejável da avaliação do risco potencial em um hospital é que haja a maior uniformidade do risco entre os setores e um nível de cumprimento normativo elevado. O IH indica se existem extremos nas avaliações dos setores do hospital, pois mesmo obtendo um bom Iarp e um índice de regularidade sanitária classificado na faixa de aceitável, é possível que exista algum setor com classificação de risco potencial na faixa do tolerável ou até inaceitável.

Além do desenvolvimento dos índices para possibilitar a avaliação do Hospital considerando as especificidades dos setores que o compõem, uma das inovações deste trabalho é a proposição de uma representação gráfica para análise global do hospital.

Figura 1. Masih: Modelo de Avaliação Sanitária Integrada de Hospitais

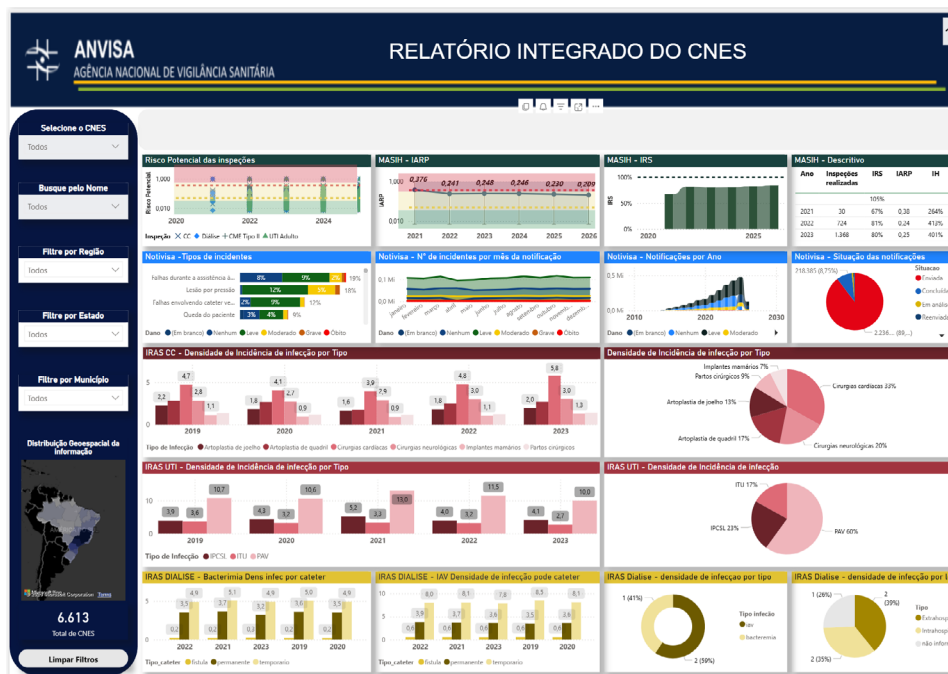


Fonte: elaboração própria.

Nesse sentido, foi concebido um painel de informações que oferece uma representação gráfica dos índices do Masih integrado com gráficos relacionados aos dados de segurança

do paciente e controle de infecção. O desenvolvimento da programação do painel foi realizado em ferramenta da Microsoft, Power BI, pelo consultor da Anvisa, Dr. Igor Garcia.

Figura 2. Relatório integrado do CNES



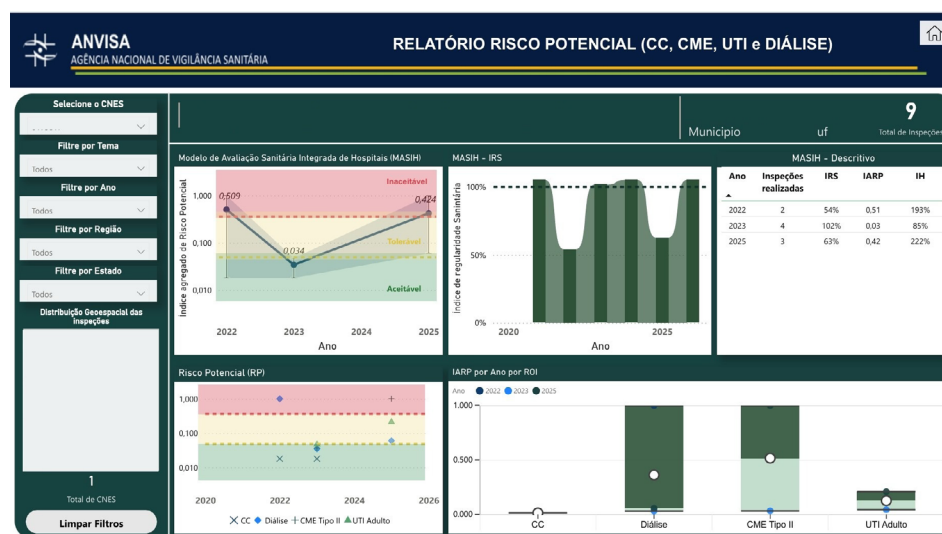
Fonte: elaboração própria.

Os dados de segurança do paciente, a exemplo de número de notificações, tipos de incidentes por grau de dano, ano de notificação e número de incidentes por mês, são apresentados no painel de forma integrada aos dados da inspeção sanitária representados por meio dos índices do Masih, assim como os dados de Iras, que trazem informação de densidade de incidência de infecção por tipo. Essa inovação oportuniza uma análise conjunta

desses dados, oferecendo ao profissional de vigilância sanitária e aos gestores riqueza de informações para uma tomada de decisão mais qualificada, auxiliando, inclusive, na alocação mais eficiente de recursos.

A seguir, a *figura 3* exibe de forma ampliada os dados da inspeção sanitária, através do Iarp, pelo qual é possível verificar a avaliação global do hospital a cada ano e a partir dos valores de risco potencial dos setores.

Figura 3. Relatório de risco potencial (CC, CME, UTI e Diálise)



Fonte: elaboração própria.

Por meio do painel integrado, é possível obter uma rápida compreensão do estado geral do hospital avaliado, assim como identificar as discrepâncias entre setores avaliados, destacando, através do IH, os que apresentam risco potencial significativamente diferente da média, ou seja, setores excepcionalmente bons ou ruins.

Discussão

Atualmente, a Anvisa, pelo Projeto Nacional de Harmonização das Inspeções, adota metodologia Marp/ROI para avaliar alguns setores

hospitalares e tem possibilitado a produção de dados de vigilância sanitária através da análise dos indicadores das inspeções sanitárias. Esses dados são informações produzidas pela Visa dos estados e municípios nas inspeções e podem contribuir substancialmente para a qualificação da sua tomada de decisão, pois os dados disponíveis aos profissionais da Visa facilitam a identificação de áreas que necessitam de melhorias e a implementação de estratégias eficazes de planejamento e intervenção.

Através do painel BI desenvolvido no âmbito do Projeto de Harmonização, as Visas realizam o monitoramento das inspeções realizadas com a ferramenta Marp/ROI em todo o País,

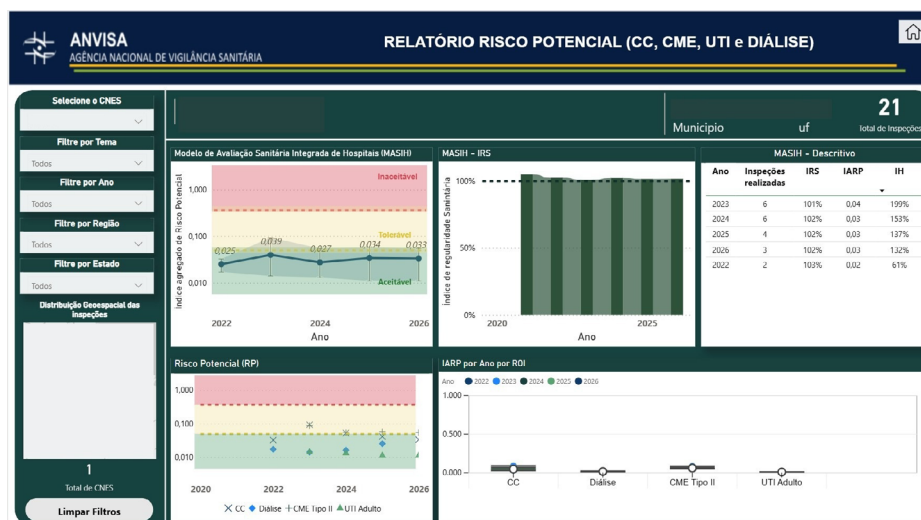
representando um grande avanço para o SNVS. Porém, as avaliações do Projeto comparam a evolução temporal dos mesmos serviços de um hospital, a exemplo da UTI ao longo do tempo ou o risco potencial das UTI de diversos hospitais. Não existia ainda uma representação conjunta dos riscos potenciais dos diversos setores de um hospital, nem índices para avaliar de forma agregada o hospital, com indicadores quantitativos de comparação, e não permitia visualizar o hospital em sua totalidade.

O Masih veio para preencher essa lacuna, pois, através do Iarp, traz um valor agregado para representação do hospital, e, a partir do IH, indica a importância de considerar

as avaliações específicas dos setores que compõem a unidade hospitalar diante da diversidade dos riscos em cada um desses. Semelhantemente da metodologia desenvolvida e praticada no CQC do Reino Unido, os setores precisam ser levados em consideração, e não apenas o hospital em sua forma global.

Pode-se notar, conforme ilustrado na figura 4, que, apesar de em algumas situações os Iarp serem bastante próximos – como os valores de 0,025 em 2022 e 0,027 em 2024 –, as avaliações realizadas no hospital podem revelar setores com classificações de risco potencial significativamente distintas. Essa variação é representada pelo IH.

Figura 4. Relatório de risco potencial (CC, CME, UTI e Diálise), Índice de Heterogeneidade



Fonte: elaboração própria.

Por outro lado, os programas de monitoramento de segurança do paciente e controle de infecção hospitalar possuem muitas ações desenvolvidas pela Visa e monitoram separadamente suas informações, já existindo banco de dados, inclusive, com ferramentas publicadas nos endereços eletrônicos da Anvisa relacionadas à segurança do paciente.

As ações de inspeção desenvolvidas pela Visa possuem estreita relação com o controle das

Iras, uma vez que a estrutura e os processos de setores críticos, como o CME, o CC e a UTI e a Diálise, são áreas de atuação prioritária da Visa. A vigilância sanitária se concentra em garantir que esses setores sigam padrões de higiene e segurança determinados no marco regulatório e fundamentais para a prevenção de Iras.

Assim, além do desenvolvimento dos três índices (Iarp, IRS e IH), que permitem uma visão global do hospital, a integração dos dados

de segurança do paciente, controle de infecção e inspeção sanitária em um painel Power BI é uma inovação do Masih que vem para contribuir cada vez mais com o desenvolvimento das ações nessas áreas e para auxiliar a Visa do Brasil nas tomadas de decisão qualificadas e embasadas em dados de vigilância sanitária. Salienta-se que a programação do painel Power BI foi desenvolvida para Anvisa pelo pesquisador, Dr. Igor Garcia.

É necessário destacar a importância dos dados gerados pelas Visas, que são muito ricos, principalmente os provenientes das inspeções sanitárias. Esses dados, em boa parte dos serviços de vigilância sanitária brasileiros, são perdidos após a finalização dos processos de alvará sanitário, quando passam a compor um arquivo morto. O projeto de Harmonização das Inspeções e os painéis gráficos desenvolvidos no âmbito da Anvisa mudam essa realidade, pois os registros das inspeções realizadas pelo SNVS passam a compor um grande banco de dados e possibilitam a consulta da historicidade do risco potencial desses serviços no decorrer dos anos.

Conclusões

Com os resultados e as discussões desse projeto, foi possível verificar que os objetivos de apresentar o Masih, com a perspectiva de gerar índices que integram os dados da inspeção Marp/ROI dos diversos setores do hospital e representação gráfica integrada de dados da inspeção, segurança do paciente e controle de infecção, foram alcançados.

O Masih representa um importante marco inovador no SNVS, com a introdução de tecnologias que possibilitaram, pela primeira vez, integrar dados que, apesar de estarem

centralizados na mesma Gerência Geral da Anvisa (GGTES), estavam em Gerências distintas (Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS e Gerência de Regulamentação e Controle Sanitário em Serviços de Saúde – GreCS) e nunca tinham sido apresentados conjuntamente. Com essa integração, o SNVS passará a contar com ferramenta tecnológica que apresenta os resultados de forma gráfica e quantitativa, possibilitando uma melhor avaliação e tomada de decisão, incluindo o licenciamento sanitário.

A implantação do Masih possibilitará a continuidade dos desenvolvimentos tecnológicos, inclusive com uso de Inteligência Artificial (IA), para identificar padrões e encontrar possíveis relações entre os indicadores de inspeção constantes nos ROI e as ocorrências relacionadas à segurança do paciente e infecção hospitalar. A identificação dessas possíveis relações poderá estabelecer relações entre causa (não cumprimento de item da norma) e consequência (infecção hospitalar, óbito, queda), ampliando o conceito de risco potencial e fortalecendo a importância normativa para a efetiva segurança do paciente.

Contribuições de autoria

Freitas VLMS (0000-0001-5963-2975)* contribuiu para a concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Leandro KC (0000-0003-1151-7358)* e Navarro MVT (0000-0003-2304-1115)* contribuíram igualmente para concepção e desenho do trabalho; revisão crítica do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1999 jan 27 [acesso em 2026 abr 2]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm
2. Alencar MLSM, Bacelar VMB, Magajewski F, et al. Qualificação das ações de vigilância sanitária: harmonização e descentralização. Vigilância Sanitária em Debate. 2019;7(4):111. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01401>
3. De Seta MH, Oliveira CVDS, Pepe VLE. Proteção à saúde no Brasil: O sistema nacional de vigilância sanitária. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(10):3225-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017>
4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2026 abr 2]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
5. Da Silva JAA, Costa EA, Lucchese G. Unified health system 30th birthday: Health surveillance. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1953-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 dez 31 [acesso em 2026 abr 2]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
7. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Publica. 2013;29(6):1063-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>
8. Arega B, Mengistu M, Mersha A, et al. Evaluation of hospital quality of care outcomes in a teaching hospital in Ethiopia: a retrospective database study. BMJ Open. 2024;14(9):e082908. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082908>
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF; 2015 [acesso em 2026 abr 2]. Disponível em: https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/605_1.pdf
10. Chaves LA, Malta DC, Jorge AO, et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. Rev Bras Epid. 2021;24:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002>
11. Leite F, Gleriano JS, Dias BM. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar: análise comparativa da mudança de metodologia de avaliação. Res Soc Dev. 2022;11(14):1-15. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36231>
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Classificação Global da Qualidade Hospitalar Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar [Internet]. 2024 [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/copy_of_Projeto_Indicadores_Classificacao_Global_da_Qualidade_Hospitalar_1.pdf
13. Care Quality Commission. 13-full_book_assessing-quality-and-performance-1744734607 [Internet]. [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/guidance-regulation/providers/assessment/assessing-quality-and-performance>

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Projeto Melhoria do Processo de Inspeção Sanitária em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde [Internet]. [acesso em 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/projeto-de-melhoria-do-processo-de-inspecao-sanitaria-em-servicos-de-saude-e-de-interesse-para-a-saude/harmonizacao-de-roteiros-objetivos-de-inspecao-roi>
15. Freitas VLSM, Leandro KC, Navarro MVT. O Olhar do Benefício além do Risco: construindo um Novo Paradigma em Vigilância Sanitária. *Rev Bras Fis Med.* 2019;13:128-137. DOI: <https://doi.org/10.29384/rbfm.2019.v13.n1.p128-137>
16. Navarro MVT. Conceito e controle de riscos à saúde em radiodiagnóstico: uma abordagem de vigilância sanitária [tese na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007 [acesso em 2026 abr 2]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10399/1/5555555555555555.pdf>
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025 [Internet]. Brasília, DF. 2021 mar 5 [acesso em 2026 abr 2]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf
18. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2026 abr 2]. 40 p. il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 abr 1 [acesso em 2026 abr 2]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jul 26 [acesso em 2026 abr 2]; Seção I: 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025 [Internet]. Brasília, DF. 2021 mar 5 [acesso em 2026 abr 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>

Recebido em 28/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

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

Prisão-território, cela-domicílio: o cuidado de Pessoas Privadas de Liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF

Prison-territory, cell-home: Caring for People Deprived of their Liberty at the Papuda Penitentiary Complex – Federal District

Jorge Esteves Teixeira Junior¹, Ana Paula de Melo Dias², Bruno Pereira Stelet², Marcia Silveira Ney¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910709P

RESUMO Este artigo discute a prisão como território de saúde a partir de uma pesquisa qualitativa realizada nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais do Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal. A metodologia articulou referenciais da territorialização em saúde às práticas cotidianas das equipes que atuam sob a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) em contexto de privação de liberdade. Utilizaram-se observação participante, entrevistas, grupos focais, análise documental e narrativas de campo. Identificaram-se estratégias de cuidado que tensionam a lógica punitiva predominante e afirmam a saúde como direito em contextos de exceção. Os resultados indicam que o território prisional é marcado por circulação controlada, restrições institucionais, múltiplas territorialidades e intensa produção de subjetividade. Destacam-se iniciativas como o uso de bilhetes (“catataus”), o reconhecimento da cela como domicílio e ações voltadas à saúde mental. Conclui-se que, embora o ambiente prisional imponha desafios à atuação da APS, há potência nas práticas micropolíticas desenvolvidas pelas equipes. A prisão como território de saúde configura-se, assim, como uma proposta ética, política e técnica para qualificar o cuidado no sistema prisional e ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) junto a populações vulnerabilizadas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Prisões. Território sociocultural. Determinantes Sociais da Saúde. Populações vulneráveis.

ABSTRACT This article examines prison as a health territory based on a qualitative study conducted in the Prison Primary Health Care Units of the Papuda Penitentiary Complex, in the Federal District, Brazil. The methodology articulated theoretical perspectives of health territorialization with the everyday practices of teams operating under the logic of Primary Health Care (PHC) in contexts of deprivation of liberty. Data were produced by means of participant observation, interviews, focus groups, document analysis, and field narratives. The study identified care strategies that challenge the dominant punitive logic and affirm health as a right in contexts of exception. The findings reveal that the prison territory is characterized by controlled circulation, institutional restrictions, multiple territorialities, and an intense production of subjectivity. Initiatives such as the use of written notes called ‘catataus’ the recognition of prison cells as a form of domicile, and practices related to mental health care are highlighted. It is concluded that, although the prison environment imposes significant challenges to the implementation of PHC, there is considerable potential in the micropolitical practices developed by health teams. Understanding prison as a health territory therefore constitutes an ethical, political, and technical proposal to strengthen care within the prison system and to expand the role of Brazil’s Unified Health System (SUS) in addressing the needs of vulnerable populations.

KEYWORDS Primary Health Care. Prisons. Sociocultural territory. Social Determinants of Health. Vulnerable populations.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jorge.estevest@gmail.com

²Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

O Brasil figura entre os países com as maiores populações privadas de liberdade do mundo, somando cerca de 909 mil pessoas sob custódia do Estado no ano de 2024¹. A maior parte desse contingente é formada por homens jovens, negros e pobres, evidenciando a seletividade penal e o papel estruturante do racismo na composição do sistema prisional². O encarceramento em massa se consolidou como política de controle social diante da fragilidade das estratégias de proteção e promoção da cidadania, revelando a face punitiva do Estado frente aos conflitos sociais³. Nesse cenário, a garantia do direito à saúde para a população encarcerada ainda é marcada por invisibilidade e negligência, exigindo uma abordagem crítica no campo da saúde coletiva.

O Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, é responsável pela atenção à saúde de toda a população, inclusive aquelas sob privação de liberdade, conforme previsto na Constituição Federal e na Lei de Execução Penal^{4,5}. A criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2002, e a posterior consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, representaram avanços na institucionalização do cuidado prisional como atribuição do SUS, sob a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS)⁶. A partir dessas políticas, consolidou-se a presença das Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSP) como estratégia de cuidado nos estabelecimentos penais.

No âmbito da área de saúde coletiva, o conceito de território é central para a organização das ações em saúde, especialmente na APS, sendo compreendido como espaço vivido, carregado de significados, marcado por condições econômicas materiais e relações sociais⁷. Tal conceito pretende superar uma mera noção de espaço para o olhar de dinâmicas, interações e determinantes sociais: as

hierarquias sociais que definem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, as relações existentes de violência, as condições de vida e outros processos que influenciam o ciclo saúde-doença-morte^{8,9}.

Nesse contexto, propõe-se refletir sobre a prisão como território de saúde: um espaço institucional delimitado, mas que abriga uma dinâmica complexa de produção de vida, sofrimento, cuidado e controle. A prisão, como território, desafia os pressupostos da territorialização tal como concebida na APS tradicional, por estar marcada pela heteronomia, pelo enclausuramento e pela lógica disciplinar.

A territorialização compulsória imposta pela pena contrasta com a adscrição territorial baseada no vínculo e no pertencimento comunitário. As Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) têm sua circulação estritamente controlada, seu cotidiano regulado por normas disciplinares e seu acesso à saúde mediado por burocracias e sistemas de segurança. Foucault¹⁰ descreveu a prisão como um dos instrumentos do 'disciplinamento dos corpos', ao passo que Goffman¹¹ classificou-a como uma instituição total, onde a vida cotidiana dos indivíduos é regulada por regras rígidas e centralizadas. Nesse ambiente, o cuidado em saúde é atravessado por relações de poder, controle e estigmatização.

A atuação das UBSP no Complexo Penitenciário da Papuda, no Distrito Federal, oferece uma oportunidade concreta de análise sobre as potencialidades e os limites da APS no território prisional. As equipes, compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas, enfrentam o desafio de ofertar cuidado integral a uma população privada da autonomia cotidiana, com dificuldades de acesso à rede externa e sob constante vigilância institucional. Os pedidos de atendimento para profissionais da equipe de Atenção Primária Prisional são feitos por escrito, em bilhetes dirigidos aos profissionais, chamados de 'catataus'. Assim, estratégias como os 'catataus', o uso criativo dos espaços e a construção de vínculos por

meio da escuta qualificada revelam práticas inventivas no interior desse território¹².

Ao mesmo tempo, o território prisional impõe limites severos à efetivação dos atributos da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. A comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fragmentada, os fluxos são instáveis e o cuidado muitas vezes se restringe à contenção clínica dos agravos, em detrimento da promoção da saúde¹². Ainda assim, as equipes constroem micropolíticas de cuidado que tensionam a lógica punitiva e afirmam a saúde como direito, mesmo em contextos de exceção.

A proposta deste artigo é discutir a prisão como território de saúde a partir dos achados de uma pesquisa qualitativa realizada nas UBSP da Papuda. Para isso, buscou-se articular os referenciais teóricos da territorialização em saúde às práticas cotidianas das equipes que atuam sob duplo pertencimento, ao SUS e ao sistema penitenciário. Interessa refletir sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas nesse cenário e sobre como a APS se reorganiza em um espaço atravessado por múltiplas formas de violência institucional e social.

Ao reconhecer a prisão como território de saúde, afirmamos a importância de superar o isolamento das ações de saúde prisional e de integrar mais plenamente esse subsistema à lógica da equidade e da justiça social. A saúde no cárcere não é concessão nem privilégio: é direito. E, como tal, deve ser garantido em todas as suas dimensões, mesmo quando o território é hostil à vida.

Material e métodos

Este artigo é produto derivado da tese de doutorado intitulada ‘Unidades Básicas de Saúde Prisionais: estratégias e práticas no SUS para PPL no Complexo da Papuda – DF’. A pesquisa se propôs a investigar a organização do cuidado em saúde no contexto prisional, com foco na atuação das UBSP, à luz dos princípios da APS e da noção de território na saúde coletiva.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com inspiração na micropolítica do trabalho em saúde e no reconhecimento da centralidade dos sujeitos e de suas práticas no cotidiano dos serviços. O campo empírico da pesquisa foi o Complexo Penitenciário da Papuda, localizado no Distrito Federal, onde atuam cinco unidades de saúde vinculadas à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em articulação com a Secretaria de Administração Penitenciária (Seape-DF).

Para a construção dos dados, foram utilizadas diferentes técnicas de investigação: revisão bibliográfica de literatura nacional e internacional sobre saúde prisional; APS e trabalho em saúde nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e Web of Science; incluindo documentos e tratados internacionais de acesso aberto que relacionam prisões, condições de vida e direitos humanos.

Foram também realizados: análise documental das políticas públicas aplicadas à saúde no sistema prisional; observação participante do cotidiano das equipes e atendimentos; grupos focais com profissionais das UBSP; entrevistas semiestruturadas com membros das equipes de saúde; e coleta de narrativas escritas em diários de campo. A pesquisa em questão foi iniciada no ano de 2022 e concluída em novembro de 2024.

As entrevistas e os grupos focais foram realizados entre setembro e outubro de 2024, com gravação e posterior transcrição integral. As observações participantes ocorreram durante o expediente de trabalho, com autorização institucional, consentimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento pelos profissionais envolvidos na pesquisa. A produção das narrativas seguiu a perspectiva da escuta e da escrita sensível sobre as práticas de cuidado, buscando articular os sentidos produzidos no campo com os referenciais teóricos da saúde coletiva^{13,14}. A análise documental compreendeu portarias ministeriais, normativas locais, relatórios técnicos e fluxogramas institucionais.

Para o tratamento dos dados empíricos, foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin¹⁵, com apoio do software Atlas.ti®, que auxiliou na construção de um ‘livro de códigos’ e na organização temática dos dados. As categorias analíticas emergiram da leitura flutuante e da codificação temática, organizadas em macrotemas alinhados aos atributos da APS (acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade), além de temas transversais como território, cultura, comunidade, relações interpessoais, vínculo, saúde mental e relações familiares. A triangulação entre diferentes fontes de dados e técnicas de coleta permitiu enriquecer a análise e conferir maior densidade interpretativa aos achados. Essa abordagem foi escolhida por permitir sistematizar dados qualitativos provenientes de múltiplas fontes – entrevistas, grupos focais, observações participantes e narrativas –, de modo a construir categorias analíticas capazes de revelar sentidos produzidos no cotidiano do trabalho em saúde no sistema prisional. A fase de pré-análise envolveu uma leitura flutuante e a definição de um *corpus* textual a ser analisado.

As categorias analíticas emergiram da articulação entre os atributos da APS, os desafios específicos da saúde prisional e os elementos micropolíticos do processo de trabalho. Foram, então, criadas macrocategorias como: acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade, família, vínculo, território, cultura, comunidade e saúde mental. Essa estrutura possibilitou mapear a tensão entre o trabalho prescrito pelas políticas públicas e o trabalho real vivido pelas equipes nas UBSP, dialogando com o referencial de Merhy sobre o ‘trabalho vivo em ato’¹³ e com as contribuições de Cecílio sobre as necessidades de saúde enquanto guia para a integralidade do cuidado¹⁴. A análise buscou, assim, compreender como os profissionais produzem cuidado em um território de exceção, tensionado pela lógica da segurança e pela negação de direitos.

Dada a complexidade ética desta pesquisa, foram necessárias aprovações em dois Comitês de Ética em Pesquisa, sob código CAAE

69755022.0.0000.5260, Parecer: 6.160.785 e CAAE 69755022.0.3001.5553, Parecer: 6.510.102, além dos pareceres favoráveis do Ministério Público, da Escola Penitenciária da Polícia Penal (Epen) bem como da aprovação da Vara de Execução Penal. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De acordo com as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012¹⁶, foram assegurados o anonimato dos participantes e o respeito à dignidade dos sujeitos envolvidos, especialmente considerando o contexto de vulnerabilidade que caracteriza o ambiente prisional.

A Papuda como território: descrição e contextualização

Reconhecer a prisão como território de saúde exige descrever e contextualizar algumas de suas particularidades sociopolíticas, institucionais e sanitárias. A territorialização, enquanto categoria analítica da saúde coletiva, remete a espaços habitados e utilizados por sujeitos, nos quais se produzem vínculos, conflitos, afetos e necessidades em saúde. Assim como ocorre em comunidades, favelas ou zonas rurais, o sistema prisional precisa ser compreendido como um território com dinâmica própria – marcado não apenas pelo enclausuramento físico, mas também pela trama relacional, simbólica e institucional que conforma o cotidiano das PPL e dos profissionais de saúde e segurança^{7,13}.

O Complexo Penitenciário da Papuda, localizado no Distrito Federal, abriga a maior parte da população encarcerada da capital federal e reúne, em uma mesma área, diferentes unidades prisionais, com regimes e perfis variados de cumprimento de pena. Em 2025, a estimativa de PPL no Distrito Federal ultrapassou 16 mil, das quais mais de 85% estavam custodiadas na Papuda. A taxa de ocupação do complexo ultrapassa a capacidade projetada, evidenciando um cenário de superlotação em unidades destinadas ao regime provisório, fechado e semiaberto¹.

A gestão da saúde no sistema prisional do DF é compartilhada entre a Secretaria de Saúde

e a Secretaria de Administração Penitenciária. No interior do complexo funcionam cinco UBSP, com equipes multiprofissionais vinculadas e responsáveis pelo cuidado em saúde de cerca de 14 mil internos. Essas equipes atuam em contextos distintos, com regimes e perfis populacionais diversos, incluindo pessoas em prisão provisória, em execução penal e aquelas que integram segmentos sociais mais vulnerabilizados. Embora a maior parte da população encarcerada seja constituída por um perfil de homens jovens, negros e de baixas renda e escolaridade, vale ressaltar a pluralidade desse grupo: mulheres, idosos, estrangeiros, indígenas, lésbicas, gays, transexuais, pessoas com deficiência, entre outros.

Outro aspecto desse cenário é relacionado às características arquitetônicas e operacionais da Papuda, que influenciam diretamente a organização do cuidado em saúde. O deslocamento das PPL entre as celas, pátios e unidades de saúde depende da disponibilidade de escoltas e da autorização prévia da segurança, o que condiciona o acesso e a frequência aos serviços. A moradia coletiva, a rigidez disciplinar e a rotatividade restrita entre celas criam microterritorialidades com identidades e práticas próprias, configurando o que se pode nomear como territorialidade prisional. Nesse contexto, as práticas de cuidado se moldam às possibilidades e aos limites impostos pelo espaço, exigindo das equipes estratégias criativas e flexíveis para a construção do vínculo, a escuta qualificada e a efetivação do cuidado longitudinal.

Acesso à saúde e circulação no território-prisão

O acesso das PPL aos serviços de saúde dentro do sistema prisional não ocorre de maneira espontânea ou por demanda direta, como característico da APS em liberdade. No contexto do Complexo da Papuda, a circulação dos sujeitos no território é rigorosamente controlada por protocolos de segurança, o que impõe barreiras físicas, burocráticas e simbólicas à entrada nos serviços de saúde.

Essa lógica de ‘circulação controlada’ define o território prisional como um espaço de fluxos vigiados e seletivos, onde o deslocamento entre celas e unidades de saúde depende, como mencionado, da disponibilidade de escoltas, da configuração arquitetônica da unidade e da autorização do sistema penal.

Entre as estratégias mais comuns de acesso às UBSP, destaca-se o uso do chamado ‘catatau’, que consiste em bilhetes escritos pelas próprias PPL solicitando atendimento. Essa forma de acesso é mediada por diferentes fatores, como o letramento da pessoa presa, o acesso a papel e caneta, e as relações de poder dentro da cela. Em algumas situações os catataus são filtrados por figuras de liderança interna antes de chegarem à equipe de saúde, gerando barreiras adicionais ao cuidado: *“Eu acho que até por uma questão de organização ali dentro da cela mesmo, acaba que o João, por exemplo, não tem acesso ao catatau como o Francisco tem”* (GF2, P10).

Outra via essencial de entrada nos serviços é o ‘bonde’, que corresponde à chegada ou às transferências entre unidades prisionais. No momento do bonde, realiza-se o acolhimento inicial, com escuta ativa, avaliação clínica e levantamento das necessidades imediatas. Trata-se de uma oportunidade estratégica de identificar condições agudas e crônicas, agravos de saúde mental e riscos epidemiológicos. Um profissional relata: *“O primeiro contato com o interno é no bonde. A gente faz esse acolhimento e pergunta se tem alguma queixa de saúde, se está fazendo uso de medicamento, se tem alguma doença crônica...”* (GF3, P15).

Além do catatau e do bonde, o acesso à saúde pode ser mediado por agentes da segurança e por ordens judiciais. As chamadas ‘demandas por ofício’ vêm de solicitações feitas por defensores, advogados ou familiares às varas de execução penal, sendo muitas vezes priorizadas devido à obrigatoriedade de resposta formal. Um entrevistado revela: *“Eu mesclo, coloco 70% judicial e 30% catatau”* (ESE, P7). Essa priorização nem sempre se alinha com critérios clínicos, o que gera o risco de uma

lógica inversa de cuidado, favorecendo quem tem maior rede de apoio jurídico em detrimento de demandas mais urgentes do ponto de vista do cuidado.

A movimentação das PPL dentro das unidades de saúde também obedece a regras rígidas. Cada deslocamento interno – da cela de espera ao consultório, da sala de atendimento à sala de medicação – exige escolta policial. O tempo de consulta inclui não apenas o cuidado clínico, mas também a espera da liberação de corredores, a abertura de portas e a disponibilidade de escoltantes. Assim, uma agenda feita para consultas a cada 15 ou 30 minutos, por exemplo, deve considerar que parte desse tempo é utilizada com essa logística no itinerário prisional.

A configuração do território prisional, portanto, altera radicalmente os modos de acesso e circulação típicos da APS. A ideia de adscrição territorial, fundamental no modelo da Estratégia Saúde da Família extramuros, é marcada na prisão por um sistema altamente regulado, em que a presença no serviço de saúde depende tanto das percepções de demandas do sujeito quanto da autorização da instituição penal. O território prisional não é apenas um lugar onde o cuidado é ofertado, mas um espaço em que o cuidado precisa constantemente disputar lugar com a vigilância e o controle.

Restrição institucional na prisão e produção de cuidado em saúde

As UBSP operam sob vigilância e controle institucionais, compartilhando o território com a segurança das prisões, que interfere nas normas de circulação, agendamento e permanência de PPL nos serviços de saúde. Essa sobreposição de lógicas – cuidado e disciplina – molda diretamente o processo de trabalho das equipes, limitando a autonomia clínica e exigindo a negociação constante com agentes da segurança. Nesse território, a vigilância é, ao mesmo tempo, estrutural e simbólica, atravessando o cotidiano do trabalho em saúde com sentidos e prioridades nem sempre alinhados à lógica do cuidado.

O planejamento das consultas, a duração dos atendimentos e mesmo a presença do paciente em uma unidade de saúde dependem da disponibilidade de escolta e do apoio logístico e operativo do setor de segurança. Em alguns contextos, policiais penais chegam a participar informalmente da construção de planos de cuidado, dada a proximidade com os casos e com os profissionais da saúde. No entanto, essa cooperação, embora útil em certas circunstâncias, compromete a confidencialidade e desloca a centralidade do sujeito no processo de cuidado.

Um dos pontos críticos identificados pela pesquisa foi a tensão entre prescrições judiciais e demandas clínicas. Parte dos atendimentos é motivada por ofícios judiciais, que, por vezes, chegam com prazos rígidos e exigem resposta formal ao juiz ou promotor. Essas determinações, muitas vezes baseadas em solicitações de advogados ou familiares, concorrem com demandas identificadas pelas equipes ou solicitadas via ‘catatau’. Um profissional relata:

A meu ver, uma crítica que é também, a gente acaba tendo que rever prioridades com base em decisões judiciais. A decisão judicial com prazo faz passar à frente demandas que são, às vezes, biologicamente mais importantes para o nosso olhar técnico. Mas, às vezes, a gente vê demandas judiciais com prazo de 24 horas para serem respondidas (GF2, P10).

Essa questão das prioridades pode configurar uma nova forma da ‘lei dos cuidados inversos’, em que aqueles com maior apoio jurídico têm chance de ser atendidos com maior celeridade, tendo em vista o tensionamento da lógica judicial influenciando os efeitos de poder que emergem desse território.

A cela como domicílio

No contexto prisional, a cela se impõe como o espaço central da vida cotidiana das pessoas privadas de liberdade, onde essas irão dormir, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal e

desenvolver atividades de trabalho e educação em ambientes regulados por normas institucionais, nos quais poderão permanecer por períodos que variam entre dias, meses ou até anos¹⁷. Esses espaços, apesar de restritivos e compartilhados, acabam por se configurar como sua moradia provisória ao longo do cumprimento da pena. Ainda que esse espaço não tenha sido idealizado como lugar de moradia, ele adquire, na prática, o status de domicílio compulsório. Essa leitura é respaldada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que reconhece o domicílio coletivo como aquele em que a convivência se dá sob normas de subordinação administrativa, como ocorre em presídios e casas de detenção¹⁸. Assim, a cela pode e deve ser considerada como território de moradia temporária, entendimento que tem implicações diretas na formulação de práticas de cuidado em saúde.

A cela como domicílio não se configura como um gesto de naturalização da prisão, mas de visibilidade e responsabilidade diante da realidade concreta vivida pelas PPL. Ao entender a cela como domicílio, é possível aplicar ferramentas da atenção domiciliar – como visitas *in loco*, escuta ampliada e observação direta das condições de vida – no planejamento e execução do cuidado. Essa abordagem permite deslocar o olhar técnico da clínica isolada para uma leitura ampliada do território, incluindo fatores como superlotação, ventilação, alimentação, saneamento e rede de apoio entre internos, todos determinantes fundamentais do processo saúde-doença. Durante este trabalho, como não ocorreram visitas no interior das celas, optou-se por chamar de visitas territoriais uma série dessas ações *in loco*.

Como observam Santos et al.¹⁷⁽¹⁴⁾, ao habitar a cela, a pessoa precisa se reorganizar psicológica e socialmente para dividir o espaço com desconhecidos, seguir regras de convivência e criar novas formas de proteção e solidariedade. A cela não apenas abriga, mas também disciplina e transforma. É um espaço de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, de resistência e produção de vida. Em muitos casos, os vínculos

formados entre os internos nesse espaço se aproximam das noções de ‘família ampliada’ ou ‘comunidade circunstancial’, tornando essa perspectiva domiciliar ainda mais pertinente.

Exemplos disso são relações de ‘camaradagem’ que se tornam condição de sobrevivência, pela necessidade de estabelecimento de vínculos em um ambiente onde a relação com o mundo exterior é limitada. Por outro lado, essas relações também podem ser marcadas por violência, dominação e imposição, reproduzindo e perpetuando ciclos de agressão. As celas que mantêm a mesma composição de presos por períodos longos de tempo tendem a desenvolver crenças e valores identitários entre seus membros, como a criação de rituais religiosos, exemplificados por orações ou leituras coletivas da Bíblia.

O documento ‘Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde’¹⁹ destaca a relevância da atenção domiciliar no contexto da APS, detalhando atribuições, desafios e especificidades para diferentes grupos populacionais. No entanto, apesar de abordar populações em situação de rua e em áreas rurais, o texto não detalha a abordagem sobre a população privada de liberdade, evidenciando uma lacuna nas diretrizes voltadas ao cuidado em domicílios prisionais em protocolos e guias orientadores das autoridades do sistema de saúde.

As visitas territoriais das equipes de saúde aos blocos, alas e celas – prática que pressupõe acionamento de diversos dispositivos de segurança – são estratégias importantes para reconhecer as especificidades desse território, o que auxilia na observação de determinantes de processos de saúde-adoecimento e nos modos de vida dessa população. Nessas incursões, os profissionais conseguem perceber aspectos como ausência de colchões adequados, presença de vetores, abafamento do ambiente e acesso precário à água e a alimentos, fatores decisivos na manutenção da saúde e na prevenção de agravos^{11,20}. A observação direta permite a identificação de possíveis condições negligenciadas e o

reconhecimento de prioridades e possibilidades terapêuticas a partir do cotidiano vivido, não apenas da queixa referida.

Ao conceber a cela como domicílio, amplia-se a legitimidade da atuação da APS no interior das unidades prisionais. Os blocos, alas e celas se tornam, assim, *locus* de intervenções individuais e coletivas: vacinação em massa, busca ativa de sintomáticos respiratórios, distribuição de material educativo e orientação em saúde bucal ou mental. Como aponta Goffman¹¹, instituições totais como as prisões provocam uma espécie de ‘morte civil’ nos sujeitos, que perdem a autonomia sobre seus corpos e rotinas. Ao reconhecer a cela como domicílio, as equipes de saúde resistem a tal lógica, reafirmando o cuidado como direito e presença.

Essa perspectiva exige o deslocamento do olhar técnico-centrado para uma abordagem interseccional e territorializada. A cela-domicílio evidencia os determinantes sociais do adoecimento, permite intervenções preventivas e valoriza o vínculo entre equipe e população atendida. O cuidado passa a ser construído no e com o território, revelando as celas não como obstáculos, mas como espaços possíveis de escuta, acolhimento e promoção da saúde, ainda que em meio à brutalidade do encarceramento.

Território, cultura e comunidade

O território prisional não é homogêneo. Ao contrário, é marcado por múltiplas territorialidades que se entrecruzam e se impõem: gênero, etnia, religiosidade, redes de apoio sociais, tempo de cumprimento da pena e estrutura de poder interno. Cada cela, bloco ou galeria carrega uma configuração simbólica própria, onde hierarquias, alianças e conflitos se atualizam cotidianamente. Por isso, os autores sugerem o uso do termo território-prisão, que pode ser entendido como

aquele onde pessoas vivem de forma compulsória, durante um tempo definido, com regramento rígido, legitimado por leis,

normas e diretrizes, totalmente sob a tutela e responsabilidade do Estado¹².

As equipes de saúde, ao atuarem nesses espaços, precisam decifrar tais códigos e construir formas de cuidado que levem em conta essas dinâmicas. Um entrevistado relata:

Essa coisa de cultura e território é muito doida. Porque realmente não tem nada parecido lá fora. [...] A sensação que eu tenho é o topo do iceberg da vulnerabilidade (ESE, P8).

Essas territorialidades são atravessadas por determinantes sociais que potencializam o sofrimento psíquico. Superlotação, ausência de privacidade, violência institucional, ociosidade e precariedade das condições materiais impactam diretamente a saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Junto a isso, a masculinidade compulsória vigente nos presídios atua como inibidora da expressão emocional, transformando o choro em tabu e a raiva em única válvula de escape. A expressão de emoções como choro e raiva torna-se um ato de resistência em um lugar onde a masculinidade rígida e a disciplina parecem se sobrepor às necessidades humanas básicas.

Diante desse cenário, as equipes de saúde desenvolvem práticas criativas e inventivas para romper com a lógica medicalizante e punitiva. Um exemplo é o projeto ‘Refletir’, que emergiu na pesquisa de campo, no qual livros com temas de saúde mental, espiritualidade e reflexão são ‘prescritos’ a pessoas com sofrimento psíquico. As rodas de leitura promovem escuta, diálogo e elaboração coletiva das dores do encarceramento: uma UBSP organizou uma pequena biblioteca com livros de autoajuda e saúde mental, adquiridos com recursos próprios, para pessoas com insônia, luto, falta de perspectiva ou ruptura de vínculos.

Outro exemplo de resistência micropolítica são os grupos com a população LGBTQIAPN+, que discutem temas como identidade de gênero, terapia hormonal, orgulho, religiosidade, infecções sexualmente transmissíveis

e violências. Uma das equipes chegou a organizar um seminário sobre LGBTfobia com policiais penais e profissionais da saúde e educação do presídio. Essas iniciativas tensionam as normas institucionais e afirmam o cuidado como prática de reconhecimento e escuta.

As ações culturais, espirituais e práticas de saúde integrativas também compõem o repertório das equipes no enfrentamento da dor e da desesperança. Projetos com hortas medicinais, práticas terapêuticas baseadas na Medicina Tradicional Chinesa, como Lian Gong e auriculoterapia, meditação e arteterapia foram encontradas em algumas unidades. Tais práticas não apenas aliviam sintomas, mas também criam brechas de subjetivação, permitindo que a vida reencontre sentido mesmo em territórios de exceção.

Compreender o sistema prisional como território vivido – e não apenas como espaço de confinamento – é fundamental para a construção de práticas de cuidado mais integrais e potentes. Ao reconhecer as múltiplas territorialidades, as equipes de saúde exercem uma clínica comprometida com a cultura, a dignidade e a vida das pessoas encarceradas, ainda que sob vigilância e em ambientes marcados pela dor e pelo estigma. O território-prisão, nesses termos, também é potencialmente lugar de comunidade, resistência e cuidado.

Conclusões

O reconhecimento da prisão como território de saúde constitui um avanço conceitual e político necessário para a consolidação do SUS como sistema universal e equitativo. Este estudo demonstrou que, mesmo em um contexto marcado pela vigilância, pela disciplina e pela negação sistemática de direitos, é possível construir práticas de cuidado orientadas pelos princípios da APS, destacando aqui a perspectiva territorial. Ao considerar a cela como domicílio compulsório e o espaço prisional como território sanitário, ampliam-se as possibilidades de

intervenção em saúde e se qualifica a presença do SUS em territórios de exceção.

As UBSP funcionam como dispositivos centrais nesse processo, operando entre os limites do controle institucional e as potências micro-políticas do cuidado. As estratégias inventivas das equipes – como a prescrição de livros, os grupos com a população LGBTQIAPN+, as visitas às celas e o uso criativo dos ‘catataus’ – evidenciam que a produção do cuidado em saúde ultrapassa o protocolo e a prescrição técnica, sendo profundamente atravessada pelas relações, pelo território e pela escuta qualificada. Essas práticas não apenas respondem aos agravos em saúde, mas também permitem outras produções de subjetividade em espaços marcados pela contenção.

Ainda permanecem desafios estruturais que limitam a efetividade da APS no sistema prisional. Os desafios do trabalho conjunto entre saúde e segurança, da consolidação de práticas voltadas para o trabalho multiprofissional compartilhado, do uso de projetos terapêuticos singulares e apoio matricial, da ampliação do uso de Práticas Integrativas e Complementares, a fragmentação da comunicação com a RAS e o volume de demandas judiciais para as equipes de saúde são expressões de uma política de encarceramento que fragiliza o cuidado. Para além das iniciativas locais, é necessária uma pactuação institucional e intersetorial que fortaleça a PNAISP, assegure financiamento adequado e promova a educação permanente dos profissionais envolvidos.

A prisão, enquanto território de múltiplas territorialidades, exige uma abordagem pautada pela integralidade que considere os determinantes sociais dos processos de saúde-adoecimento, a pluralidade cultural da população encarcerada e a complexidade das relações institucionais. O cuidado em saúde não se reduz à ausência de doença, mas envolve o reconhecimento, a escuta e o respeito à dignidade das pessoas privadas de liberdade. É nesse sentido que afirmar a prisão como território de saúde é também um ato

ético-político de promoção da equidade e dos direitos humanos.

Os achados desta pesquisa contribuem para a ampliação do debate sobre saúde prisional no campo da saúde coletiva, ao propor a articulação entre território, micropolítica e cuidado. Ao visibilizar as práticas das equipes de saúde no interior do sistema prisional, o estudo evidencia a necessidade de superar a fragmentação institucional e de garantir que a saúde, enquanto direito, seja efetivamente universal – mesmo nos espaços historicamente relegados à exclusão.

Por fim, reafirma-se que o cuidado em saúde nas prisões brasileiras não pode depender da criatividade individual ou da militância silenciosa de poucos profissionais. É urgente

consolidar a presença do SUS nas prisões como política pública integrada e orientada por justiça social. A prisão como território de saúde é, assim, tanto um diagnóstico quanto uma proposta ética e institucional de enfrentamento às desigualdades que se reproduzem nos espaços de privação de liberdade.

Contribuições de autoria

Teixeira Junior JE (0000-0002-9660-3548)*, Dias APM (0000-0001-7772-6668)*, Stelet BP (0000-0002-3274-0084)* e Ney MS (0000-0002-3262-565X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Departamento Penitenciário Nacional (BR). SISDE-PEN: levantamento nacional de informações penitenciárias [Internet]. Brasília, DF: DEPEN; 2024 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/senappen-divulga-levantamento-de-informacoes-penitenciarias-referente-ao-primeiro-semester-de-2024>
2. Wacquant L. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
3. Garland D. Mass imprisonment: social causes and consequences. London: Sage; 2001.
4. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
5. Presidência da República (BR). Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1984 jul 13; Seção 1:1.
6. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Justiça (BR). Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 jan 3; Seção 1.
7. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):898-906.
8. Prado GAS, Caetano MVA. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. Saúde Debate. 2024;48(Esp 2):e8730. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28730P>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp 2):264-275.
10. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 38ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
11. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2007.
12. Teixeira Junior JE. Unidades básicas de saúde prisionais: estratégias e práticas no SUS para o cuidado de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário da Papuda – DF [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro; 2024 [acesso em 2026 abr 6]. 242 p. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/23756>
13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-67.
14. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 117-130.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59.
17. Santos AB, Teixeira Junior JE, Dias APM, et al. Atenção domiciliar à população prisional. In: Savassi LCM, organizador. Tratado de atenção domiciliar. Belo Horizonte: SBMFC; 2022. p. 1169-1176.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2022 maio 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
19. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
20. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1887-1896.

Recebido em 30/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: 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

Discriminação racial e seus efeitos no bem-estar e na trajetória universitária de estudantes negros

Racial discrimination and its effects on the well-being and university trajectory of Black students

Eliany Nazaré Oliveira¹, Pedro Lucas Alves¹, Paulo Jorge Almeida Pereira², Paulo César de Almeida³, Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹, Marcos Pires Campos⁴, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910966P

RESUMO Este estudo investigou as experiências de discriminação racial vividas por estudantes universitários negros e seus impactos nas trajetórias acadêmicas e no bem-estar psicossocial. Trata-se da segunda fase de uma pesquisa sequencial, cuja etapa quantitativa inicial envolveu 829 estudantes de 5 instituições de ensino superior no estado do Ceará. Nessa fase qualitativa, realizada entre janeiro e março de 2024, participaram 37 estudantes que relataram vivências recorrentes de discriminação na escala utilizada previamente. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas virtualmente e analisadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente, com o apoio do software IRaMuTeQ. A análise revelou cinco categorias principais: Contexto social e político; Impacto na saúde mental; Respostas e reações individuais; Experiências acadêmicas e contextos de discriminação; e Experiências recorrentes e familiares. Os resultados evidenciam que o racismo e a discriminação racial repercutem negativamente na autoestima, na saúde mental e na permanência dos estudantes, gerando sentimentos de insegurança, desvalorização e exclusão. Apesar da adoção de estratégias de enfrentamento, observa-se necessidade de suporte institucional efetivo. O estudo reforça a necessidade de políticas antirracistas no ensino superior, que promovam ambientes acolhedores e equitativos para garantir não apenas o acesso, mas também a permanência, com dignidade e saúde, dos estudantes negros.

PALAVRAS-CHAVE Racismo. Discriminação percebida. Estudantes. Universidade.

ABSTRACT This study investigated the experiences of racial discrimination faced by Black university students and their impacts on academic trajectories and psychosocial well-being. It represents the second phase of a sequential research project, whose initial quantitative stage involved 829 students from five higher education institutions in the state of Ceará, Brazil. In this qualitative phase, conducted between January and March 2024, 37 students who had previously reported recurrent experiences of discrimination on the scale used were interviewed. Semi-structured interviews were conducted virtually and analyzed using Descending Hierarchical Classification, supported by the IRaMuTeQ software. The analysis revealed five main categories: Social and political context; Impact on mental health; Individual responses and reactions; Academic experiences and contexts of discrimination; and Recurring and family experiences. The findings highlight that racism and racial discrimination negatively affect students' self-esteem, mental health, and academic persistence, generating feelings of insecurity, devaluation, and exclusion. Although students adopt coping strategies, there is a clear need for effective institutional support. The study underscores the importance of anti-racist policies in higher education that foster inclusive and equitable environments, ensuring not only access but also the dignified and healthy retention of Black students.

KEYWORDS Racism. Perceived discrimination. Students. Universities.

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.
eliany@gmail.com

² Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Viseu, Portugal.

³ Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Universidade Federal do Ceará (UFC) – Sobral (CE), Brasil.

Introdução

O racismo estrutural está profundamente enraizado em processos históricos como a colonização e o desenvolvimento do capitalismo, os quais instituíram hierarquias raciais que ainda hoje sustentam desigualdades sociais, econômicas e simbólicas¹. A discriminação racial, enquanto expressão concreta desse racismo, refere-se a comportamentos diferenciados dirigidos aos sujeitos pertencentes a determinados grupos étnico-raciais, podendo se manifestar de maneira direta ou indireta. A forma direta envolve atitudes explícitas de hostilidade ou exclusão com base na raça, como a recusa de atendimento a pessoas negras em estabelecimentos comerciais. Já a discriminação indireta ocorre quando normas ou práticas aparentemente neutras produzem efeitos desproporcionais sobre grupos racialmente minorizados, muitas vezes passando despercebidas pela ausência de uma intenção explícita de discriminar². Essa forma sutil de exclusão, frequentemente silenciosa e invisível, provoca impactos significativos na saúde mental e no bem-estar daqueles que a vivenciam, revelando a complexidade e a persistência das desigualdades raciais em diversos espaços sociais, inclusive na educação superior.

Historicamente, o modelo de produção e validação do conhecimento nas universidades esteve pautado por lógicas excludentes, marginalizando grupos étnico-raciais e sociais. Contudo, a luta por direitos civis e o fortalecimento das pautas em defesa da diversidade e da equidade provocaram mudanças significativas nesse cenário. A implementação das políticas de cotas na educação superior, iniciada no Brasil a partir dos anos 2000, representou e ainda representa um marco nesse processo. Essas ações afirmativas contribuíram para romper com o padrão histórico de segregação étnico-racial nas Instituições de Ensino Superior (IES), ampliando o acesso de estudantes negros, indígenas e oriundos das classes populares³.

Apesar dos avanços, o ambiente universitário ainda é palco de múltiplas formas de discriminação racial, que reproduzem desigualdades historicamente impostas à população negra. Esses processos discriminatórios refletem um legado estrutural de exclusão social, manifestando-se em barreiras ao acesso, à permanência e ao reconhecimento de estudantes negros. Além disso, as desigualdades socioeconômicas persistem de forma evidente, com uma parcela significativa dessa população vivendo em condições precárias. Tal realidade evidencia a presença do racismo estrutural, naturalizado e, muitas vezes, invisibilizado, que sustenta e perpetua injustiças ao longo do tempo⁴.

A promulgação da Lei nº 12.711/2012, conhecida como Lei de Cotas, representou uma conquista histórica dos movimentos sociais na luta pela equidade racial no acesso à educação superior⁵. Essa medida foi impulsionada por pressões crescentes da sociedade civil organizada, resultando na implementação de ações afirmativas voltadas à promoção da justiça social e à democratização do ingresso de estudantes negros, indígenas e de origem popular nas universidades brasileiras⁵.

Apesar desse importante avanço legal, persistem inúmeros desafios que dificultam a permanência e o sucesso acadêmico da população negra no ensino superior. Dentre os principais obstáculos enfrentados por esses estudantes, destacam-se a necessidade de conciliar os estudos com as atividades laborais, a escassez de políticas institucionais de apoio e a vivência cotidiana de microagressões raciais. Essas últimas, embora muitas vezes sutis, configuram expressões da violência estrutural e reforçam o racismo sistêmico, mantendo desigualdades dentro de instituições que deveriam ser espaços de inclusão⁶.

As microagressões raciais, enquanto formas veladas de discriminação, exercem impactos significativos sobre o bem-estar acadêmico. Tais experiências afetam negativamente a satisfação com a vida universitária e reduzem as expectativas de graduação, sobretudo por

seu efeito sobre o afeto acadêmico dos estudantes, mais do que sobre o desempenho acadêmico em si⁷. Esses achados reforçam a importância de considerar não apenas o acesso, mas também as condições de permanência e vivência subjetiva dos estudantes negros na universidade.

Embora as políticas de inclusão tenham ampliado o acesso e a diversidade nas universidades, episódios de preconceito e discriminação continuam sendo frequentes⁸. Pesquisas demonstram que a população negra é especialmente afetada por desafios psicológicos ao longo da vida, como ansiedade, medo e sensação de não pertencimento^{9,10}, o que impacta diretamente sua saúde mental. Esses efeitos refletem o racismo estrutural, que perpassa múltiplos domínios sociais, incluindo o mercado de trabalho, a habitação e o sistema educacional¹¹.

O racismo, nesse contexto, configura-se como um fator estressor de elevada magnitude, capaz de gerar profundo sofrimento mental, comprometendo a saúde física e emocional das vítimas. Em casos extremos, pode culminar em quadros graves de adoecimento e até em desfechos fatais. A opressão cotidiana, a violência simbólica e as agressões diretas afetam negativamente o bem-estar dos sujeitos discriminados. Por isso, torna-se urgente implementar estratégias efetivas de combate ao racismo, visando assegurar a dignidade e o bem-estar de toda a sociedade⁴.

A persistência da discriminação racial no ensino superior é um reflexo de estruturas sociais desiguais. Estudantes pertencentes a grupos raciais minorizados vivenciam situações discriminatórias que comprometem sua saúde mental, sua motivação e seu desempenho acadêmico. Nesse sentido, o crescente interesse em investigar a relação entre racismo e saúde mental no contexto universitário busca compreender esses impactos e fomentar estratégias para a construção de ambientes mais inclusivos e acolhedores¹².

A relevância desse debate se intensifica diante da escassez de publicações e discussões

sistemáticas sobre a temática racial nas universidades, que, muitas vezes, restringem-se a abordagens pontuais em sala de aula ou disciplinas isoladas. Essa lacuna contribui para a invisibilização das vivências de estudantes negros, que frequentemente enfrentam episódios de racismo, cujas marcas são profundas e, em alguns casos, irreversíveis. Essas experiências afetam diretamente sua autoestima, sua saúde mental e sua trajetória acadêmica¹³.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as experiências de discriminação racial vividas por estudantes universitários negros e seus impactos nas trajetórias acadêmicas e no bem-estar psicossocial.

Material e métodos

Este artigo apresenta a segunda fase do estudo intitulado ‘Discriminação racial e saúde mental nas universidades’, financiado pelo Programa de Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e compreensiva, fundamentada na perspectiva epistemológica das Ciências Sociais aplicadas à Saúde, conforme propõe Minayo¹⁴. Essa abordagem busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais a partir das vivências, dos sentidos e das percepções dos sujeitos, reconhecendo o valor do discurso como expressão da experiência¹⁵.

A primeira etapa do estudo, de caráter quantitativo, foi realizada entre setembro de 2023 e janeiro de 2024 e envolveu 829 estudantes de 5 IES, públicas e privadas, localizadas em Sobral, noroeste do Ceará: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade 5 de Julho (F5); Faculdade Luciano Feijão (FLF); e Faculdade IEducare (Fied). Utilizou-se a Escala de Experiências de Discriminação (EED), instrumento validado, para mensurar

a frequência e o impacto de vivências discriminatórias entre os estudantes universitários.

Com base nos resultados da EED, foram identificados 235 estudantes que relataram episódios recorrentes de discriminação racial (duas ou mais ocorrências). Esses estudantes foram convidados a participar da fase qualitativa, sendo realizado o contato via WhatsApp®, utilizando os dados fornecidos na primeira etapa. Um total de 40 estudantes aceitou participar, sendo descartadas 3 entrevistas por não apresentarem relatos efetivos de discriminação, resultando em 37 entrevistas válidas que compuseram o *corpus* final.

As entrevistas foram realizadas remotamente, por meio da plataforma Google Meet®, entre janeiro e março de 2024. Essa estratégia foi adotada em virtude da greve nas universidades, garantindo acessibilidade, segurança e flexibilidade aos participantes. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores previamente capacitados, com base em um roteiro semiestruturado com cinco questões abertas sobre vivências de discriminação racial em diferentes contextos acadêmicos e sociais. A participação foi voluntária, e os horários de entrevista foram acordados individualmente com os estudantes, com opções de agendamento de segunda a sábado, entre 8h e 20h. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos. Entrevistas-piloto foram realizadas previamente para aprimorar o instrumento, sendo posteriormente desconsideradas da análise.

Antes de cada entrevista, foi solicitada autorização para gravação, garantindo a fidedignidade na transcrição e interpretação dos relatos. As gravações foram integralmente transcritas, compondo o *corpus* textual submetido à análise¹⁶.

A análise dos dados foi realizada com o suporte do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), que permite a análise estatística de dados textuais, integrando aspectos quantitativos e qualitativos. Utilizou-se a técnica da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que segmenta o *corpus* em classes textuais homogêneas, possibilitando

a identificação de padrões léxicos e temáticos. As categorias resultantes da CHD foram interpretadas à luz da análise temática de conteúdo proposta por Minayo¹⁴, em articulação com os referenciais teóricos que fundamentam a discussão sobre racismo estrutural, saúde mental e desigualdades sociais.

O estudo seguiu rigorosamente os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012¹⁷ do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o parecer nº 6.279.258 (CAAE nº 64750522.7.0000.5053). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando a compreensão e anuência quanto à participação e aos procedimentos da pesquisa.

Resultados e discussão

Os resultados desta pesquisa evidenciam a complexidade das vivências de discriminação racial entre estudantes universitários autodeclarados negros – pretos e pardos –, evidenciando impactos significativos em sua saúde mental, desempenho acadêmico e inserção social. A partir da análise das entrevistas por meio da CHD no *software* IRaMuTeQ, emergiram categorias temáticas que permitem compreender as múltiplas dimensões do racismo no cotidiano universitário. Esses resultados são discutidos à luz de referenciais teóricos que abordam o racismo estrutural e seus desdobramentos na vida dos sujeitos, permitindo uma análise crítica sobre as formas sutis e persistentes de discriminação que se perpetuam nos ambientes de ensino superior, muitas vezes naturalizadas e silenciadas.

Análise e interpretação da Classificação Hierárquica Descendente

A CHD, realizada com o auxílio do *software* IRaMuTeQ, resultou na identificação de cinco classes temáticas principais: ‘Contexto

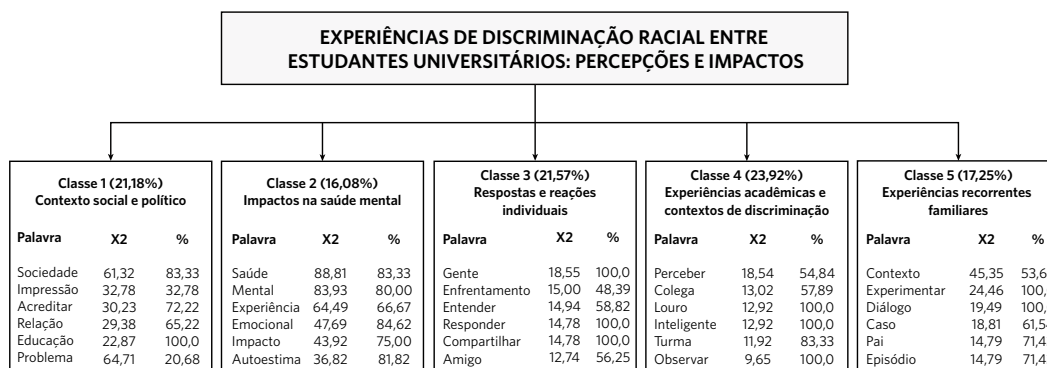
social e político'; 'Impacto na saúde mental'; 'Respostas e reações individuais'; 'Experiências acadêmicas e contextos de discriminação'; e 'Experiências recorrentes e familiares' (figura 1), cada uma representando dimensões distintas das experiências de discriminação racial relatadas pelos participantes. A análise foi baseada na frequência e coocorrência de palavras, nos segmentos de texto mais representativos e nas distinções entre as classes.

Os valores do teste do qui-quadrado (χ^2) foram fundamentais para estabelecer a associação entre os termos e as respectivas classes, indicando a relevância estatística das

palavras na caracterização de cada categoria temática. Quanto maior o valor de χ^2 , maior a contribuição da palavra para a composição da classe. As frequências relativas (%) indicaram a representatividade dos termos no interior de cada grupo textual.

Essa abordagem combinada permitiu uma leitura aprofundada dos padrões e significados presentes nas narrativas dos estudantes, oferecendo uma compreensão mais robusta e estruturada das formas como o racismo se manifesta¹⁸ no ambiente universitário, seus impactos subjetivos e as estratégias de enfrentamento mobilizadas.

Figura 1. Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente: experiências de discriminação racial entre estudantes universitários: percepções e impactos



Fonte: elaboração própria.

Classe 1 – Contexto social e político

Representando 21,18% do *corpus* total, a Classe 1 enfatizou as vivências de discriminação racial dentro de um contexto sociopolítico mais amplo. Entre as palavras mais representativas, estavam 'sociedade' ($\chi^2 = 61,32$; 83,33%), 'impressão' ($\chi^2 = 32,78$; 32,78%) e 'acreditar' ($\chi^2 = 30,33$; 72,22%), indicando uma preocupação com a compreensão da discriminação racial como um fenômeno profundamente enraizado nas estruturas sociais e políticas.

A análise de conteúdo revelou que os entrevistados frequentemente mencionaram comentários discriminatórios e atitudes preconceituosas, o que evidencia um sistema educacional e social que reforça desigualdades raciais. O termo 'educação' ($\chi^2 = 24,87$; 100,0%) apontou uma relação entre a percepção da discriminação e o sistema educacional. Como afirmou um dos entrevistados:

Esse é um problema estrutural e antigo em nossa sociedade, profundamente enraizado, que impacta, sobretudo, pessoas negras e em situação de vulnerabilidade (E10).

Classe 2 – Impacto na saúde mental

Compreendendo 16,08% do *corpus* analisado, a Classe 2 evidenciou a estreita relação entre as vivências de discriminação racial e os impactos na saúde mental dos estudantes. Palavras como ‘saúde’ ($\chi^2 = 88,81$; 83,33%), ‘mental’ ($\chi^2 = 83,93$; 80%) e ‘experiência’ ($\chi^2 = 64,49$; 66,67%) apresentaram alta frequência e forte associação com esta classe, reforçando a centralidade do sofrimento psíquico nas narrativas dos entrevistados.

A análise de conteúdo revelou que os episódios de discriminação racial provocaram traumas emocionais, sentimentos de insegurança e diminuição da autoestima. Expressões como ‘emocional’ ($\chi^2 = 47,69$; 84,62%) e ‘autoestima’ ($\chi^2 = 36,82$; 81,82%) ilustram o caráter multifacetado desses efeitos. Um dos relatos exemplifica essa condição:

Se não tivesse vivenciado o que passei, acredito que minha saúde mental não estaria tão afetada. Os traumas que enfrentei têm impactado meus relacionamentos e minha autoconfiança, pois ainda me sinto insegura em certos ambientes devido ao que vivi no passado (E12).

Classe 3 – Respostas e reações individuais

A Classe 3, responsável por 21,57% do *corpus*, abordou as respostas e reações individuais às experiências de discriminação racial. As palavras mais frequentes incluíram ‘gente’ ($\chi^2 = 18,55$; 100.0%), ‘enfrentamento’ ($\chi^2 = 15,00$; 48,39%) e ‘entender’ ($\chi^2 = 14,94$; 58,82%), destacando como os sujeitos lidam pessoalmente com essas vivências.

A análise de conteúdo revelou que as reações variaram entre estratégias de enfrentamento, tentativas de compreensão e respostas diretas às situações discriminatórias. Termos como ‘responder’ ($\chi^2 = 14,78$; 100.0%) e ‘compartilhar’ ($\chi^2 = 14,78$; 100.0%) ressaltaram a

importância do diálogo e do apoio social entre amigos e conhecidos. Um estudante relatou sua experiência:

Naquele momento, eu realmente não sabia a quem recorrer. Não me sentia confortável em compartilhar essas experiências com meus pais ou outras pessoas. Sempre que enfrentava discriminação, guardava tudo para mim mesmo e tentava seguir em frente. Hoje, percebo que foi um erro não procurar ajuda na época. Reconheço que deveria ter falado com alguém que pudesse entender o que estava passando, mas, naquele momento, achei que era algo comum e não grave. Guardar essas emoções acabou me entristecendo muito, e mesmo hoje ainda carrego um pouco dessa tristeza (E6).

Classe 4 – Experiências acadêmicas e contextos de discriminação

A Classe 4, representando 23,92% do *corpus*, explorou as experiências acadêmicas e os contextos específicos em que a discriminação ocorre. As palavras mais características incluíram ‘perceber’ ($\chi^2 = 18,54$; 54,84%), ‘colega’ ($\chi^2 = 13,02$; 57,89%) e ‘louro’ ($\chi^2 = 12,92$; 100.0%), evidenciando situações em que estudantes vivenciaram discriminação dentro do ambiente acadêmico.

A análise revelou que os entrevistados frequentemente mencionaram episódios de discriminação praticados por colegas, e a palavra ‘inteligente’ ($\chi^2 = 12,92$; 100.0%) sugeriu que essa discriminação também esteve relacionada a percepções sobre capacidades intelectuais. Além disso, o termo ‘turma’ ($\chi^2 = 11,92$; 83,33%) indicou que a sala de aula é um espaço recorrente para essas experiências. Um estudante relatou:

Percebi que um professor favorecia um colega branco e loiro, dando mais atenção ao projeto dele, mesmo sendo menos complexo que o meu. Isso me desmotivou, pois vi projetos de estudantes negros sendo menos valorizados (E9).

Classe 5 – Experiências recorrentes e familiares

A Classe 5, que representa 17,25% do *corpus*, concentrou-se nas experiências de discriminação racial que ocorreram em contextos familiares e em outras situações recorrentes. As palavras principais foram ‘contexto’ ($\chi^2 = 45,35$; 53,66%), ‘experimentar’ ($\chi^2 = 24,46$; 100,0%) e ‘diálogo’ ($\chi^2 = 19,49$; 100,0%), destacando como a discriminação racial é vivenciada de maneira recorrente em diferentes contextos, incluindo o ambiente familiar.

A análise de conteúdo indicou que essas experiências foram frequentemente relacionadas a interações com pais ($\chi^2 = 14,79$; 71,43%) e a episódios específicos de discriminação ($\chi^2 = 14,79$; 71,43%), evidenciando a presença constante da discriminação racial nas várias dimensões da vida dos entrevistados. Um exemplo representativo foi o seguinte relato:

O contexto racial que vivi ocorreu principalmente dentro da minha família, envolvendo minhas tias, avó, pais e padrasto. Sou a única neta negra na minha família materna e, frequentemente, surgiam expressões ou situações que me deixavam desconfortável. Meu padrasto costumava usar expressões racistas no passado, o que me incomodava profundamente. Isso mostra como, mesmo dentro da família, enfrentei discriminação que me afetou emocionalmente (E20).

Os resultados evidenciam que a discriminação racial vivenciada por estudantes universitários negros assume caráter estrutural, atravessando diferentes dimensões da vida social, acadêmica e familiar. A Classe 1 revela que os estudantes compreendem o racismo como um fenômeno historicamente enraizado nas dinâmicas sociais, políticas e educacionais do País, reconhecendo que a própria organização da sociedade e do sistema educacional contribui para a reprodução das desigualdades raciais. Essa leitura amplia a compreensão do racismo para além das experiências individuais, reforçando a necessidade

de enfrentamentos sistêmicos e institucionais.

Tais achados estão alinhados com a literatura, que caracteriza a discriminação racial como um problema estrutural e persistente, reproduzido por meio das instituições sociais, especialmente o sistema educacional^{19,20}. A manutenção dessas desigualdades, mesmo diante de avanços tecnológicos e pedagógicos, ressalta a urgência de transformações estruturais profundas nas dinâmicas sociais²¹.

Nesse contexto, a Classe 2 aprofunda a análise ao demonstrar que essas experiências estruturais se materializam subjetivamente, impactando diretamente a saúde mental dos estudantes. Os relatos dialogam com estudos que apontam a discriminação racial como fator de risco para ansiedade, depressão e sofrimento emocional persistente⁴. A internalização do racismo, somada à ausência de acolhimento, amplia os danos psicológicos, exigindo a implementação de estratégias institucionais de cuidado e prevenção²².

Somado a isso, pesquisas indicam que a exposição contínua ao racismo durante a vida acadêmica compromete não apenas o bem-estar psicológico, mas também o desempenho acadêmico. A intolerância ao sofrimento tem sido identificada como um importante mediador entre o racismo percebido e a redução no bem-estar²³, estando associada a maiores níveis de estresse, sintomas somáticos e depressivos²⁴.

É fulcral destacar que tais impactos não se restringem ao período universitário, estendendo-se às trajetórias profissionais e às perspectivas de futuro dos estudantes negros^{7,25}. Essas consequências tornam-se ainda mais críticas quando vivenciadas em fases sensíveis do desenvolvimento, como a adolescência e o início da vida adulta, períodos marcados pela consolidação da identidade, definição de objetivos e inserção no mundo do trabalho²⁶. A recorrência de experiências discriminatórias nesse período tende a comprometer a autoconfiança, o senso de pertencimento e as expectativas de ascensão social²⁷.

Diante desse cenário, evidencia-se a urgência de medidas institucionais que promovam

ambientes universitários mais inclusivos, acolhedores e equitativos do ponto de vista racial. A implementação de estratégias, como espaços de escuta ativa, apoio psicológico qualificado e fortalecimento de políticas antirracistas, mostra-se essencial para mitigar os impactos da discriminação sobre a saúde mental²⁸, favorecendo uma formação acadêmica mais justa e humanizada.

As respostas individuais, apresentadas na Classe 3, revelam estratégias de enfrentamento, muitas vezes marcadas pelo silêncio e pela naturalização da violência. Nesse panorama, a internalização do racismo agrava o sofrimento emocional, configurando um ciclo de vulnerabilidade no qual o indivíduo passa a lidar sozinho.

Esse achado converge com a literatura, que aponta a dificuldade dos sujeitos em compartilhar experiências de discriminação e buscar apoio, muitas vezes devido ao estigma e à ausência de mecanismos adequados de suporte²⁹. A ausência de estratégias eficazes de enfrentamento reforça a importância de construir ambientes seguros, nos quais os estudantes se sintam legitimados a expressar suas experiências e acessar suporte emocional³⁰.

As experiências acadêmicas descritas na Classe 4 evidenciam o racismo operando de forma simbólica e institucional no ambiente universitário, especialmente na relação entre estudantes e professores. A desvalorização das capacidades intelectuais de estudantes negros e o favorecimento de estudantes brancos geram sentimentos de desmotivação e exclusão, ampliando desigualdades históricas.

Esses resultados corroboram os estudos que demonstram como estudantes negros frequentemente enfrentam desafios adicionais no meio acadêmico, incluindo discriminação em avaliações, acesso desigual a oportunidades e baixa representatividade docente^{31,32}. A percepção de injustiça no processo formativo compromete a motivação, a satisfação acadêmica e o desempenho, aumentando, inclusive, a probabilidade de evasão e atraso

na conclusão do curso^{25,33}. Tais efeitos se estendem à vida profissional, uma vez que o acúmulo de experiências discriminatórias tende a impactar negativamente as oportunidades de carreira^{7,25}.

O aumento da exposição ao racismo pode elevar os níveis de sofrimento psíquico, indicando uma relação direta entre racismo e comprometimento da saúde mental²³. Por outro lado, a participação em atividades extracurriculares e em cursos que promovem o contato com a diversidade contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da autoconfiança, fatores associados a uma melhor saúde mental e maior engajamento acadêmico³⁴.

Por fim, a Classe 5 demonstra que o racismo também atravessa o ambiente familiar, afetando a construção da identidade racial e o senso de pertencimento. A presença da discriminação em contextos íntimos reforça sua naturalização social e evidencia a necessidade de estratégias de enfrentamento que incluam o diálogo e a educação antirracista desde os vínculos mais próximos.

A literatura corrobora os relatos dos estudantes, indicando que a discriminação no ambiente familiar pode ser tão prejudicial quanto em outros contextos, impactando negativamente a saúde mental e o desenvolvimento emocional dos sujeitos³⁵. Isso ocorre com influência na formação da identidade e do senso de pertencimento, ressaltando a necessidade de abordar essas questões desde o núcleo doméstico²⁰.

Assim, a discussão dos achados revela que a discriminação racial no ensino superior não se restringe a episódios isolados, mas constitui um fenômeno contínuo e multidimensional, com efeitos duradouros sobre a saúde mental, o desempenho acadêmico e as trajetórias de vida dos estudantes. A implementação de políticas institucionais antirracistas, de espaços de acolhimento e de suporte psicológico qualificado mostra-se fundamental para a promoção de ambientes universitários mais equitativos.

Considerações finais

Os achados deste estudo revelam que o racismo universitário se manifesta de maneira difusa, persistente e multifacetada, atravessando desde os espaços institucionais até as relações interpessoais. Tais vivências impactam profundamente a saúde mental dos estudantes negros, desencadeando sintomas como ansiedade, baixa autoestima, insegurança e sentimento de não pertencimento. Embora os entrevistados acionem estratégias individuais de resistência e enfrentamento, essas respostas frequentemente ocorrem de forma solitária, evidenciando a carência de suporte institucional sistemático e efetivo.

A presente investigação contribui de modo significativo ao dar visibilidade a vozes frequentemente silenciadas nos debates sobre equidade e permanência no ensino superior. A escuta atenta dessas narrativas reforça a urgência de políticas antirracistas que transcendam o ingresso nas universidades, voltando-se à garantia de condições dignas de permanência, cuidado e reconhecimento. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de ações concretas, como a formação continuada de docentes e técnicos sobre relações étnico-raciais, a criação de núcleos de apoio psicossocial, o fortalecimento de coletivos estudantis e a transversalização do debate racial nos currículos acadêmicos.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o recorte geográfico restrito ao estado do Ceará, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões do País. Ademais, a seleção de participantes com altos escores de discriminação identificados em etapa anterior pode ter enfatizado relatos mais explícitos, deixando de abarcar experiências mais sutis ou internalizadas. Investigações futuras poderão

ampliar o escopo territorial, incorporar novas variáveis contextuais e aprofundar a análise das interseccionalidades entre gênero, classe, sexualidade, território e religião.

A persistência da discriminação racial no ensino superior brasileiro reforça a necessidade de repensar o papel da universidade enquanto espaço de emancipação, justiça social e diversidade. Enfrentar o racismo institucional não é apenas um imperativo ético, político e pedagógico inadiável, mas, sobretudo, uma condição essencial para garantir uma universidade verdadeiramente democrática, plural, inclusiva e socialmente referenciada. Dessa forma, a construção desse horizonte exige o compromisso coletivo de toda a comunidade acadêmica – gestão, docentes, técnicos e estudantes – na consolidação de práticas antirracistas e no fortalecimento de uma cultura institucional baseada no cuidado, na equidade e no respeito à diversidade.

Contribuições de autoria

Oliveira EN (0000-0002-6408-7243)*, Alves PL (0000-0001-7423-2515)* e Campos MP (0000-0002-9656-9140)* contribuíram para concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Pereira PJA (0000-0002-3941-8274)* e Almeida PC (0000-0002-2867-802X)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Vasconcelos MIO (0000-0002-1937-8850)* e Ximenes Neto FRG (0000-0002-7905-9990)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mason PL. Mechanisms of stratification: insecurities and inequities of capitalist competition. In: Mason PL, editor. *The economics of structural racism: stratification economics and US labor markets*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 39-59.
2. Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA; 2019.
3. Albernaz PC, Carvalho JJ. Encontro de Saberes: por uma universidade antirracista e pluriépistêmica. *Horiz Antropol*. 2022;28(63):333-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832022000200012>
4. Damasceno MG, Zanello VML. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicol Cienc Prof*. 2018;38(3):450-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
5. Santos ES, Nunes GHL, Anjos JCG, et al. Aplicação da Lei nº 12.990/2014: a gramática da exclusão na UFRGS. *Educ Real*. 2022;47:e117094. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236117094vs01>
6. Lopes RA, Silva GHG. Microagressões raciais no ensino superior: percepções e experiências de estudantes das ciências exatas na Universidade Federal de Alfenas. *Educ Mat Pesqui*. (Online). 2023;25(4):218-27. DOI: <https://doi.org/10.23925/1983-3156.2023v25i4p218-227>
7. Durkee MI, Perkins TR, Hope EC. Academic affect shapes the relationship between racial discrimination and longitudinal college attitudes. *Soc Psychol Educ*. 2021;24(1):59-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11218-020-09602-x>
8. Santos VC, Dias AB. Os efeitos do racismo na saúde mental das militantes negras do MMNDS. *Psicol Cienc Prof*. 2022;42:e235483. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003235483>
9. Oh H, Susser E, Volpe VV, et al. Experiências psicóticas entre estudantes universitários negros nos Estados Unidos: o papel dos fatores socioeconômicos e da discriminação. *Schizophr Res*. 2022;248:198-205. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.09.004>
10. Paccini JLV, Silva JBO, Silva DS, et al. Reflexões sobre a noção de raça/racismo e suas implicações. *Braz J Develop*. 2022;8(2):10762-78. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-153>
11. Medina IC, Goulart LK, Resgala Júnior RM. Racismo estrutural: um estudo da violação dos direitos humanos no sistema penal brasileiro. *Rev Ibero-Am Hum Ciênc Educ*. 2023;9(9):2504-21. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i9.11353>
12. Oliveira EN, França SS, Silva EN, et al. Discriminação racial de jovens negros no Brasil: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e214101422013. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22013>
13. Guerra NEM, Stofel NS, Borges FA, et al. O racismo institucional na universidade e consequências na vida de estudantes negros: um estudo misto. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(3):e04232023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04232023>
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Huyler D, McGill CM. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, by John Creswell and J. David Creswell. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.; 2019. 275 p.
16. Roulston K. Qualitative interviewing and epistemics. *Qual Res*. 2018;18(3):322-41. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468794117721738>
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13 [acesso em 2025 jul 15]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aces>

so-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view

18. Acauan LV, Abrantes CV, Stipp MAC, et al. Utilização do software Iramuteq para análise de dados qualitativos em enfermagem: um ensaio reflexivo. *Rev Min Enferm.* 2020;24:e-1326. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>
19. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* 2013;21(2):513-8. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
20. Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: Pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci.* 2013;57(8):1152-73. DOI: <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
21. Costa AP, Martins CHS, Silva HC. Necroeducação: reflexões sobre a morte do negro no sistema educacional brasileiro. *Rev Bras Educ.* 2020;25:e250043. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782020250043>
22. Gonçalves GC, Mendes GML, Dutra VCR. Um olhar sobre as desigualdades étnico-raciais no ensino médio. *Rev Teias (Online).* 2024;25(78):384-95. DOI: <https://doi.org/10.12957/teias.2024.83735>
23. Le TP, Iwamoto DK, Burke LA. A longitudinal investigation of racial discrimination, distress intolerance, and psychological well-being in African American college students. *J Clin Psychol.* 2021;77(3):745-54. DOI: <https://doi.org/10.1002/JCLP.23054>
24. Hu Y, Purol S, Shen Y, et al. Perceived racism and well-being in university racial/ethnic minority students: the complex roles of racial/ethnic identity and self-esteem. *Curr Psychol.* 2024;43:37196-207. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3603730/v1>
25. Del Toro J, Hughes D. Trajectories of discrimination across the college years: Associations with academic, psychological, and physical adjustment outcomes. *J Youth Adolesc.* 2020;49(4):772-89. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01147-3>
26. Alinor M, Simons RL, Lei M. Racism over time: Experiences from a panel study of Black Americans. *Soc Psychol Q.* 2023;86(3):379-98. DOI: <https://doi.org/10.1177/01902725231177645>
27. Anjorin OF, Bakeroot VL, Zanting A, et al. Exploring the effect of discrimination on ethnic minority medical students' mental well-being in the Netherlands. *Trends High Educ.* 2023;2(4):570-84. DOI: <https://doi.org/10.3390/higheredu2040034>
28. Cobb CL, Meca A, Branscombe NR, et al. Perceived discrimination and well-being among unauthorized Hispanic immigrants: The moderating role of ethnic/racial group identity centrality. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2019;25(2):280-7. DOI: <https://doi.org/10.1037/cdp0000227>
29. Byrow Y, Pajak R, Specker P, et al. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2020;75:101812. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
30. Piovesan F. Ações afirmativas no Brasil: desafios e perspectivas. *Rev Estud Fem.* 2008;16(3):887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300010>
31. Zunino LMR, Bastos JLD, Coelho IZ, et al. A discriminação no ambiente universitário: quem, onde e por quê?. *Saude Transf Soc [Internet].* 2016 [acesso em 2025 jul 15];6(1):13-30. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3595>
32. Sousa ALN, Cabral LFE, Moreira JM, et al. Professoras negras na pós-graduação em saúde: entre o racismo estrutural e a feminização do cuidado. *Saúde Debate.* 2021;45:13-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E101>
33. Merolla DM, Jackson O. Structural racism as the fundamental cause of the academic achievement gap. *Sociol Compass.* 2019;13(6):e12696. DOI: <https://doi.org/10.1111/soc4.12696>

34. Bowman NA, Weaver KE. The impact of diversity experiences on undergraduate student outcomes. In: Baik C, Kahu ER, editores. Research handbook on the student experience in higher education. Northampton: Edward Elgar Publishing; 2023. p. 296-311.
35. Eurico MC. Tecendo tramas acerca de uma infância sem racismo. Em Pauta. 2020;18(45):69-83. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47214>

Recebido em 08/08/2025

Aprovado em 28/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Programa de Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap)

Editora responsável: 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

Avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade em Santa Catarina

Evaluation of nutritional care for addressing obesity in Santa Catarina

Rafaela Souza Petrolini¹, Josimari Telino de Lacerda¹, Patrícia Maria de Oliveira Machado¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911016P

RESUMO O objetivo deste estudo foi determinar o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina e analisar aspectos de contexto. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, utilizando modelo previamente validado. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos a partir de padrões normativos, evidências científicas e ponderações de especialistas, consolidadas em oficina de consenso. O grau de implantação foi classificado como incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde analisadas; como intermediário em 18,2%; e avançado em 5,4%. Das dimensões avaliadas, a assistência apresentou o melhor desempenho, e a gestão, o pior. Foram identificadas deficiências relevantes, especialmente quanto à infraestrutura, condições de acesso, fluxos e padronização da atenção, apropriação do território e organização do cuidado à pessoa com obesidade. As ações observadas revelaram-se focalizadas e pouco articuladas. Verificou-se associação entre o grau de implantação e o porte populacional do município. A superação dos desafios identificados é essencial para estruturar a atenção nutricional integrada e resolutive no enfrentamento da obesidade, consolidando um modelo de atenção orientado pela integralidade e coordenado pela Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Política nutricional. Obesidade.

ABSTRACT The aim of this study was to determine the degree of implementation of nutritional care for addressing obesity within Primary Health Care in Santa Catarina and to analyze contextual aspects. This is an evaluative study, specifically an implementation analysis, using a previously validated model. The parameters for making a value judgment were defined based on normative standards, scientific evidence, and expert assessments consolidated in a consensus workshop. The degree of implementation was classified as incipient in 76.4% of the primary health care units analyzed; as intermediate in 18.2%; and advanced in 5.4%. Among the dimensions assessed, care delivery showed the best performance, while management showed the worst. Significant deficiencies were identified, particularly regarding infrastructure, access conditions, care flows and standardization, territorial engagement, and organization of care for people with obesity. The actions observed were focused and poorly integrated. An association was found between the degree of implementation and the municipality's population size. Overcoming the identified challenges is essential to structure integrated and effective nutritional care in addressing obesity, thereby consolidating a care model guided by comprehensiveness and coordinated by Primary Health Care.

KEYWORDS Health evaluation. Health management. Nutrition policy. Obesity.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. rafaelameottisouza@gmail.com

Introdução

A obesidade é caracterizada por excesso de adiposidade, considerada clínica quando associada à disfunção orgânica ou limitações funcionais¹. De acordo com estudos populacionais que indicam sua crescente prevalência no Brasil e no mundo nas últimas quatro décadas, a obesidade constitui-se em um grave problema de saúde pública²⁻⁴. Na população brasileira, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicam que a prevalência de obesidade em adultos atingiu 25,9%⁵. Entre os adolescentes de 15 a 17 anos, a obesidade esteve presente em 6,7%, sendo mais prevalente no sexo feminino (8%) em comparação ao sexo masculino (5,4%)⁵.

A obesidade também é considerada um fator de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como complicações metabólicas, doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes tipo 2, dislipidemias, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer⁶. As causas da obesidade são multifatoriais, incluindo alimentação inadequada, aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, sedentarismo, além de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais^{4,7-10}.

O Brasil vem instituindo ações de prevenção e enfrentamento da obesidade por meio de políticas públicas de saúde e na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela coordenação do cuidado¹¹⁻¹⁴. Nesse contexto, a atenção nutricional emerge como componente essencial no arranjo organizacional dessas ações para o enfrentamento da obesidade.

A atenção nutricional é conceituada como um conjunto de ações em prol da promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle dos agravos nutricionais nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê mecanismos de atuação intersetorial para o enfrentamento da obesidade, ao englobar ações

individuais, coletivas e ambientais de forma articulada com a RAS¹¹.

Considerando o aumento da prevalência da obesidade e seus impactos na saúde pública, aliados aos desafios do SUS em consolidar uma APS resolutiva e integral, torna-se essencial avaliar a atenção nutricional ofertada nesse nível de atenção¹⁵. Essa avaliação visa a fornecer subsídios à gestão local para fortalecer a atenção nutricional de forma participativa e eficiente, garantindo um cuidado abrangente e adequado aos indivíduos com obesidade no âmbito da APS.

Dessa forma, o objetivo deste artigo foi determinar o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da APS em Santa Catarina, e analisar os aspectos de contexto.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, que consiste em avaliar se as ações de uma política ou intervenção estão sendo executadas conforme o planejado, identificando facilitadores e obstáculos no contexto real de implementação. Essa abordagem é crucial para ajustar intervenções em tempo real e garantir que os resultados observados reflitam, de fato, a atuação do programa^{16,17}. O modelo avaliativo utilizado neste estudo foi desenvolvido e publicado previamente por Souza, Telino e Machado¹⁸, sendo composto pelo Modelo Teórico, Modelo Lógico e pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

O modelo avaliativo apresenta duas dimensões de análise: a Gestão e a Assistência. As duas dimensões são relacionadas, porém, interdependentes, com relação a planejamento, organização e normatização das ações prestadas. A Gestão deve promover as condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. A Assistência é responsável pela execução

das ações de alimentação e nutrição com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção. A atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada nos municípios com condições adequadas para o provimento da assistência, orientada pelos preceitos da APS integral, deverá contribuir para a redução das prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas, redução de riscos e, consequentemente, da sobrecarga do sistema de saúde.

Na aplicação do modelo, foram utilizados dados provenientes das seguintes fontes: a) diagnóstico da organização, da gestão e do cuidado ofertado às pessoas com obesidade na APS; b) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e c) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No CNES, foi coletado o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por município, e no IBGE foi consultada a população de cada município, tendo como referência o ano de 2020. Essas informações foram utilizadas como fonte para a medida ‘UBS localizada em município com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) adequada’.

Para as demais medidas, foram utilizadas informações provenientes do diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e universidades públicas,

por meio da Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018. O instrumento coletou informações para subsidiar o apoio e a qualificação da gestão municipal para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, e estava estruturado em dois componentes: I) gestão das ações de alimentação e nutrição no âmbito do setor municipal da saúde, o qual foi respondido por um gestor de saúde do município; II) organização, gestão e o cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, respondido por um profissional de saúde atuante na APS. Para a aplicação do questionário de coleta de dados, os municípios foram estratificados segundo o porte populacional e a distribuição por estado, sendo porte A: capitais brasileiras; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes.

Foi calculada uma amostra probabilística de UBS por estado, assumindo um erro de 5% e nível de significância de 95%. A distribuição da amostra seguiu a proporcionalidade de distribuição das UBS por estrato, e a seleção foi aleatória. A amostra incluiu 759 UBS de 253 municípios catarinenses, representando 40% do total de UBS e 85,8% dos municípios. A *tabela 1* apresenta a distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa.

Tabela 1. Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa

Estrato	Existente	Amostra	Participantes
Porte A	45	45	37
Porte B	401	184	170
Porte C	555	238	202
Porte D	895	292	222
Total	1.896	759	631

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Adotaram-se como unidade de análise as UBS localizadas em municípios de Santa Catarina que participaram do diagnóstico desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que responderam aos dois componentes do instrumento, citados anteriormente.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos com base em padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados durante a construção do modelo avaliativo¹⁸. O juízo de valor para as medidas foi definido a partir do cumprimento dos itens estabelecidos, adotando a classificação dicotômica ‘bom’ e ‘ruim’. Os indicadores, compostos por duas medidas, eram considerados ‘bom’ ou ‘ruim’ quando havia coincidência das classificações, e ‘regular’ quando eram discordantes. Nos casos com apenas uma medida, adotou-se ‘bom’ para sim e ‘ruim’ para não. Nas demais situações, os indicadores foram analisados conforme a MAJ, representada no *quadro 1*.

Para a análise das subdimensões, das dimensões e do grau de implantação, atribuíram-se escores aos indicadores: 10 (dez) para a classificação ‘bom’; 5 (cinco) para ‘regular’; 0 (zero) para ‘ruim’. O julgamento dos componentes da matriz de análise foi realizado com base no somatório dos seus elementos, considerando o percentual da pontuação obtida comparado com a pontuação máxima esperada, utilizando a fórmula $JV = (\sum PO / \sum PM) \times 100$. Dessa forma, considerou-se ‘bom’ quando a pontuação obtida correspondeu a 75% ou mais do esperado; ‘regular’ quando ficou entre 74,9% e 60%; e ruim quando foi menor que 60% (*quadro 1*). Foi atribuído o dobro do peso para a dimensão Assistência, devido à sua relevância na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, conforme modelo utilizado nesta pesquisa¹⁸.

Para a classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento na APS, adotaram-se os critérios anteriormente relatados, modificando apenas a terminologia (*quadro 2*):

- 75% ou mais – avançado;
- entre 74,9% e 60% – intermediário;
- menor que 60% – incipiente.

A análise descritiva para a distribuição das UBS segundo os graus de implantação e as variáveis de contexto contemplou as seguintes variáveis: Macrorregião de Saúde de Santa Catarina: Foz do Rio Itajaí; Grande Florianópolis; Grande Oeste; Meio Oeste e Serra; Planalto Norte e Nordeste; Sul; Vale do Itajaí; Porte Populacional Municipal: porte A: capital do estado; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes; Cobertura de ESF: até 79,9%, entre 80% e 100%.

As variáveis do estudo foram consolidadas em banco de dados único utilizando-se o software Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e, posteriormente, o Stata® 13.0 (StataCorp, College Station, Estados Unidos) para as análises de associação. O desfecho foi dicotomizado em ‘implantado (1) e não implantado (0)’ e utilizado teste exato de Fisher para verificar associação das variáveis de contexto e a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 25598819.3.0000.0121 e os pareceres nº 3.822.183 e nº 4.451.510.

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
Dimensão Gestão		
1.1 Infraestrutura	1.1.1 Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde ^a	Espaço físico adequado para realização de atividades coletivas Estrutura física que permite a circulação e permanência dos usuários com obesidade
	1.1.2 Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N ^a	Disponibilidade de equipamentos adequados para o atendimento à pessoa com obesidade Disponibilidade de dispositivos de transporte para a pessoa com obesidade
	1.1.3 Disponibilidade de insumos para assistência nutricional ^a	Suporte da gestão para disponibilizar suplementos nutricionais para indivíduos com obesidade Acesso regular aos medicamentos necessários para os pacientes indicados à cirurgia bariátrica
1.2 Recursos Humanos	1.2.1 Suficiência de Pessoal na APS ^b	Município com cobertura de ESF adequada
	1.2.2 Suporte especializado para as ações de A&N ^a	Disponibilidade de AE no cuidado ao indivíduo com obesidade, nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS Presença de equipe multiprofissional na RAS no cuidado ao indivíduo com obesidade
	1.2.3 Qualificação das equipes de saúde ^a	Equipes capacitadas para o atendimento ao indivíduo com obesidade Município que incentiva a educação permanente e/ou de educação continuada sobre prevenção e controle da obesidade
1.3 Organização e Normatização	1.3.1 Condições para o acesso à Saúde ^a	Disponibilidade de atendimento em horário estendido Possibilidade de participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos
	1.3.2 Fluxos e padronização da Atenção em Saúde ^c	Município que utiliza Unidade/Central de Regulação para a organização do cuidado aos usuários com obesidade Município que disponibiliza protocolos de encaminhamentos da APS para a AE Município que disponibiliza protocolos clínicos, guias ou documentos orientativos para atenção à obesidade
	1.3.3 Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional ^a	Atualização e monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan web) Município que utiliza algum sistema de informação do MS para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N
1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	1.4.1 Planejamento de ações de A&N ^a	Município com participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS Município com uma política de A&N instituída e regulamentada
	1.4.2 Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N ^c	Município onde a área técnica de A&N orienta e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua pasta Município onde a área técnica de A&N acompanha os processos licitatórios relacionados à sua área de atuação Município que alocou recursos financeiros próprios para ações de enfrentamento à obesidade
	1.4.3 Suporte Técnico para gestão das ações de A&N ^d	Município com RT pela gestão das ações de alimentação e nutrição
	1.4.4 Articulação intersetorial da área de A&N ^a	Município com participação da área de Alimentação e Nutrição da SMS em processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial Município que desenvolve ações intersetoriais de A&N junto aos diferentes setores da gestão municipal e da sociedade civil

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
	1.4.5 Interlocução com o Controle Social ^e	Município que disponibiliza canal de ouvidoria e/ou orientação sobre programas e ações de A&N Município que apresenta a situação alimentar e nutricional da população e reivindica ação de A&N junto ao CMS Município com participação da área de A&N em alguma instância de controle social Município que inclui ações e demandas da área de A&N nas discussões da conferência municipal de saúde
Dimensão Assistência		
2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	2.1.1 Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar ^c	UBS que realiza ações de vigilância nutricional voltadas a toda população em diferentes locais do território adstrito
		UBS que realiza avaliação do estado nutricional e/ou composição corporal de pessoas com sobrepeso e obesidade
		UBS que realiza avaliação do consumo alimentar de pessoas com sobrepeso e obesidade
	2.1.2 Apropriação do território ^c	UBS que realiza o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território
		UBS que realiza o diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e/ou comercialização de alimentos saudáveis no território
	2.1.3 Planejamento Local em Saúde ^a	UBS que identifica a estrutura comunitária de apoio e/ou programas de proteção social às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade
UBS que realiza a seleção e priorização dos problemas no território com base em indicadores de alimentação e nutrição		
		UBS cujas equipes realizam o planejamento das ações de forma conjunta com a comunidade e/ou outros profissionais
2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	2.2.1 Ações de Promoção à Saúde ^a	UBS que desenvolve ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais no território
		UBS que realiza oficinas culinárias de valorização da cultura alimentar
	2.2.2 Ações de Prevenção à Obesidade ^c	UBS que realiza orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva
		UBS que desenvolve orientação sobre alimentação com abordagem individual às pessoas com obesidade
		UBS que desenvolve orientação relacionada à atividade física com abordagem individual
	2.2.3 Articulação intersetorial para PAAS ^a	UBS que realiza articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional no território
UBS que apoia a implantação e manutenção de estratégias para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais		
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.1 Identificação, Diagnóstico Precoce e Estratificação de Risco ^f	UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea
		UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da busca ativa
		UBS localizada em município que realiza o diagnóstico precoce da obesidade, a partir do acompanhamento nutricional
		UBS localizada em município que realiza estratificação de risco/classificação de gravidade para obesidade

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Subdimensão	Indicador	Medidas
	2.3.2 Organização do cuidado ^c	UBS que realiza pactuação entre usuário e profissional sobre as metas e os resultados do cuidado alimentar e nutricional UBS localizada em município que realiza a busca ativa de faltosos para acompanhamento da obesidade UBS que realiza avaliação do processo de trabalho e dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com obesidade
	2.3.3 Atenção Interdisciplinar e Multiprofissional ^f	UBS que elabora PTS no cuidado de pessoas com obesidade UBS que oferta suporte psicológico no cuidado a pessoas com obesidade UBS que desenvolve ações coletivas com abordagem cognitiva comportamental, oferta PICS ou ações de atividade física no espaço da Academia da Saúde UBS que realiza atendimento com profissional nutricionista
	2.3.4 Coordenação do Cuidado ^g	UBS localizada em município que realiza gestão de listas de espera dos pacientes com obesidade encaminhados aos outros pontos de atenção UBS cuja equipe utiliza protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para atendimento às pessoas com obesidade na APS UBS cuja equipe adota fluxos de referência e contrarreferência para os usuários encaminhados à atenção especializada UBS que realiza o acompanhamento dos usuários antes e após cirurgia bariátrica na RAS

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

^a Bom (10): ambas as medidas 'bom'; Regular (5): uma medida 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): ambas as medidas 'ruim'; ^b Bom: $\geq 80\%$ (10); Ruim: $< 80\%$ (0); ^c Bom (10): três medidas 'bom'; Regular (5): duas medidas 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; ^d Bom: sim (10); Ruim: não (0); ^e Bom (10): 2 ou mais medidas 'bom'; Regular (5): uma medida 'bom' e demais 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; ^f Neste indicador, houve uma agregação para as três primeiras medidas, sendo: Bom (10): uma ou mais medidas 'bom'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'. Na quarta medida, a avaliação é dicotômica: Bom: sim (10); Ruim: não (0). A partir destes dois resultados, adotou-se o seguinte parâmetro agregado: Bom (10): ambas 'bom'; Regular (5): uma 'bom' e outra 'ruim'; Ruim (0): ambas 'ruim'; ^g Bom (10): três ou mais medidas 'bom'; Regular (5): duas medidas 'bom' e outras duas 'ruim'; Ruim (0): todas as medidas 'ruim'; AE: Atenção Especializada; A&N: Alimentação e Nutrição; APS: Atenção Primária à Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; MS: Ministério da Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; RAS: Redes de Atenção à Saúde; RT: Responsável Técnico; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 2. Classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025

Dimensão	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	Grau de Implantação
1. Gestão	Infraestrutura	Σ PM: 30	Σ PM: 140	Σ PM: 340
	1.2 Recursos Humanos	Σ PM: 30		$\geq 75\%$: avançado
	1.3 Organização e Normatização	Σ PM: 30		74,9% e 60%: intermediário
	1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	Σ PM: 50		$< 60\%$: incipiente

Quadro 2. Classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2025				
Dimensão	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	Grau de Implantação
2. Assistência	2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	Σ PM: 30	Σ PM: 100 (peso 2)	Σ PM: 340 ≥ 75%: avançado 74,9% e 60%: intermediário < 60%: incipiente
	2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	Σ PM: 30		
	2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	Σ PM: 40		

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Resultados

Foram avaliadas 631 unidades básicas de saúde, distribuídas em 208 municípios de Santa Catarina, correspondendo a 70,5% dos municípios do estado. A amostra apresentou distribuição heterogênea, com

representação nas 9 macrorregiões de saúde do estado. O grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS foi considerado incipiente em 76,4% das UBS analisadas, e avançado em apenas 5,4%. Na *tabela 2*, é possível verificar o detalhamento da distribuição das UBS segundo os itens da MAJ.

Tabela 2. Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Dimensão	Classificação					
	Ruim		Regular		Bom	
Subdimensão						
Indicadores	n	%	n	%	n	%
Gestão	550	87,2	71	11,3	10	1,6
Infraestrutura	556	88,1	38	6,0	37	5,9
Adequação de espaço físico	362	57,4	205	32,5	64	10,1
Disponibilidade de equipamentos	394	62,4	177	28,1	60	9,5
Disponibilidade de insumos	319	50,6	214	33,9	98	15,5
Recursos Humanos	370	58,6	157	24,9	104	16,5
Suficiência de pessoal na APS	325	51,5	-	-	306	48,5
Suporte especializado para as ações de A&N	82	13,0	251	39,8	298	47,2
Qualificação das equipes de saúde	187	29,6	338	53,6	106	16,8
Organização e Normatização	460	72,9	114	18,1	57	9,0
Condições para o acesso à saúde	292	46,3	243	38,5	96	15,2
Fluxos e padronização da atenção em saúde	275	43,6	230	36,5	126	20,0
Disponibilidade de informação para a atenção nutricional	44	7,0	441	69,9	146	23,1

Tabela 2. Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Dimensão	Classificação					
	Ruim		Regular		Bom	
Subdimensão	n	%	n	%	n	%
Indicadores	n	%	n	%	n	%
<i>Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação</i>	436	69,1	99	15,7	96	15,2
Planejamento de ações de A&N	414	65,6	128	20,3	89	14,1
Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	250	39,6	228	36,1	153	24,2
Suporte técnico para gestão das ações de A&N	359	56,9	-	-	272	43,1
Articulação intersetorial da área de A&N	250	39,6	256	40,6	125	19,8
Interlocução com o controle social	147	23,3	246	39,0	238	37,7
Assistência	389	61,6	136	21,6	106	16,8
<i>Vigilância Alimentar e Nutricional</i>	405	64,2	127	20,1	99	15,7
Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	188	29,8	244	38,7	199	31,5
Apropriação do território	445	70,5	99	15,7	87	13,8
Planejamento local em saúde	225	35,7	2	0,3	404	64,0
<i>Promoção à saúde e prevenção à obesidade</i>	447	70,8	92	14,6	92	14,6
Ações de promoção à saúde	111	17,6	434	68,8	86	13,6
Ações de prevenção à obesidade	131	20,8	320	50,7	180	28,5
Articulação intersetorial para PAAS	356	56,4	165	26,1	110	17,4
<i>Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais</i>	281	44,5	128	20,3	227	36,0
Identificação, diagnóstico precoce e estratificação de risco	42	6,7	160	25,4	429	68,0
Organização do cuidado	405	64,2	158	25,0	68	10,8
Atenção interdisciplinar e multiprofissional	172	27,3	118	18,7	341	54,0
Coordenação do cuidado	150	23,8	127	20,1	354	56,1
Grau de Implantação	482	76,4	115	18,2	34	5,4

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Na dimensão Gestão, observou-se pior resultado quando comparado ao da dimensão Assistência, com 87,2% das UBS classificadas como ‘ruim’, ou seja, sem a garantia de condições estruturais e organizacionais para o provimento das ações de alimentação e nutrição no enfrentamento da obesidade. O mesmo comportamento foi observado nas quatro subdimensões desse componente, com menos de 1/3 das UBS recebendo classificação ‘bom’ nos aspectos de Infraestrutura (5,9%), Recursos Humanos (16,5%), Organização e Normatização (9,0%), Capacidade

administrativa, financeira, técnica e de articulação (15,2%).

Os indicadores da dimensão Gestão nos quais as unidades apresentaram os melhores resultados foram ‘Suficiência de pessoal na APS’, ‘Suporte especializado para as ações de alimentação e nutrição’, ‘Suporte técnico para gestão das ações de alimentação e nutrição’ e ‘Interlocução com o controle social’, com o percentual de classificação ‘bom’ variando entre 48,5% e 37,7%.

O melhor resultado na dimensão Assistência corresponde a 16,8% das UBS avaliadas com

um bom desenvolvimento e execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade, 10,5 vezes o observado na dimensão Gestão. Destaque para o 'Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais', com o maior percentual de UBS classificadas como 'bom' entre todas as subdimensões da MAJ. 'Vigilância Alimentar e Nutricional' e 'Promoção à saúde e prevenção à obesidade' seguem o mesmo comportamento das demais dimensões, com menos de das UBS com classificação 'bom'.

Indicadores com destaque positivo nessa dimensão foram 'Identificação, diagnóstico precoce e estratificação de risco', 'Planejamento local em saúde', 'Coordenação do cuidado' e 'Atenção interdisciplinar e multiprofissional',

com mais de 54% das UBS cumprindo satisfatoriamente os requisitos analisados. Em contraponto estão 'Apropriação do território', 'Organização do cuidado' e 'Articulação intersetorial para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)', com elevados percentuais de UBS classificadas como 'ruim', 70,5%, 64,2% e 56,4%, respectivamente.

A *tabela 3* apresenta a distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e as variáveis de contexto. A variável porte municipal foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa, e o maior percentual de UBS classificadas como implantadas foi observado naquelas localizadas na capital ($p = 0,003$).

Tabela 3. Distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e variáveis de contexto (n = 631). Brasil, Santa Catarina, 2025

Variáveis de contexto	Não implantado	Implantado	
Categorias	n (%)	n (%)	Valor-p*
Santa Catarina (total)	597 (94,6)	34 (5,4)	
<i>Macrorregiões de saúde</i>			0,054
Foz do Rio Itajaí	43 (95,6)	2 (4,4)	
Grande Florianópolis	75 (88,2)	10 (11,8)	
Grande Oeste	78 (97,5)	2 (2,5)	
Meio Oeste e Serra	97 (97,0)	3 (3,0)	
Planalto Norte e Nordeste	108 (94,7)	6 (5,3)	
Sul	93 (92,1)	8 (7,9)	
Vale do Itajaí	103 (97,2)	3 (2,8)	
<i>Porte Municipal</i>			0,003
A: capital do estado	30 (81,1)	7 (19,9)	
B: > 150 mil habitantes	160 (94,1)	10 (5,9)	
C: entre 30 e 150 mil habitantes	197 (97,5)	5 (2,5)	
D: < 30 mil habitantes	210 (94,6)	12 (5,4)	
<i>Cobertura da ESF</i>			0,096
Até 79,9%	313 (96,3)	12 (3,7)	
Entre 80% e 100%	284 (92,8)	22 (7,2)	

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

*Teste exato de Fisher.

Discussão

A avaliação indicou que a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS de Santa Catarina é incipiente, tanto na maioria das unidades avaliadas quanto nas diferentes dimensões e subdimensões analisadas.

Os aspectos de 'Infraestrutura' figuraram entre os piores resultados da avaliação. A adequação do espaço físico das UBS para a realização de atividades coletivas, como práticas corporais, atividades físicas e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics), é fundamental para viabilizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos²⁰. No caso de pessoas com obesidade, a acessibilidade torna-se imprescindível, tanto nos ambientes internos quanto externos das UBS, incluindo cadeiras, bancos e mesa de exame adequados, largura adequada de portas e corredores, além de rampas e banheiros acessíveis^{21,22}.

Outro aspecto que merece atenção refere-se à baixa disponibilidade, nas UBS, de equipamentos e dispositivos de transporte adequados para o atendimento de pessoas com obesidade. Além de garantir o mínimo necessário para as ações de alimentação e nutrição – como balanças adulto e infantil, fitas métricas e réguas antropométricas –, é fundamental equipar as unidades com balanças de maior capacidade e esfigmomanômetros adaptados, assegurando que todos os equipamentos estejam em perfeitas condições de uso^{21,22}. Também se fazem indispensáveis itens como cadeira de rodas, maca de transferência e veículo de transporte adaptado, a fim de garantir a acessibilidade e qualidade no cuidado às pessoas com obesidade^{21,22}.

A subdimensão 'Recursos Humanos' apresentou os resultados mais favoráveis no âmbito da gestão, apesar da qualificação das equipes de saúde demonstrar deficiência. É essencial adequar o número de equipes de Saúde da Família, de forma a garantir cobertura suficiente, consolidar a APS e assegurar o suporte de diferentes profissionais para o atendimento

integral às pessoas com obesidade e às demais necessidades de saúde do território²³. Além disso, a oferta sistemática e regular de qualificação para profissionais da APS e gestores do SUS, voltada à promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com obesidade, deve ser considerada pela gestão municipal, no intuito de assegurar a implantação da atenção nutricional e práticas menos estigmatizantes^{24,25}.

Na subdimensão 'Organização e Normatização', um dos indicadores avaliados retratou o compromisso da gestão municipal com a disponibilidade contínua de informações para a atenção nutricional, sendo observado resultado regular na maioria das unidades de saúde avaliadas. A oferta permanente dessas informações é fundamental para apoiar e subsidiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição voltadas ao enfrentamento da obesidade^{23,26,27}.

Nos demais indicadores dessa subdimensão, os resultados insatisfatórios relacionados às condições de acesso à saúde e aos fluxos e padronização da atenção à saúde revelam que ainda há um caminho a percorrer. A APS como 'porta de entrada' preferencial do sistema de saúde e o primeiro contato com a população demanda estratégias que ampliem seu alcance. Entre elas, destacam-se o funcionamento das UBS em horários estendidos e a possibilidade de o usuário participar da definição do horário e da frequência dos atendimentos, o que pode facilitar o acesso e favorecer a execução das atividades²⁸.

Além disso, a pactuação de fluxos de encaminhamento e regulação que articulem a APS com os demais pontos de atenção, bem como a padronização de protocolos clínicos, são medidas essenciais para assegurar a integralidade do cuidado. Tais ações contribuem para qualificar os encaminhamentos e a assistência à saúde, promovendo equidade do acesso e coordenação efetiva do cuidado às pessoas com obesidade^{23,29}.

O fortalecimento da subdimensão 'Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação' da gestão municipal é fundamental para que a atenção nutricional

seja efetivamente incorporada como prioridade na agenda da saúde. A ausência de um planejamento estruturado e de mecanismos de monitoramento e avaliação compromete a efetividade das ações, dificultando a continuidade e a qualificação das estratégias implementadas³⁰.

Nesse contexto, a integração com outras áreas técnicas da APS pode potencializar o impacto das ações, ampliando o alcance e a resolutividade no enfrentamento da obesidade. Para que isso ocorra, é fundamental garantir uma gestão orçamentária e financeira adequada, bem como valorizar o nutricionista como agente estratégico e técnico na coordenação e execução das ações de alimentação e nutrição no município, aspectos que apresentaram desempenho mediano nessa subdimensão. Tais ações devem estar regulamentadas por uma política de alimentação e nutrição municipal que dialogue com outras políticas públicas em desenvolvimento e esteja alinhada com a Política Nacional de Nutrição e Alimentação (PNAN) no âmbito federal³⁰.

Com relação à articulação intersetorial, os resultados indicam a necessidade de avanços adicionais. A gestão municipal demonstra compromisso com a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade ao integrar a área técnica de alimentação e nutrição nas instâncias de planejamento e gestão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), educação e assistência social³¹, reconhecendo a obesidade como uma condição influenciada por determinantes sociais, desigualdades de acesso e ambientes alimentares obesogênicos³². Para além das ações envolvendo a área técnica da pasta, é fundamental que as equipes de saúde promovam e viabilizem ações intersetoriais, envolvendo estruturas e equipamentos de diferentes setores de governo e da sociedade civil³².

Ademais, a gestão municipal reforça seu compromisso com a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade quando respeita e garante a participação do controle social na formulação, fiscalização e deliberação das políticas de saúde, incluindo aquelas para o enfrentamento

da obesidade, garantindo transparência e corresponsabilização no processo^{23,33}.

Na 'Vigilância Alimentar e Nutricional', o destaque positivo foi para o acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar da população e para o planejamento local. Esses resultados indicam a preocupação das equipes com o monitoramento contínuo dos marcadores de alimentação e nutrição que sinalizam os fatores de risco associados à obesidade^{27,34,35}.

Ainda nessa subdimensão, o planejamento das ações para o enfrentamento da obesidade deve estar incorporado à rotina de trabalho das equipes da APS, com base no reconhecimento das necessidades de saúde do território. Contudo, o indicador referente à apropriação do território apresentou resultado muito incipiente. Tal achado pode estar relacionado à atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017, que possibilitou a composição das equipes de atenção básica sem a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), figura fundamental na mobilização, orientação comunitária e na compreensão territorial^{36,37}.

Na 'Promoção à saúde e prevenção à obesidade', o resultado insatisfatório com relação à articulação intersetorial para a PAAS evidencia os desafios enfrentados pelas equipes de atenção primária no desenvolvimento das ações intersetoriais. Tais ações precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e demais equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e implementar intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade³⁸.

Além disso, a PAAS e o incentivo à prática de atividades físicas constituem vertentes fundamentais da promoção à saúde, as quais devem ser incorporadas pelas equipes de APS. Elas integram uma agenda estratégica de intervenções para prevenção da obesidade no território, refletindo o componente assistencial da atenção nutricional ao enfrentamento desse agravo²⁷.

Por fim, na subdimensão ‘Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais’, a avaliação revelou que as UBS demonstram preocupação com a identificação, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco da obesidade. O acesso a exames diagnósticos na APS pressupõe a qualidade do atendimento clínico e adequação dos tratamentos conforme a conduta profissional. A partir do diagnóstico, estabelece-se a estratificação de risco da população, considerando a classificação do seu estado nutricional e a presença de sinais e sintomas associados, com o objetivo de promover equidade no acesso à saúde^{1,11,13,39}.

Em contrapartida, o resultado incipiente para o indicador ‘Organização do Cuidado’ pode estar relacionado com a dificuldade na implantação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS (LCSO)⁴⁰, as quais orientam, na perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados dos usuários na rede de atenção. No âmbito da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, é fundamental reconhecer a obesidade como doença complexa e importante fator de risco para outras doenças e agravos, como as cardiovasculares e o câncer⁶. Nesse sentido, o modelo de avaliação para o enfrentamento da obesidade destaca a necessidade de posicionar essa condição como uma agenda prioritária para a gestão e a assistência em saúde.

O modelo avaliativo proposto demonstrou capacidade de identificar fragilidades e fortalecer na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da APS, contribuindo para orientar e subsidiar gestores na tomada de decisões e no aprimoramento das estratégias de cuidado. Além disso, apresenta o potencial para aplicação em outras pesquisas, em diferentes realidades, e que busquem analisar em profundidade as características do contexto local. Como limitação, destaca-se a ausência de observação direta *in loco* dos resultados reportados, o que pode implicar alguma imprecisão nas informações fornecidas pelos respondentes.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa revelam um cenário preocupante sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS em Santa Catarina, sendo o grau de implantação classificado como incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde analisadas e associado ao porte populacional do município. O modelo avaliativo utilizado nesta avaliação apresenta duas dimensões de análise, a gestão e a assistência, sendo que a assistência apresentou o melhor desempenho comparado com a gestão.

Identificou-se que grande parte das equipes realiza atividades de promoção à saúde e ações de vigilância alimentar e nutricional, bem como oferece atenção interdisciplinar e multiprofissional e conta, em diferentes graus, com profissionais qualificados. No entanto, essas equipes apresentam importantes deficiências relacionadas à infraestrutura, às condições para o acesso à saúde, aos fluxos e padronização da atenção, à apropriação do território e à organização do cuidado à pessoa com obesidade. Essas fragilidades indicam ações de saúde focalizadas e desarticuladas, impondo grandes desafios a serem superados pela gestão municipal.

Com a recente retomada das equipes multiprofissionais no contexto da APS, seria oportuna uma nova consulta junto às UBS para o diagnóstico das ações desenvolvidas no novo formato de atuação. O cumprimento das ações de alimentação e nutrição previstas para o enfrentamento da obesidade pode auxiliar no processo de construção das Linhas de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS, considerando o papel da APS na coordenação do cuidado em saúde.

Contribuições de autoria

Petrolini RS (0000-0002-1992-8189)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta,

análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Lacerda JT (0000-0002-1992-4030)* e Machado PMO (0000-0002-8630-8318)* contribuíram para

concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(3):221-262. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; United Nations Children's Fund; World Food Programme; World Health Organization. The State of Food Security and Nutrition in the World 2025. Addressing high food price inflation for food security and nutrition [Internet]. Rome: FAO; 2025 [acesso em 2026 jan 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cd6008en>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2024;403(10431):1027-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
4. World Obesity Federation. Atlas Mundial da Obesidade 2024 [Internet]. Londres: WOF; 2024 [acesso em 2026 jan 30]. Tradução: Instituto Cordial. Disponível em: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-196-atlas-24>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil [Internet]. Vol. 1. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
6. Lee JW, Choi YE, Kim DW, et al. Trends in socioeconomic costs of morbid obesity among Korean adults, 2009-2013: Data from National Health Insurance Service. *Obes Res Clin Pract.* 2018;12(4):389-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.04.010>
7. Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, et al. Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. In: Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines [Internet]. [local desconhecido]: Obesity Canada; 2020 [acesso em 2025 ago 11]. p. 1-14. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2025/03/15-Canadian-Adult-Obesity-CPG-Primary-Care.pdf>
8. Hawkes C, Demaio AR, Branca F. Double-duty actions for ending malnutrition within a decade. *Lancet Glob Health.* 2017;5(8):e745-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30204-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30204-8)
9. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev.* 2006;27(7):750-61. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30204-8.10.1210/er.2006-0032](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30204-8.10.1210/er.2006-0032)
10. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet.* 2019;393(10173):791-846. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1ª ed., 1ª

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 ago 11]. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 ago 11]. 212 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2025 ago 11]. 55 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
 14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 28; Edição 101; Seção I:29-30.
 15. Machado PMO, Lacerda JT. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: Cruz MM, Barros DC, Vitorino SAV. Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p. 639.
 16. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 292 p.
 17. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
 18. Souza R, Lacerda JT, Machado PMO. Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: proposta de modelo avaliativo. Saúde Debate. 2025;49(144):e9435. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449435P>
 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 cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 153; Seção 1:44-6.
 20. Machado PMO, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(2):e2020635. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200015>
 21. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. Saúde Debate. 2020;44(126):678-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>
 22. Reis EC, Brandão AL, Casemiro JP. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. DEMETRA. 2021;16:e55647. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.55647>
 23. Brandão AL, Casemiro JP, Reis EC, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e119. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>
 24. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):e00093419. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00093419>

25. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2ª ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2025 ago 11]. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
27. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e39. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
28. Starfield B. Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
29. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
30. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00152620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>
31. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade: obesidade como questão social e interseccional [Internet]. Ouro Preto: ENUT/UFOP; 2025 [acesso em 2026 jan 22]. 80 p. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/promocao-da-alimentacao-adequada-e-saudavel/estrategia-de-prevencao-da-obesidade/publicacoes/material_orientador_da_estrategia.pdf
32. Melo FCT, Carvalho DF. Intersectoriality of food and nutrition initiatives: relationship with the prevalence of obesity in the State of Paraíba. *Rev Nutr*. 2022;35:e220065. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202235e220065>
33. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(Supl 1):557-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>
34. Silva NJ, Silva JFM, Carrilho TRB, et al. Quality of child anthropometric data from SISVAN, Brazil, 2008-2017. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:62. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004655>
35. Campos DS, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00045821. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045821>
36. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
37. 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 21; Edição 183; Seção I:68-76.
38. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde Debate*. 2014;38(Esp):69-82. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>
39. Alberto NSMC, Barros DC, Vitorino SAS, et al. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. *Saúde Debate*. 2022;46(133):405-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>

40. Ferreira CR, Cesse EÂP, Alves CKA. Avaliação do grau da implantação da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Região de Saúde Central do Distrito Federal [dissertação]. Brasília, DF: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 120 f.

Recebido em 12/08/2025

Aprovado em 27/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) por meio da Chamada CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (número do Processo 1803560), mediante concessão de bolsa para Petrolini RS durante o desenvolvimento desta pesquisa

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

As relações entre corporação médica e bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019 a 2022)

The relationship between the medical entities and Bolsonaroism during the Bolsonaro administration (2019 to 2022)

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911375P

RESUMO O bolsonarismo é um movimento e ideologia neofascistas resultados da crise de hegemonia, cuja base social radica na alta classe média, reproduzindo-se também na categoria médica com a emergência de uma corrente neofascista na luta contra o Programa Mais Médicos entre 2013 e 2018. O objetivo aqui é descrever as relações da categoria médica e suas principais entidades – Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) – com o bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019-2022), identificando as contradições entre as correntes políticas que disputam a hegemonia do movimento médico. Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório nos marcos do materialismo histórico e dialético. As técnicas específicas de coleta de dados foram as pesquisas bibliográfica e documental e a Observação Direta Intensiva assistemática, participante, individual e na vida real. Já enquanto técnica de análise de dados, utilizaram-se a Condensação de Significado e a Hermenêutica-Dialética. Na fase pré-pandêmica, observou-se um movimento centrípeta das entidades médicas dirigidas pelas correntes bolsonarista e neoliberal em seu apoio ao governo federal. Posteriormente, as contradições geradas pela condução negacionista da pandemia motivaram fraturas entre AMB e CFM e destas com suas bases, disjuntiva que perdura até hoje.

PALAVRAS-CHAVE Medicina. Sociedades médicas. Fascismo. Pandemia. Covid-19.

ABSTRACT Bolsonaroism is a neo-fascist movement and ideology resulting from a crisis of hegemony, whose social base lies in the upper middle class, also reproducing itself in the medical profession with the emergence of a neo-fascist current in the fight against the More Doctors Program between 2013 and 2018. This paper aims to describe the relationship between the medical profession and its main entities – the Federal Council of Medicine (CFM) and the Brazilian Medical Association (AMB) – with Bolsonaroism during the Bolsonaro administration (2019-2022), identifying the contradictions between the political currents fighting for hegemony within the medical movement. This is a qualitative, descriptive, and exploratory study within the framework of historical and dialectical materialism. The specific data collection techniques were Indirect Documentation (bibliographic and documentary research) and unsystematic, participant, individual and real-life Intensive Direct Observation. For data analysis, Meaning Condensation and Hermeneutics-Dialectics were used. In the pre-pandemic period, a centripetal movement was observed in medical entities led by neo-fascist and neoliberal currents in their support for the federal government. Subsequently, the contradictions generated by the denialist handling of the pandemic led to fractures between AMB and CFM, and between these and their respective memberships, a disjunction that persists to this day.

KEYWORDS Medicine. Medical societies. Fascism. Pandemics. COVID-19.

¹Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Cajazeiras (PB), Brasil.
henriquegdantas@yahoo.com.br

Introdução

O Brasil vivencia, desde 2013, uma crise caracterizada em termos gramscianos como ‘crise de hegemonia’ ou ‘crise orgânica’¹, aquela que, segundo Poulantzas², abre a possibilidade de instauração de um Estado de exceção, o qual, por sua vez, pode assumir as ‘formas de regime’ do bonapartismo, da ditadura militar ou do fascismo. Boito Júnior³ identifica um conjunto de elementos e uma dinâmica que singularizam a crise de hegemonia pré-fascista, presentes na conjuntura brasileira. Entre os elementos ressalta: 1) crise de hegemonia no ‘bloco no poder’; 2) crise de representatividade dos partidos burgueses; 3) situação de derrota do movimento operário e popular que, contudo, permanece ativo; e 4) a constituição de uma classe intermediária como força social ativa e reacionária. A interação entre esses elementos conduz a uma dinâmica cuja culminância é o confisco político da força social reacionária das classes intermediárias pelas frações de classe burguesas que buscam restaurar seu domínio hegemônico no bloco no poder. Assim, conclui que a crise brasileira contemporânea não é consequência, mas a causa fundamental da radicalização política à direita que pariu um movimento de massas neofascista, cooptado pelo capital financeiro internacional e pela grande burguesia brasileira a ele associado, elegendo Jair Bolsonaro em 2018.

A categoria ‘neofascismo’ implica o reconhecimento de continuidades e diferenças em relação ao fascismo clássico. Ao analisar a natureza de classe deste, Hobsbawn⁴ identifica as classes sociais intermediárias, especialmente a pequena burguesia, como sua base social elementar, mobilizadas pelo ressentimento social da perda de *status*. O fascismo se diferenciaria de outras expressões políticas da extrema direita em razão de seu apelo permanente à mobilização de massas de baixo para cima: os fascistas seriam os revolucionários da contrarrevolução.

Poulantzas⁵ converge com Hobsbawn nessa caracterização, mas toma como chave heurística a categoria ‘classe-apoio’: classes e

frações que não compõem o bloco no poder e cujo apoio a ele se sustenta: 1) num processo de ilusões ideológicas, no qual o Estado não toma nenhuma medida politicamente apreciável a favor de seus interesses, mas apenas alguns compromissos menores; 2) no temor, fundado ou imaginário, do poder da classe operária, fator que pode ser exclusivo no seu apoio a classes que, eventualmente, prejudicam seus interesses, mas em um grau menor, real ou suposto, do que o faria o proletariado. Tal apoio se funda na ilusão ideológica particular do ‘fetichismo do poder’: em certas ocasiões, crença num Estado acima da luta de classes e que poderia servir a seus interesses contra aqueles interesses do bloco no poder; em outras, crença num Estado-guardião do *status quo*, contra a conquista do poder pela classe operária.

Quanto às diferenças entre o fascismo clássico e o neofascismo, Boito Júnior³ destaca que o último, no caso brasileiro, surgiu na semi-periferia do sistema imperialista enquanto o primeiro se restringiu a países centrais; trata-se de um movimento reacionário de massa predominantemente de alta classe média, e não pequeno-burguês; volta-se contra o movimento democrático e popular, e não contra um movimento socialista e comunista de massa com vocação para a tomada revolucionária do poder de Estado; e chegou ao governo cooptado pelo capital financeiro internacional e pela fração da burguesia brasileira a ele integrada, não por uma burguesia nacional expansionista. Ambos, todavia, prestam serviços a frações burguesas, mas sem se reduzirem a instrumentos passivos.

Tal caracterização do bolsonarismo é de importância decisiva. Medeiros e Araújo Júnior⁶, embora admitam a caracterização desse movimento como de ‘extrema direita’, criticam sua vagueza e, portanto, o não reconhecimento de sua especificidade dentro desse campo político mais amplo. Concomitantemente, recusam a categoria ‘populismo de direita’, por manter a mesma inexatidão e possibilitar falsas simetrias com um suposto ‘populismo de esquerda’,

prestando-se a deslegitimar todas as correntes políticas que questionam os princípios da democracia liberal, sacralizada e hipostasiada como valor universal, numa reedição histórica da categoria ‘totalitarismo’, emergida após a segunda guerra com sua falsa equivalência entre fascismo e estalinismo.

Já a caracterização do bolsonarismo como corrente política ‘neofascista’, além de maior precisão conceitual e poder explicativo, tem implicações estratégicas e táticas e o potencial de blindar tentativas de normalização do bolsonarismo na cena política, como já se verificou em editoriais da mídia corporativa com a expressão ‘bolsonarismo moderado’. É inconcebível pensar um ‘fascismo/neofascismo moderado’⁶⁽³⁾. [destaques do original].

Portanto, o bolsonarismo é um movimento político neofascista que busca instaurar um estado de exceção e que comporta uma ‘ideologia neofascista’ com elementos heterogêneos e contraditórios, mas que possibilitaram a atração de outras frações de classe e segmentos sociais (como os trabalhadores da massa marginal sob influência de igrejas cristãs fundamentalistas), destacando-se: o antipetismo/anticomunismo, o militarismo/armamentismo e o culto à violência, o neoliberalismo, o discurso antipolítica e antissistema, o conservadorismo moral, a homofobia, o fundamentalismo cristão, o antifeminismo e a misoginia, o racismo, o anti-indigenismo, o antiambientalismo, o antiglobalismo e o negacionismo científico⁷.

Medeiros e Araújo Júnior⁶ descrevem o processo de radicalização política à direita da maioria da categoria médica e sua adesão ao bolsonarismo (passando pelo apoio irrestrito à Operação Lava-Jato e derrubada do governo Dilma Rousseff) como reação a iniciativas de garantia do direito à saúde como o lançamento do Programa Mais Médicos (PMM). Recuperando as reflexões de Donnangelo⁸ sobre os diferentes subsistemas ideológicos no seio da categoria médica e de Campos⁹ sobre as correntes políticas

no bojo do movimento médico e a hegemonia da corrente neoliberal a partir dos anos 1980, os autores sustentam que, entre 2013 e 2018, no contexto de emergência do movimento neofascista brasileiro, ocorreu a irrupção e consolidação de uma corrente médica neofascista ou bolsonarista. Esta se caracteriza pela radicalização de sua ideologia liberal/neoliberal, convergência programática que viabiliza eventuais alianças com a corrente neoliberal tradicional nas diferentes entidades, mas:

é no campo da práxis política que a corrente neofascista/bolsonarista se singulariza e se distancia da neoliberal [...]. Muito mais do que pelo conservadorismo, essa nova corrente é marcada, na verdade, por seu profundo reacionarismo. Em sintonia com o ativismo político das classes intermediárias em contextos de crise de hegemonia e de fascização, tal práxis é marcada: 1) pela ferocidade discursiva, pela violência das palavras, e pelo rebaixamento argumentativo; 2) pela extrema ideologização; 3) pela mobilização permanente a partir de atos de rua e outras táticas de agitação e propaganda arrojadas nas redes sociais, em consultórios e em outros locais de trabalho; 4) pela construção de alianças com setores religiosos fundamentalistas e organizações da extrema-direita brasileira; e 5) pelo estabelecimento de uma relação de representação com ramos do aparelho repressivo do Estado (Operação Lava-Jato e, posteriormente, as Forças Armadas) e pela legitimação do autoritarismo estatal (típica do elitismo de herança colonial e escravista que marca a sociedade brasileira na preservação das desigualdades sociais) no combate a seus inimigos declarados: o PT e demais organizações do campo democrático e popular. Isso fundamentaria a chancela à política de saúde negacionista do Governo Bolsonaro e o apoio de alguns dos seus membros às aventuras golpistas do bolsonarismo⁶⁽¹²⁾.

Este artigo deriva de tese de doutorado cujo objetivo geral foi compreender as relações entre o bolsonarismo e a categoria médica e

seus reflexos na política de saúde no contexto da crise de hegemonia contemporânea¹⁰. Assim, o objetivo específico deste artigo é descrever as relações da categoria médica e suas principais entidades – o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) – com o bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019-2022), identificando as contradições entre as correntes políticas que disputam a hegemonia do movimento médico.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório nos marcos do materialismo histórico e dialético. A coleta de dados foi feita principalmente pela análise documental do ‘Jornal Medicina’ do CFM e do Jornal da Associação Médica Brasileira (Jamb). Quanto ao primeiro, contemplou-se o período de janeiro de 2019 a outubro de 2023 (números 287 a 344, à exceção dos números 289 e 313, ausentes no sítio eletrônico), cobrindo o governo Bolsonaro e os primeiros meses do terceiro governo Lula¹¹. Sua análise incluiu o editorial, a coluna ‘Palavra do Presidente’ e a seção ‘Política e Saúde’ de cada número, buscando destacar textos e fragmentos pertinentes ao objetivo da pesquisa. Quanto ao Jamb, igualmente, coligiram-se os números 1409 a 1426, recobrindo o editorial, a ‘Palavra do Presidente’ e matérias que abarcassem os temas pertinentes¹².

Outras fontes primárias foram o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a pandemia¹³, notas públicas e resoluções do CFM, e matérias jornalísticas que contextualizam o período. A seleção destas matérias buscou complementar documentalmente dados relevantes identificados por

Observação Direta Intensiva assistemática, participante, individual e na vida real levada a cabo pelo pesquisador que, pela condição de médico, acompanhava os debates da categoria. Não houve participação de seres humanos.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Condensação de Significado, que, segundo Araújo Jr.¹⁴, permite a abreviação dos significados encontrados num formato condensado sem perder sua essência, tornando possível transformar longos textos em notas curtas. A interpretação e crítica dos textos se deu pela Hermenêutica-Dialética tal como desenvolvida por Minayo¹⁵. Em suma, tal método de análise busca localizar a fala dos atores sociais em seu contexto para melhor ser compreendida. Tal compreensão tem como ponto de partida o interior da fala/texto e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala/texto.

Procedeu-se, assim, à seleção dos trechos mais significativos dos textos, os quais foram todos diretamente citados e suas Unidades Naturais sublinhadas no texto original da tese de doutorado¹⁰. Neste artigo são apresentados em formato de quadros contendo os significados condensados atribuídos a cada Unidade Natural e o sentido atribuído criticamente pela Hermenêutica Dialética. Elas expressam diretamente os posicionamentos das entidades da corporação médica, seu ideário e seus valores, ou o fazem de maneira velada.

Resultados e discussão

As relações da corporação médica com o bolsonarismo durante o governo Bolsonaro passaram por dois momentos distintos, tendo na pandemia de covid-19 seu divisor de águas. A cronologia dos principais eventos está sintetizada no *quadro 1*.

Quadro 1. Governo Bolsonaro, corporação médica, pandemia e crise política no Brasil: cronologia dos eventos

01/01/2019	Posse de Jair Bolsonaro como Presidente da República. Nomeação de Luiz Henrique Mandetta como Ministro da Saúde.
29/08/2019	Eleição dos novos conselheiros e da nova diretoria do CFM e aproximação com a AMB e sua linha bolsonarista.
26/02/2020	Primeiro caso confirmado de covid-19 no Brasil.
24/03/2020	Pronunciamento do Presidente da República inaugurando a linha negacionista de condução da pandemia.
16/04/2020	Demissão de Luiz Henrique Mandetta do Ministério da Saúde (MS). Nomeação de Nelson Teich como Ministro da Saúde. CFM publica o parecer nº 4/2020.
24/04/2020	Pedido de demissão de Sérgio Moro do Ministério da Justiça e Segurança Pública: primeiro grande cisma no movimento neofascista.
15/05/2020	Demissão de Nelson Teich do MS.
03/06/2020	O general Eduardo Pazuello é nomeado Ministro interino da Saúde.
25/07/2020	Pico da primeira onda pandêmica no Brasil.
24/08/2020	Cerimônia no Palácio do Planalto com o Presidente da República e o 'Movimento Brasil Vencendo a Covid', em defesa do tratamento precoce.
16/09/2020	O general Eduardo Pazuello assume definitivamente o MS.
08/11/2020	Início da segunda onda pandêmica no Brasil.
09/12/2020	Sociedade Brasileira de Infectologia publica o documento 'Atualização e Recomendações sobre a Covid-19', contrastando com as posições do CFM e da AMB.
08/01/2021	Posse da nova diretoria da AMB, crítica ao negacionismo bolsonarista.
14/01/2021	Crise de oxigênio em Manaus. Carta pública crítica ao CFM assinada por seis ex-presidentes e 14 ex-conselheiros.
17/01/2021	Primeira dose da vacina 'CoronaVac' (Butantan) é aplicada em evento com o governador de São Paulo.
23/03/2021	Exoneração do Gal. Pazuello e posse de Marcelo Queiroga no MS.
10/04/2021	Pico da segunda onda pandêmica no Brasil.
27/04/2021	Início dos trabalhos da CPI da pandemia no Senado.
03/08/2021	Lançamento da 'Aliança pela Saúde no Brasil': a busca por uma 'terceira via', com participação da AMB.
07/09/2021	Jair Bolsonaro discursa em tom golpista na Av. Paulista, ameaçando não mais acatar as decisões dos tribunais superiores e deslegitimando o processo eleitoral.
10/09/2021	Publicação do manifesto 'A Praça é dos Três Poderes' pela Fiesp e outras 247 entidades: o grande capital não endossa o golpismo.
26/10/2021	Aprovação do relatório final da CPI da pandemia.
07/12/2021	Aprovação do relatório da Conitec contraindicando o 'kit covid'. AMB vota a favor do relatório; CFM vota contra, em defesa do kit.
26/12/2021	Início da terceira onda pandêmica no Brasil.
04/01/2022	Vazamento de dados dos médicos participantes de audiência pública em defesa do direito de crianças serem imunizadas contra covid-19.
01/04/2022	Posse da nova diretoria do CFM: alinhamento bolsonarista mantido.
21/05/2022	Pico da terceira onda pandêmica no Brasil.
18/06/2022	Reunião de Jair Bolsonaro com embaixadores em Brasília, desacreditando o sistema eleitoral eletrônico em tom golpista.
30/10/2022	Segundo turno das eleições presidenciais. Vitória de Lula da Silva.
12/12/2022	Diplomação de Luiz Inácio Lula da Silva. Protestos violentos em Brasília promovidos por bolsonaristas.
24/12/2022	Tentativa de explosão de caminhão-tanque no aeroporto de Brasília por bolsonaristas.
01/01/2023	Posse de Luiz Inácio Lula da Silva.
08/01/2023	Intentona golpista bolsonarista na Praça dos Três Poderes.

Fonte: elaboração própria.

Na fase pré-pandêmica, observou-se um movimento centrípeto das entidades dirigidas pelas duas correntes políticas prevalentes no movimento médico (a bolsonarista e a neoliberal) em seu apoio ao governo federal, com livre trânsito no Ministério da Saúde (MS) e sustentação política ao então Ministro Luiz Henrique Mandetta, quando houve relativa estabilidade, unidade e convergência entre AMB e CFM. Numa segunda etapa, as contradições geradas pela condução negacionista da pandemia motivaram fraturas, tanto entre AMB e CFM, como entre suas direções e suas

bases; ocorreram rearranjos políticos nas relações entre as correntes médicas e destas com o bloco no poder, motivando um desgaste relativo da corrente neofascista.

O período pré-pandêmico

O *quadro 2* traz algumas unidades naturais extraídas das fontes primárias desse período e o sentido a elas atribuído a partir da técnica de Condensação de Significado e Hermenêutica-Dialética. O conjunto do material encontra-se na tese que origina esse artigo¹⁰.

Quadro 2. Resultado da análise de unidades naturais extraídas das fontes primárias do período pré-pandêmico e sentido atribuído para compreensão das relações entre corporação médica e bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019 a 2022), Brasil, 2026

Unidades Naturais	Sentido atribuído
“Presidente Bolsonaro recebe CFM – [...] Em reunião no Palácio do Planalto, a diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentou ao presidente da República, Jair Bolsonaro, e ao ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, o novo Código de Ética Médica (CEM), detalhado na Resolução nº 2.217/18 e já em vigor. Os representantes dos médicos apresentaram também uma pauta com quatro itens de reivindicações da categoria” n. 290 ¹¹⁽⁴⁾ .	Livre trânsito das entidades médicas no governo Bolsonaro.
“Acabou a Baderna - O ano de 2019 poderia ter entrado para a história como o início do fim da medicina no País, mas os vetos do presidente Jair Bolsonaro a trechos da lei do Médicos pelo Brasil e do Revalida evitaram o que seria uma grande baderna no processo de revalidação de diplomas de medicina egressos do exterior [...] ‘O presidente da República agiu de forma responsável e corajosa. A classe médica está muito grata a ele. A saúde da população brasileira não pode ser usada de maneira eleitoreira, como estava sendo feito novamente, de forma idêntica ao que ocorreu no Mais Médicos. O Revalida Light geraria médicos <i>fake</i> e quem usa o SUS é que pagaria a conta, com a própria saúde’, explica Diogo Sampaio, vice-presidente da AMB. [...] ‘Ficou muito claro nesse episódio o peso de interesses eleitoreiros e o poder de persuasão que a indústria do ensino médico tem junto aos legisladores, a ponto de conseguir que o Projeto de Lei fosse votado da forma como foi: a toque de caixa, de maneira improvisada” n. 1411 ¹²⁽²⁶⁻²⁹⁾ .	A construção da identificação da categoria com a imagem messiânica, salvacionista e supostamente ‘antissistema’ do Presidente por parte da AMB, inclusive a partir do repertório discursivo de seu vocabulário.
“Até o momento, todos os sinais apontam a abstinência como a melhor abordagem para tratar esses usuários. Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) empenha seu apoio à nova política nacional sobre drogas, em vigor desde o começo de abril, a partir da publicação de decreto assinado pelo presidente Jair Bolsonaro [...]. Isso inclui adotar medidas como a ampliação dos leitos de internação em psiquiatria, o aumento do apoio financeiro às comunidades terapêuticas, a realização de campanhas para desestimular o consumo de drogas e a adoção de planos eficazes para reprimir o narcotráfico. O CFM ajudou a construir o novo modelo de intervenção adotado pelo Governo, o qual foi discutido amplamente no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad)” n. 290 ¹¹⁽³⁾ .	O ‘empréstimo’ de cientificidade à nova política nacional sobre drogas pelo CFM, legitimando o proibicionismo e o ideário de ‘guerra às drogas’.
“A carreira federal para médicos, lançada pelo Ministério da Saúde, ainda não é a carreira de Estado destinada à categoria, conforme proposta defendida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades de classe. Contudo é inegável que se trata de avanço relevante ao proporcionar uma remuneração mais atraente e a possibilidade de contratação com carteira assinada” n. 293 ¹¹⁽²⁾ .	O anúncio do PMpB como compromisso menor com a categoria médica, reforçando seu estatuto de ‘classe-apoiio’.

Quadro 2. Resultado da análise de unidades naturais extraídas das fontes primárias do período pré-pandêmico e sentido atribuído para compreensão das relações entre corporação médica e bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019 a 2022), Brasil, 2026

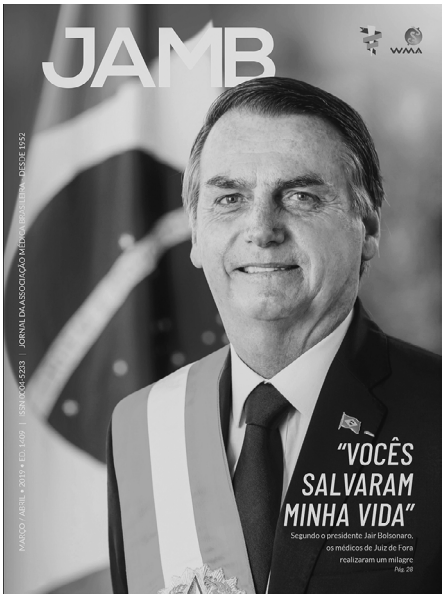
Unidades Naturais	Sentido atribuído
"Mauro Ribeiro assume a presidência - 'É intenção dessa gestão atuar com a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Federação Médica Brasileira (FMB), que são nossas grandes parceiras. Muitas vezes nosso relacionamento é prejudicado por razões políticas, mas a crise da medicina brasileira é tão grande, tão grave, que neste momento temos de nos despir de nossas vaidades, sentarmo-nos, e fazer alguma coisa que realmente faça a diferença na medicina brasileira.' [...] 'Muitas das críticas feitas ao Conselho Federal de Medicina - quanto à vinda dos médicos cubanos para o Brasil, ao exame Revalida e à abertura de escolas médicas no País, como se a instituição fosse omissa em relação a esses pontos - dizem respeito justamente ao conjunto de grandes bandeiras pelas quais batalhamos, em todos os níveis, junto com as outras entidades médicas. As críticas não deixaram qualquer tipo de sequele, qualquer tipo de sentimento negativo. Pelo contrário, nos fizeram refletir no sentido de que nos comunicamos mal com os médicos brasileiros'" n. 297 ¹¹⁽³⁻⁴⁾ .	A eleição dos novos conselheiros e nova diretoria do CFM (ago. 2019) e sua aproximação com a linha política da AMB, mais radicalizada e identificada com o bolsonarismo.

Fonte: elaboração própria.

Enquanto o CFM, dirigido pela corrente neoliberal, mediava a publicização de seu apoio político através das pautas da corporação, a vinculação político-ideológica com o novo governo era explícita no caso da AMB. Sua direção já era exercida pela corrente bolsonarista⁶. O primeiro número do Jamb em 2019 estampava a foto de Jair Bolsonaro na capa (*figura 1*) e trazia uma extensa matéria

dedicada a revisitar a atuação dos médicos da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG) no controverso episódio em que o então candidato foi alvo de um atentado¹². Assim, buscava-se operar discursivamente uma identificação do leitor com aquela equipe e, assim, afetivamente vinculá-lo a Bolsonaro, alimentando o característico culto ao líder que marca o fascismo.

Figura 1. Capa do Jamb, edição 1409, mar./abr. 2019



Fonte: Autor¹².

A força centrípeta do bolsonarismo, todavia, também atraía o CFM, cujo presidente, convergindo com outros setores sociais conservadores, criticava a estratégia de redução de danos na abordagem às drogas avalizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, legitimando a estratégia centrada na abstinência e a maior participação de manicômios e comunidades terapêuticas – muitas destas operadas por grupos evangélicos¹¹. Emprestando verniz pretensamente científico ao proibicionismo e ao ideário da guerra às drogas – empréstimo que também ocorreria ao negacionismo científico na pandemia – tal posição legitimava o conservadorismo moral e o fundamentalismo religioso do bolsonarismo. Tema de forte apelo popular, tal endosso possibilitava que essa ideologia ganhasse adeptos onde o Partido dos Trabalhadores (PT) tinha maior penetração, especialmente nos trabalhadores da massa marginal.

Outra matéria relata a apresentação ao Presidente da República do novo Código de Ética Médica e da pauta da autarquia (carreira de Estado, Revalidação de diplomas, acreditação de escolas médicas), reforçando o livre trânsito da corporação médica no governo. Nas duas edições seguintes, destaca-se a reivindicação pela revalidação de diplomas para exercício da medicina no país, flanco pelo qual a entidade mantinha sua oposição ao PMM. Já em julho, a capa era ocupada pelo anúncio governamental do programa com que se pretendia substituí-lo e atender parcialmente à demanda por uma carreira médica de Estado: o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)¹¹.

Por seu turno, a AMB fustigava ainda mais veementemente a permanência do PMM, resultado da necessidade de acomodações políticas junto a prefeitos e secretários de saúde, de sua regulamentação através de lei ordinária – exigindo revisão pelo Congresso Nacional, e da demora na implementação do PMpB. Assim, sintonizado com o anticomunismo bolsonarista, seu presidente escrevia:

O Mais Médicos se revelou um programa de financiamento do governo cubano e os EUA incluíram Cuba na lista de tráfico de pessoas, citando o Mais Médicos como uma das razões¹².

A situação envolvendo o PMM e o PMpB é bastante reveladora daquelas duas características que Poulantzas⁵ atribui ao estatuto das classes-apoio, segundo as quais o apoio por elas prestado ao bloco no poder se funda tanto no temor, imaginário ou real, do poder da classe operária (explicitado nas recorrentes referências negativas a Cuba no bojo da oposição ao PMM), bem como em ilusões ideológicas alimentadas por certas medidas de compromisso. O PMpB, abraçando parcialmente a reivindicação da carreira de Estado demandada pela corporação médica, cumpre exatamente esse papel. Considerando que a candidatura Bolsonaro já tinha sido confiscada pelo grande capital financeiro internacional³ e aplicava um programa de restauração neoliberal, radicalizando a lógica da austeridade fiscal, jamais haveria espaço para aquela reivindicação. Mas, como garantia algumas concessões (como a impossibilidade de médicos estrangeiros sem diplomas revalidados participarem, diminuindo pressão sobre o mercado de trabalho), o novo programa alimentava a ilusão de que aquele era ‘seu governo’, o que explica a resiliente fidelidade a ele mesmo depois do descalabro da pandemia.

Outro bom exemplo são os vetos que o Presidente da República aplicou à possibilidade de revalidação de diplomas, por instituições privadas, de médicos formados no exterior. “A pedido do CFM, Presidente Jair Bolsonaro vetou trecho da lei que trata da revalidação de diplomas estrangeiros”¹¹, celebrou a autarquia. A identificação com o presidente fica ainda mais patente no JAMB, na matéria ‘Acabou a Baderna’¹². O tom dramático, quase messiânico, e a imagem salvacionista de que o Presidente da República é investido convergem com o vocabulário utilizado pelo vice-presidente da entidade, muito parecido ao que costuma compor

o repertório discursivo de Jair Bolsonaro e seus apoiadores, reforçando a identificação junto a ele, o sentimento de representação e o culto a sua liderança. A matéria ilustrava bem a polarização que ocorria, então, entre os poderes executivo e legislativo, pela qual a militância neofascista buscava acossar o presidente da Câmara de Deputados Rodrigo Maia, do Democratas (DEM), transparecendo os elementos antissistema e antipolítica da ideologia bolsonarista.

Nesse sentido, é didática a entrevista da então Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Mayra Pinheiro. Ela ganhou notoriedade à frente do Sindicato dos Médicos do Ceará (2013 a 2018) e se visibilizou no contexto da chegada dos primeiros intercambistas cubanos a Fortaleza, quando teve repercussão nacional o ato promovido por médicos locais no qual gritavam “*Escravos! Escravos!*” contra os estrangeiros, motivando inúmeras matérias jornalísticas condenando a ação por racismo e xenofobia. Ela ficaria conhecida posteriormente pela alcunha de ‘Capitã Cloroquina’ em virtude da defesa intransigente da estratégia governista para enfrentamento da covid-19. Candidata a deputada federal pelo Partido Liberal em 2022, ela simboliza o movimento de radicalização política da categoria e sua vinculação ao bolsonarismo. Na entrevista, além das usuais desqualificações ao PMM, anunciava a conclusão do projeto que viria a ser o PMpB e exaltava a atuação da AMB, transparecendo a relação de representação com a entidade e a organicidade com a corrente bolsonarista que a dirigia.

O segundo semestre de 2019 foi marcado pelo encerramento da gestão do CFM iniciada

em 2014 e eleição dos novos conselheiros, que seguiriam até setembro de 2024, e, a partir destes, da nova direção, que seguiria até abril de 2022. Destaca-se o movimento de continuação e renovação, indicando um processo de composição política. A diferença no tom e na explicitação do discurso político entre CFM e AMB, mais radicalizado nesta última, indicava, para além das especificidades institucionais, as diferenças políticas nos grupos à frente das respectivas entidades, com maior peso das correntes neoliberal e bolsonarista respectivamente⁶. As sucessivas derrotas contra o PMM motivaram cisões entre as lideranças do movimento médico e um descompasso político entre CFM e AMB¹⁶. Isso culminou na emergência de uma corrente neofascista na direção da segunda entidade, capaz de expressar melhor o ressentimento político e a revolta da categoria, bem como seu alinhamento ao bolsonarismo e ao Governo Bolsonaro⁶. A composição política da nova gestão do CFM permitiu contornar esse desalinhamento entre as duas entidades a partir da presença de lideranças emblemáticas da gestão anterior da AMB (2011-2017) como seus representantes entre os conselheiros, viabilizando a unidade entre as duas entidades nos meses seguintes, o que teria implicações nos posicionamentos do CFM, especialmente durante a pandemia de covid-19.

O período durante e após a pandemia

O *quadro 3* traz unidades naturais extraídas das fontes primárias desse período e o sentido a elas atribuído:

Quadro 3. Resultado da análise de unidades naturais extraídas das fontes primárias do período pandêmico e sentido atribuído para compreensão das relações entre corporação médica e bolsonarismo durante o governo Bolsonaro (2019 a 2022), Brasil, 2026

Unidades Naturais	Sentido atribuído
“O CFM abordou o tratamento precoce para covid-19 no Parecer nº 4/20 em respeito ao médico da ponta, que não tem posição política ou ideológica e exerce a profissão por vocação de servir e fazer o bem [...] O ponto fundamental que embasa o posicionamento do CFM é o respeito absoluto à autonomia do médico na ponta de tratar, como julgar mais conveniente, seu paciente, assim como à autonomia do paciente de querer ou não ser tratado pela forma proposta pelo médico assistente. [...] O Parecer nº 4/20 não apoia ou condena o tratamento precoce ou qualquer outro tratamento farmacológico ou protocolos clínicos de sociedades de especialidades ou do Ministério da Saúde. O Parecer respeita a autonomia do médico e do paciente para que ambos, em comum acordo, estabeleçam qual tratamento será realizado. Para aqueles que insistem em atacar publicamente o CFM, fazendo pressão para que mude o Parecer, visando apoiar ou proibir o tratamento precoce, esclarecemos que essas ações políticas são inúteis, como têm sido até agora e continuarão sendo” n. 310¹¹⁽³⁾. “Para o Conselho Federal de Medicina (CFM) essa responsabilidade deve ser assumida pelos gestores públicos, em especial pelos governadores e seus secretários de saúde, que precisam, urgentemente, dar a esse grupo de homens e mulheres comprometidos com a vida acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) de qualidade” n. 302¹¹⁽³⁾. “O Consórcio Nordeste, formado por um grupo de governadores da região, defende que esses egressos atuem sem a revalidação de diplomas durante a pandemia. [...] A Associação Médica Brasileira (AMB) é absolutamente contrária à ideia. ‘O Consórcio Nordeste não informa com a necessária clareza onde seria necessário um maior contingente de médicos, o que torna impossível identificar a real necessidade, reafirmando a postura oportunista eleitoreira’ [...] avalia Diogo Sampaio, vice-presidente da AMB” n. 1.413¹²⁽⁶⁾. “Infelizmente, a politização também atingiu sociedades de especialidades médicas e grupos ideológicos de médicos, principalmente quanto ao chamado tratamento precoce, com hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina” n. 310¹¹⁽³⁾. “O derby político em torno da hidroxicloroquina deixará um legado sombrio para a medicina brasileira, caso a autonomia do médico seja restringida, como querem os que pregam a proibição da prescrição da hidroxicloroquina. [...] A AMB [...] tem o compromisso de defender a preservação da autonomia do médico. Também defenderá o Parecer 4/2020 do Conselho Federal de Medicina, que disciplina o assunto. [...] A AMB esclarece que não defende o uso da hidroxicloroquina, mas sim a autonomia do médico em situações como a vivida na pandemia, com o uso <i>off label</i>, consagrado na medicina, sempre que o médico assim julgar necessário. [...] ‘Não podemos permitir que ideologias e vaidades, de forma intempestiva, alimentadas pelos holofotes, nos façam regredir em práticas já tão respeitadas. Não se pode clamar por ciência e adotar posicionamentos embasados em ideologia ou partidarismo, ignorando práticas consolidadas na medicina. Isso é um crime contra a medicina, contra os pacientes e, sobretudo, contra a própria ciência’, ressalta Lincoln Ferreira, presidente da AMB” n. 1414¹²⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. “Precisamos de um ministro que reconheça a importância das medidas preventivas defendidas por todas as entidades médicas nacionais e internacionais. É preciso orientar com todas as letras, sem qualquer subterfúgio: ‘Pratiquem o isolamento social. Usem máscaras. Evitem aglomerações. Faça a higiene das mãos constantemente com água, sabão e álcool em gel. Vamos rastrear todos os contactantes’. É essencial estar em sintonia com o que as sociedades de especialidades, a Associação Médica Brasileira e suas federadas preconizam” n. 1416¹²⁽³⁾. “A CPI já conta com elementos para apontar responsabilidades dos autores de inúmeras faces da tragédia, como a falta de oxigênio no Amazonas, entre outras. [...] A Associação Médica Brasileira, assim como os brasileiros de bem, clamam por apuração imediata, ágil e aprofundada. É mister a punição exemplar de responsáveis por quaisquer ilegalidades que venham a ser comprovadas. Inclusive de médicos que, confirmados depoimentos de depoentes, teriam supostamente participado e encabeçado o esquema. A AMB sairá invariavelmente em defesa da Ética e da assistência digna aos cidadãos. Caso consistentes o teor dos depoimentos à CPI da Covid-19, simplesmente estaríamos retrocedendo à barbárie, colocando o Brasil como sujeito de uma das piores atrocidades contra a humanidade de toda a história” n. 1418¹²⁽²⁶⁻²⁷⁾. “Uma coisa é certa: nesta equação não há culpados, mas vítimas que devem buscar na união de esforços uma saída para o quadro que se avizinha” n. 315¹¹⁽²⁾.	Defesa da autonomia médica a partir de uma suposta neutralidade política do CFM como mecanismo indireto de legitimação do negacionismo científico bolsonarista na condução da pandemia. Respaldo à linha bolsonarista de atacar governadores e oposicionistas durante pandemia. Reação da corrente bolsonarista no CFM e na AMB contra as sociedades de especialidades médicas que exigiam a condenação do uso <i>off label</i> do chamado ‘kit covid’: divisão no seio da corporação como expressão do processo de desafetação em relação ao bolsonarismo. Afastamento da AMB do bolsonarismo e combate à linha negacionista do governo federal a partir da posse da nova diretoria em janeiro de 2021. Apoio explícito da AMB à CPI da pandemia no Senado (abr. – out. 2021), contrastando com o silêncio conivente do CFM.

Fonte: elaboração própria.

Nas primeiras semanas, o CFM ratificava o estímulo à higienização e ao isolamento social¹¹. Em 24 de março de 2020, todavia, ocorre o controverso pronunciamento do Presidente da República no qual acusava a imprensa de provocar histeria, minimizava a gravidade da doença, condenava as ações de governadores e prefeitos que estimulavam o isolamento social, estabelecia a falsa dicotomia entre proteção da economia e dos empregos e a proteção da vida, e iniciava sua campanha de promoção da cloroquina/hidroxicloroquina para o tratamento precoce da doença.

Firmava-se, então, a crise governamental entre Jair Bolsonaro e seu Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que sustentava a manutenção do isolamento social como estratégia sanitária, recusando o negacionismo do seu chefe. O desfecho foi a demissão do ministro em 16 de abril, crise que se aprofundaria com o pedido de demissão de Sérgio Moro do Ministério da Justiça nove dias depois, primeiro grande cisma nas fileiras neofascistas do governo. Mandetta foi substituído pelo oncologista Nelson Teich, sócio da Teich Health Care – consultoria de serviços médicos –, e consultor informal da campanha eleitoral de Bolsonaro em 2018. O novo ministro, por seu turno, seria demitido apenas 29 dias depois por também discordar do presidente sobre temas como uso da cloroquina e medidas de isolamento. Assumiria, então, o General Eduardo Pazuello, que permaneceria no cargo entre 16 de maio de 2020 e 23 de março de 2021 disposto a enquadrar o MS aos ditames do presidente.

Mandetta (DEM) não se vinculava diretamente ao movimento médico, não sendo, portanto, representante orgânico de nenhuma de suas correntes propriamente, fazendo a interlocução, quando da luta contra a implementação do PMM, com o conjunto das entidades médicas, até então hegemônicas pela corrente neoliberal. Na condição de parlamentar e, posteriormente, de Ministro da Saúde, o papel partidário do DEM de buscar representar os interesses da burguesia agrária e dos grandes proprietários de terra na cena

política o colocava no campo neoliberal ortodoxo e da restauração do neoliberalismo no contexto da derrubada de Dilma Rousseff, mas de tal modo que sua forma tradicional de fazer política parlamentar não o caracterizava como integrante do núcleo bolsonarista na composição do governo Bolsonaro. Logo, na relação com as entidades médicas, seu estilo e sua prática política não era aquela da corrente médica neofascista que irrompera recentemente. Sua queda, seguida imediatamente pela de Nelson Teich, personagem sem qualquer liderança no seio da categoria nem em outras forças sociais, abriu espaço para que a corrente médica neofascista encontrasse guarida no MS sob a gestão do General Pazuello. Este não tinha qualquer vinculação com a categoria até então e aparecia como mero preposto do Presidente da República. Sua administração, porém, daria maior protagonismo à corrente médica neofascista e viabilizaria um fenômeno típico do processo de fascização das classes intermediárias – a relação de representação com um ramo do aparelho repressivo do Estado, no caso as Forças Armadas².

Diante da turbulência daqueles meses, chama atenção o silêncio do CFM sobre a atitude de Jair Bolsonaro no primeiro semestre de 2020, quando da primeira onda epidêmica. O que se percebe é um endosso sutil e velado à tática política bolsonarista, seja dando verniz científico ao uso *off label* da cloroquina e da hidroxicloroquina por meio do controverso parecer nº 4/2020, seja direcionando sua crítica a parlamentares e governadores, dessa vez pelo flanco aberto pelas tentativas de alguns desses atores em flexibilizar o processo de revalidação e de contratação de médicos formados no exterior para enfrentamento da pandemia.

O famigerado parecer¹⁷ manteve-se vigente durante toda a pandemia, contradizendo os estudos que demonstravam a falta de evidência para o uso da cloroquina, hidroxicloroquina e outros fármacos (que vieram a ficar conhecidos como ‘*kit covid*’). Assim, respaldava-se a conduta de profissionais como os que integravam o ‘Movimento Brasil vencendo a

Covid', apontado no relatório da CPI¹³, que investigou a realização de evento presidencial onde esse movimento foi protagonista e do qual participaram membros do CFM e da AMB. Tal movimento impulsionava a propaganda governamental do dito 'tratamento precoce', divulgando experiências tidas como bem-sucedidas e críticas à 'ciência tradicional', a qual estaria supostamente subordinada a interesses ideológicos e econômicos nas sociedades médicas¹⁶. Isso é revelador da lógica conspiracionista que mescla negacionismo científico com o discurso antipolítica e antisistema, elementos fundamentais do universo ideológico bolsonarista.

Segundo Dias, Lima e Lobo¹⁶⁽⁹⁹⁾,

Integrantes desses grupos originam-se de movimentos médicos locais, de cunho conservador e religioso, como é o caso do movimento 'Ainda Há Bem' no Ceará, contrário à descriminalização do aborto.

Eles lembram ainda que a CPI revelou uma audiência com o Presidente da República, articulada pelo médico Osmar Terra, da qual participaram representantes da 'Associação Médicos Pela Vida Covid-19', contando inclusive com a presença de representantes do CFM, cumprindo o papel de um 'gabinete paralelo' ao MS para sustentação da agenda negacionista¹⁶.

Tal sustentação motivou críticas ao CFM e à AMB oriundas de entidades científicas e sociedades de especialidades médicas, apoiadas em estudos robustos largamente difundidos em revistas renomadas, os quais apontavam não apenas a falta de evidências de benefícios do tratamento precoce como a evidência de sua eventual maleficência. Esse foi o caso da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) em dezembro de 2020, cuja posição reverberou bastante na imprensa nacional e gerou uma forte reação dos apoiadores de Jair Bolsonaro, inclusive da AMB e do CFM, de tal forma que diversas outras entidades vieram a público se somar à SBI.

O que se depreende desse episódio é que a contradição cada vez maior entre o

negacionismo científico no bojo do bolsonarismo e os princípios científicos mais elementares da medicina gerava clivagens no seio da categoria médica e de suas entidades pelas quais se desenvolvia um incipiente, frágil, mas impactante processo de 'desafetação', assemelhado ao descrito por Poulantzas¹⁸ em relação às classes, frações de classe e segmentos populacionais durante o período do fascismo instituído em Itália e Alemanha no entreguerras.

Esse processo seria aprofundado no primeiro semestre de 2021, quando da segunda onda pandêmica, dos diversos indícios de cometimento de crimes¹³ durante o caos assistencial em Manaus, e da oposição bolsonarista às vacinas. Isso esgarçou ainda mais as divisões no seio da categoria médica. A corrente neoliberal, articulada em torno das sociedades médicas de especialidades, reorganizou-se em torno da defesa da vacinação, convergindo politicamente para o então governador de São Paulo, que buscava capitalizar politicamente o desenvolvimento da CoronaVac pelo instituto Butantã em parceria com laboratório chinês. Em janeiro, uma carta assinada por seis ex-presidentes e 14 ex-conselheiros do CFM cobrava uma manifestação pública claramente contraposta à linha negacionista do governo.

A omissão do CFM não passou despercebida pela imprensa nacional. Veículos deram destaque às relações entre conselheiros e governo federal, como o caso do ginecologista Raphael Câmara, secretário de atenção primária à saúde, cujos vínculos com a Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, eram notórios. Investigando a filiação partidária dos membros da autarquia junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE), soube-se que, dos 28 conselheiros efetivos, 16 integravam partidos da base do governo no Congresso Nacional, como Partido Social Liberal (PSL), DEM, Movimento Democrático Brasileiro (MDB), Partido da Mobilização Nacional (PMN), Solidariedade, Podemos e Novo. Destaque para José Hiran da Silva Gallo, tesoureiro e futuro presidente da autarquia a partir de abril de 2022, filiado ao

MDB; Florentino de Araújo Cardoso Filho, ex-presidente da AMB (2011 a 2016), filiado ao Novo; e Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, 3º vice-presidente, ávido defensor do falso tratamento precoce e filiado ao PSL¹⁹.

A desafetação na categoria se refletiu na AMB, cuja nova diretoria, empossada em janeiro de 2021 sob hegemonia da corrente neoliberal, procuraria abandonar a orientação explicitamente adesista ao governo, buscando realinhar a entidade tanto com parte da base da categoria quanto com as sociedades de especialidades.

Assim, instaura-se uma disjuntiva entre o CFM e a AMB que ficaria explícita em dois episódios. O primeiro foi a queda do general Pazuello do MS e a nomeação do médico Marcelo Queiroga, com o apoio explícito do CFM, contrastando com a discrição da AMB. O segundo foi o mais importante acontecimento político de 2021: os trabalhos da CPI da pandemia no Senado, frente aos quais o CFM silenciou (à exceção de sua defesa à médica bolsonarista Nise Yamaguchi), enquanto a AMB apoiou abertamente em diversas situações, como nos crimes revelados do caso Prevent Senior¹³.

Exemplo lapidar dessa disjuntiva foi a divergência no seio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec) quanto à contraindicação do chamado ‘kit covid’ ao fim de 2021. Posicionaram-se contra a liberação: AMB, as agências nacionais de Saúde Suplementar (ANS) e Vigilância Sanitária (Anvisa), os conselhos nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), e as secretarias de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) e Vigilância em Saúde (SVS). A favor de liberar o kit, a Secretaria Executiva do MS e as de Saúde Indígena (Sesai), Atenção Primária à Saúde (Saps), Atenção Especializada à Saúde (Saes) e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), além do CFM¹².

O fato é revelador da resistência do corpo técnico de diferentes secretarias do MS e

agências reguladoras, ilustrando a resistência passiva que Poulzantas já apontara e que, gradativamente, “provocou um certo isolamento do fascismo instituído nas classes e frações de classe onde tinha conseguido apoio”¹⁸⁽⁶³⁾. Embora aqui o neofascismo não tenha se instituído enquanto regime de exceção, é esse gradativo divórcio que se percebe entre parte dos profissionais de saúde e o bolsonarismo. E foi para contornar essa resistência e materializar um paralelismo das redes e correias de transmissão de poder² a razão pela qual os bolsonaristas conformaram um ‘gabinete paralelo’ composto por médicos, políticos e empresários, que atuou ao arremio das orientações técnicas do MS para aconselhar a presidência da República na condução negacionista da pandemia, sem investidura formal em cargos públicos¹³.

Significativo também foi o silêncio do CFM quanto ao vazamento de dados dos médicos que, em janeiro de 2022, participaram de audiência pública para defender o direito das crianças de 5 a 11 anos serem imunizadas contra covid-19 e que os bolsonaristas buscavam obstaculizar. Já a AMB condenou publicamente o ocorrido¹². Tais diferenças se expressaram na posse da nova diretoria do CFM em abril de 2022, que manteria seu alinhamento ao bolsonarismo²⁰, e de cuja cerimônia a AMB participou apenas virtualmente¹¹.

Além disso, a AMB se movimentaria em torno da ‘Aliança para o Brasil’, articulação que congregava entidades representativas do grande empresariado (bancos, indústria, comércio) para viabilizar a construção de uma ‘terceira via’ para as eleições de 2022. Diante das consequências desagregadoras da linha política do bolsonarismo para a saúde pública e, mais amplamente, para a consolidação de uma dominação hegemônica do bloco no poder, buscava-se uma alternativa oriunda da direita tradicional que pudesse estabilizar a crise política atendendo aos interesses da fração do capital financeiro internacional e seus associados no país. A candidatura supostamente de ‘centro’ buscava superar a

polarização política entre bolsonaristas e petistas, operando discursivamente uma falsa simetria pela qual Lula da Silva seria a versão à esquerda do extremismo de Jair Bolsonaro, mas tal operação fracassou estrondosamente.

Nenhuma das duas entidades fez qualquer menção ao resultado eleitoral ou aos eventos golpistas que se seguiram ao pleito e que culminaram na intentona de 08 de janeiro de 2023, embora a então presidenta interina do CFM tenha compartilhado imagens comemorando os atos na Praça dos Três Poderes²¹. Em um dos momentos mais críticos da história do país, nenhuma referência à defesa da democracia ou ao exercício da cidadania permearam suas publicações, palavras sob as quais se tornara habitual o apelo à mobilização política da categoria quando do *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff, por exemplo. O motivo dessa omissão certamente era a profunda divisão na categoria, representando um obstáculo às diretorias em explicitar seus posicionamentos, arriscando se indispor com parcelas expressivas de suas bases e verem enfraquecer a ascendência das correntes políticas a que se vinculavam.

Considerações finais

Após uma primeira fase de convergência e unidade no seio do movimento médico no bojo da derrota do inimigo comum nas eleições de 2018, a ‘bolsonarização’ da política de saúde e suas contradições, em especial na condução da pandemia de covid-19, gerou clivagens profundas entre as AMB e CFM e destas com suas bases, demonstrando o caráter oscilante típico das classes intermediárias.

A pesquisa não contemplou outras entidades, como Federação Nacional de Médicos (Fenam), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e Federação Médica Brasileira (FMB), o que pode limitar uma compreensão mais extensiva da categoria médica. Tampouco foi objetivo deste artigo analisar as movimentações da corporação durante o governo Lula III e que poderiam iluminar

aspectos do período anterior. Tais restrições exigem novas pesquisas a partir das categorias de Poulantzas^{2,5,18}, Donnangelo⁸ e Campos⁹.

Preliminarmente, apesar das duas principais entidades médicas terem convergido nas pautas corporativas mais caras, como a oposição ao PMM revitalizado no governo Lula III, a defesa da revalidação de diplomas estrangeiros para exercício da medicina e a contraposição à abertura de novos cursos, o que se verificou após 2022 foi a continuidade daquela disjuntiva originada na pandemia. É o que indica a reeleição da gestão da AMB em 2023 com 63,5% dos votos¹² contra a corrente neofascista e, em 2024, as eleições para conselheiros do CFM e nova diretoria, com maioria bolsonarista. O que se desenha no horizonte político da categoria é a manutenção da disputa entre a corrente neoliberal e a bolsonarista pela direção do movimento médico, com pontos de convergência na oposição ao PT e em suas raízes programáticas comuns.

No entanto, em que grau se manterá seu processo de radicalização e alinhamento ao neofascismo ou se aprofundará um processo de desafetação, certamente dependerá do desfecho da crise de hegemonia, que perdura a despeito da derrota eleitoral do bolsonarismo e dos reveses jurídicos de Jair Bolsonaro. A pandemia e sua condução negacionista interditou a função hegemônica da política de saúde, ou seja, a ‘bolsonarização’ da política de saúde foi determinante para a derrota eleitoral do movimento neofascista brasileiro. Todavia, o capital financeiro internacional e a burguesia brasileira a ele integrada seguem usando a ameaça neofascista para acossar o governo de frente ampla e o bolsonarismo pode ser reabilitado, já que não se trata de um instrumento passivo.

Fato é que a condição para a derrota da corrente médica neofascista é a derrota do bolsonarismo na luta de classes, o que exige não apenas a defesa retórica da democracia em abstrato, mas, como demonstra a história, a mobilização de massas das forças democráticas e antifascistas em torno de um programa que consiga atrair parte das classes médias e demais setores sociais

base do bolsonarismo a partir de conquistas econômicas concretas. Isso não significa descuidar da luta ideológica; ao contrário, esta implica a reivindicação de punição aos crimes da pandemia: memória e justiça são instrumentos de combate à ameaça neofascista.

Araújo Júnior, orientador da tese de doutorado da qual deriva este artigo e que veio a falecer em 26 de março de 2025. Agradeço ainda à professora Ma. Daniele Andrade de Carvalho pelo apoio, crítica e sugestões ao texto.

Agradecimentos

Meus agradecimentos e homenagem ao Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de

Contribuições de autoria

Medeiros HGD (0000-0002-2336-8081)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Bianchi A. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. *Rev Outubro* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 nov 11];(28):27-35. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/04/02_Bianchi_2017.pdf
2. Poulantzas N. Fascismo e ditadura: a III internacional face ao fascismo. Porto: Portucalense; 1972.
3. Boito Júnior A. O caminho brasileiro para o fascismo. *Cad CRH*. 2021;34:e021009. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.35578>
4. Hobsbawm E. A era dos extremos: o breve século XX 1914-1991. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
5. Poulantzas N. Poder político e classes sociais. São Paulo: Unicamp; 2019.
6. Medeiros HGD, Araújo Júnior JLAC. A radicalização política à direita da categoria médica e sua adesão ao bolsonarismo de 2015 a 2018. *Physis*. 2025;35(1):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350139pt>
7. Medeiros HGD, Araújo Júnior JLAC. Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. *Trab Educ e Saúde*. 2024;22:e02811259. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2811>
8. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
9. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento. A defesa da prática liberal da Medicina. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Medeiros HGD. O bolsonarismo, a categoria médica e a política de saúde no contexto da crise de hegemonia contemporânea [tese na Internet]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2024 [acesso em 2025 nov 18]. 299 p. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/28625548-b277-4dae-8bdb-37a3ec4c83fc>
11. *Jornal Medicina* [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. XXXIV-XXXVIII, nº 287-344,

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2019-2023. [acesso em 2025 nov 18]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/bb_publicacoes/jornal-medicina
12. Jornal da Associação Médica Brasileira [Internet]. São Paulo (SP): Associação Médica Brasileira. nº 1409-1426, 2019-2023 [acesso em 2025 nov 18]. Disponível em: <https://amb.org.br/jamb/>
 13. Senado Federal (BR), Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia Instituída pelos Requerimentos nº 1.371 e 1.372, de 2021. Relatório Final [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2021 [acesso em 2025 nov 18]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2021/10/26/relatorio_final-26102021-12h40-1.pdf
 14. Araújo Jr JLC. Health sector reform in Brazil, 1995-1998: An health policy analysis of a developing health system [tese]. Leeds: University of Leeds, Nuffield Institute for Health; 2000.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 16. Dias HS, Lima LD, Lobo MSC. Do 'Mais Médicos' à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira. *Saúde Debate*. 2021;45(Esp 2):92-106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E207>
 17. Conselho Federal de Medicina (BR). Parecer CFM nº 4/2020, de 16 de abril de 2020. Considerar o uso da cloroquina e hidroxiclороquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2020 [acesso em 2025 nov 20]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>
 18. Poulantzas N. A propósito do impacto popular do fascismo. In: Macciocchi MA, organizador. *Elementos para uma análise do fascismo*. Lisboa: Livraria Bertrand; 1977. p. 59-69.
 19. Martins L. Secretário de Pazuello com cadeira no CFM é o elo entre o bolsonarismo e a classe médica. *Intercept Brasil* [Internet]. 2021 fev 8 [acesso em 2025 nov 20]. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2021/02/08/raphael-camara-secretario-de-pazuello-e-elo-entre-bolsonarismo-e-cfm/>
 20. Lara B. Novo presidente do CFM acredita que Bolsonaro 'se desdobrou' no enfrentamento à pandemia. *Intercept Brasil* [Internet]. 2022 abr 23 [acesso em 2025 nov 25]. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2022/04/29/novo-presidente-cfm-bolsonaro-se-desdobrou-na-pandemia/>
 21. Lara B. Ministério da Saúde cobra ação do CFM contra médicos antivacina após órgão contribuir para caos da pandemia. *Intercept Brasil* [Internet]. 2023 mar 30 [acesso em 2025 nov 25]. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2023/03/30/cfm-cobrado-pelo-ministerio-da-saude-contra-medicos-antivacina/>

Recebido em 02/12/2025

Aprovado em 12/02/2026

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

Nutricionistas como influenciadores digitais: dilemas éticos e implicações para a prática profissional

Nutritionists as digital influencers: Ethical dilemmas and implications for professional practice

Jamilly Lobo de Freitas Francisco¹, Patricia Henriques¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910788P

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar se as publicações realizadas por nutricionistas no Instagram estão em conformidade com o Código de Ética e Conduta do Nutricionista. Realizou-se uma pesquisa exploratória documental de abordagem quali-quantitativa. Para a busca dos perfis, utilizaram-se os termos “nutri” e “nutricionista”, sendo incluídos nutricionistas brasileiros com mais de 15 mil seguidores e com conta aberta ao público. Dessa forma, 250 postagens de 50 perfis profissionais foram exportadas para o software Atlas.ti, no qual ocorreu a análise das conformidades segundo o Código de Ética. Os resultados indicaram elevada frequência de infrações éticas, como ausência de identificação profissional, falta de respaldo técnico-científico nas publicações, omissão de informações sobre a variabilidade dos resultados e uso de estratégias de marketing com fins comerciais. Conclui-se que há fragilidades na conduta ética dos nutricionistas no ambiente digital, o que evidencia a necessidade de maior rigor formativo e de atualizações normativas que acompanhem as dinâmicas das redes sociais.

PALAVRAS-CHAVE Códigos de ética. Ética profissional. Ciências da nutrição. Mídias sociais.

ABSTRACT This study aimed to analyze whether publications made by nutritionists on Instagram comply with the Code of Ethics and Conduct for Nutritionists. An exploratory documentary research with a qualitative-quantitative approach was conducted. The search terms “nutri” and “nutritionist” were used to search for profiles, including Brazilian nutritionists with more than 15,000 followers and publicly accessible accounts. Thus, 250 posts from 50 professional profiles were exported to the ATLAS.ti software, where compliance with the Code of Ethics was analyzed. The results indicated a high frequency of ethical infractions, such as lack of professional identification, lack of technical-scientific support in publications, omission of information about the variability of results, and use of marketing strategies for commercial purposes. It is concluded that there are weaknesses in the ethical conduct of nutritionists in the digital environment, highlighting the need for more rigorous training and regulatory updates that keep pace with the dynamics of social networks.

KEYWORDS Codes of ethics. Professional ethics. Nutritional sciences. Social media.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
jamillylobo@id.uff.br

Introdução

As redes sociais digitais vêm transformando de maneira significativa as dinâmicas de interação social, instaurando novos modos de comunicação, sociabilidade e produção de sentidos entre indivíduos e coletividades^{1,2}. Entre essas plataformas, o Instagram destaca-se como uma ferramenta consolidada de *marketing* e visibilidade profissional. Originalmente voltado ao compartilhamento de imagens, o Instagram expandiu suas funcionalidades ao incorporar recursos comerciais, como perfis empresariais, anúncios e o desenvolvimento do *marketing* de influência^{3,4}.

Nesse contexto, profissionais da área da saúde utilizam as redes sociais como meios de divulgação de serviços e de produção de conteúdos voltados a públicos amplos e heterogêneos, ampliando o alcance das informações e a captação de pacientes de forma ágil e economicamente acessível⁵. Contudo, a comunicação em saúde constitui-se em uma prática social produtora de sentidos, valores e normatividades que se conformam nos modos de vida e na atribuição de responsabilidades aos sujeitos, e o saber biomédico opera como forma de autoridade simbólica, produzindo efeitos sociais que extrapolam o campo estritamente técnico^{6,7}.

No campo da alimentação e nutrição, essas transformações se articulam à expansão de discursos normativos sobre corpo, estilo de vida e o comer saudável como parte de processos de medicalização e moralização da vida cotidiana⁸. Desse modo, a comunicação profissional nas redes sociais pode reforçar padrões estéticos restritivos, contribuindo para processos de culpabilização dos sujeitos e para a inviabilização das desigualdades que atravessam as práticas alimentares⁸⁻¹⁰, influenciando comportamentos e percepções sobre saúde¹¹. Tais processos tensionam princípios centrais da promoção da saúde e desafiam a perspectiva da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)^{12,13}.

Sob essa perspectiva, os dilemas éticos associados à atuação de nutricionistas nas

redes sociais estão inseridos nesse fenômeno sistêmico, atravessado pela cultura da *performance*, pela hiperexposição profissional e pela lógica da visibilidade permanente¹⁴. Consequentemente, produzem riscos coletivos relevantes, como a normalização de práticas antiéticas, a erosão da confiança social e a reprodução de desigualdades informacionais^{6,7}.

Diante desse cenário, cabe considerar que o exercício profissional da Nutrição é regido pelo Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, que estabelece direitos, deveres e princípios orientadores da atuação profissional, fundamentados na responsabilidade ética, técnica, social e política¹⁵. A versão mais recente do Código dedica atenção específica ao uso das mídias digitais, buscando responder normativamente aos desafios impostos pelas novas tecnologias de comunicação.

Estudos têm investigado o uso de mídias sociais por profissionais da saúde – incluindo nutricionistas –, apontando tanto o potencial dessas plataformas para a educação em saúde quanto os desafios éticos e comunicacionais associados a essa atuação¹⁶⁻¹⁹. Contudo, ainda há uma lacuna de análises que articulem a observação empírica de conteúdos produzidos por nutricionistas no Instagram com a avaliação de sua conformidade segundo o Código de Ética¹⁶. Nesse contexto, considerando o crescimento do uso das redes sociais como espaço de atuação profissional e os riscos coletivos associados a esse fenômeno, o presente estudo tem como objetivo analisar se as publicações realizadas por nutricionistas no Instagram estão em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Código de Ética e de Conduta da categoria, a fim de fortalecer o debate sobre comunicação e saúde, mercantilização do cuidado e ética profissional no ambiente digital.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter documental e de abordagem

quali-quantitativa²⁰, a partir da seleção intencional de perfis de usuários com páginas pessoais no Instagram. Desse modo, o objeto de análise consiste em conteúdos divulgados por nutricionistas na rede social. Por se tratar de análise de material de domínio público, sem manipulação de dados sensíveis ou necessidade de autorização de acesso, o estudo está isento de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²¹.

A coleta de dados iniciou-se com a criação de um perfil exclusivo na plataforma, com o intuito de evitar interferências algorítmicas provenientes do histórico de navegação da pesquisadora. A busca por perfis foi realizada por meio dos termos “nutri” e “nutricionista” na barra principal da plataforma, em substituição ao uso de *hashtags*, uma vez que estas não garantem que o autor do conteúdo seja, de fato, um profissional da área²².

Os perfis retornados pela busca foram registrados e submetidos à triagem conforme critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos nutricionistas brasileiros com perfis abertos (visíveis ao público), que declaravam sua formação na área – seja por meio das palavras “nutri” ou “nutricionista” no nome ou na biografia, seja pela presença do número de registro no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN). Além disso, os perfis deveriam apresentar, no mínimo, cinco publicações postadas a partir de 25 de fevereiro de 2018, data de publicação do atual Código de Ética e de Conduta do Nutricionista. Excluíram-se perfis conjuntos (administrados por mais de uma pessoa), páginas corporativas ou de marcas, perfis de estudantes, de nutricionistas estrangeiros ou que não

atuassem no Brasil e aqueles sem conteúdo relacionado à alimentação e nutrição.

As informações dos perfis selecionados foram organizadas em planilha no Microsoft Excel, contendo: nome do profissional, número de seguidores, data da quinta postagem, identificação da individualidade do perfil, nacionalidade e presença de elementos indicativos da formação profissional. As cinco postagens mais recentes (ou fixadas) de cada perfil foram registradas por meio de captura de tela (*prints-screen*) e armazenadas no Google Drive. A coleta de dados foi realizada em um único dia, no mês de novembro de 2024, para evitar alterações decorrentes da dinâmica do algoritmo da plataforma. A escolha por analisar cinco postagens por perfil segue abordagens qualitativas em redes sociais, nas quais recortes intencionais permitem identificar padrões de comunicação e conduta profissional, considerando a dinâmica constante do Instagram e trazendo viabilidade metodológica e representatividade do fenômeno²³.

As publicações foram analisadas no *software* Atlas.ti²⁴, utilizado exclusivamente como ferramenta de apoio para sistematizar os dados, facilitar a codificação e permitir uma melhor visualização do conteúdo, contribuindo, ainda, para a criação de uma estrutura analítica coerente e fundamentada²⁵. No *software*, as publicações receberam códigos segundo a infração observada, tendo como referência o *quadro 1*, formulado com base em onze itens de análise derivados dos principais artigos aplicáveis às redes sociais que compõem os capítulos IV (Meios de Comunicação e Informação) e V (Associação a Produtos e Marcas) do Código de Ética e de Conduta do Nutricionista¹⁵, além dos artigos 21 e 30 do mesmo documento.

Quadro 1. Critérios de avaliação, segundo o Código de Ética e Conduta do Nutricionista

Identificação do perfil	
Itens analisados	Artigo correspondente
Item 1 Ausência do número do CRN no perfil	Art. 21 – É dever do nutricionista identificar-se, informando sua profissão, nome, número de inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas de sua respectiva jurisdição, quando no exercício profissional.
Item 2 Ausência da identificação de formação pelo termo “nutricionista” no perfil	Art. 21 – É dever do nutricionista identificar-se, informando sua profissão, nome, número de inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas de sua respectiva jurisdição, quando no exercício profissional.
Item 3 Publicação de posições depreciativas	Art. 30 – É vedado ao nutricionista manifestar publicamente posições depreciativas ou difamatórias sobre a conduta ou atuação de nutricionistas ou de outros profissionais.
Item 4 Ausência de respaldo técnico-científico nas publicações	Art. 55 – É dever do nutricionista, ao compartilhar informações sobre alimentação e nutrição nos diversos meios de comunicação e informação, ter como objetivo principal a promoção da saúde e a educação alimentar e nutricional, de forma crítica e contextualizada e com respaldo técnico-científico.
Item 5 Ausência de informação nas publicações, de que os resultados podem não ocorrer da mesma forma para todos	Art. 55 – Parágrafo único. Ao divulgar orientações e procedimentos específicos para determinados indivíduos ou coletividades, o nutricionista deve informar que os resultados podem não ocorrer da mesma forma para todos.
Item 6 Uso de mensagens enganosas, sensacionalistas, ou alegação/garantia de resultados	Art. 56 – É vedado ao nutricionista, na divulgação de informações ao público, utilizar estratégias que possam gerar concorrência desleal ou prejuízos à população, tais como promover suas atividades profissionais com mensagens enganosas ou sensacionalistas e alegar exclusividade ou garantia dos resultados de produtos, serviços ou métodos terapêuticos.
Item 7 Divulgação do valor de seus honorários, promoções ou sorteios	Art. 57 – É vedado ao nutricionista utilizar o valor de seus honorários, promoções e sorteios de procedimentos ou serviços como forma de publicidade e propaganda para si ou para seu local de trabalho.
Item 8 Publicação de imagem corporal do próprio nutricionista com atribuição de resultados (podendo ser ‘antes e depois’)	Art. 58 – É vedado ao nutricionista, mesmo com autorização concedida por escrito, divulgar imagem corporal de si ou de terceiros, atribuindo resultados a produtos, equipamentos, técnicas, protocolos, pois podem não apresentar o mesmo resultado para todos e oferecer risco à saúde.
Item 9 Publicação de imagem corporal de terceiros com atribuição de resultados (podendo ser ‘antes e depois’)	Art. 58 – É vedado ao nutricionista, mesmo com autorização concedida por escrito, divulgar imagem corporal de si ou de terceiros, atribuindo resultados a produtos, equipamentos, técnicas, protocolos, pois podem não apresentar o mesmo resultado para todos e oferecer risco à saúde.
Item 10 Publicação de preferência ou associação a marcas ligadas à alimentação e nutrição	Art. 60 – É vedado ao nutricionista prescrever, indicar, manifestar preferência ou associar sua imagem intencionalmente para divulgar marcas de produtos alimentícios, suplementos nutricionais, fitoterápicos, utensílios, equipamentos, serviços, laboratórios, farmácias, empresas ou indústrias ligadas às atividades de alimentação e nutrição de modo a não direcionar escolhas, visando preservar a autonomia dos indivíduos e coletividades e a idoneidade dos serviços.
Item 11 Publicidade e propaganda com fins comerciais	Art. 63 – É vedado ao nutricionista fazer publicidade ou propaganda em meios de comunicação com fins comerciais, de marcas de produtos alimentícios, suplementos nutricionais, fitoterápicos, utensílios, equipamentos, serviços ou nomes de empresas ou indústrias ligadas às atividades de alimentação e nutrição.

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

A partir da busca realizada com os termos “nutri” e “nutricionista”, foram identificados 39 e 40 perfis, respectivamente. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 22 perfis do primeiro grupo e 28 do segundo foram incluídos na amostra, totalizando 50 perfis analisados. Os resultados evidenciam um padrão recorrente de práticas comunicacionais, a frequência das infrações observadas entre os perfis e nas 250 postagens analisadas (*tabela 1*).

Observou-se que 94% dos perfis não apresentavam o número de registro profissional no CRN em suas biografias. Achados semelhantes foram identificados por Oliveira (2022), ao analisar publicações de nutricionistas quanto ao uso de referencial técnico-científico e à

identificação profissional, constatando baixa explicitação da formação nos perfis¹⁶.

A ausência de identificação profissional representa uma violação ao artigo 21 do Código de Ética, que determina ser dever do nutricionista identificar-se com nome, profissão e número de inscrição no CRN correspondente¹⁵. Um estudo conduzido no Canadá, que objetivou identificar se o público entende a diferença entre um nutricionista regulamentado e um profissional não regulamentado, constatou que a maior parte do público possui dificuldade em reconhecer que o profissional atuante nas redes sociais é um nutricionista registrado²⁶. Desse modo, além de configurar uma infração ética, tal ausência compromete a credibilidade profissional e pode favorecer a atuação de indivíduos não habilitados²⁷.

Tabela 1. Frequência das infrações observadas segundo os critérios éticos analisados

Infração	n	% ocorrência
Perfis	50	100%
Ausência do número do CRN no perfil	47	94%
Ausência da identificação de formação pelo termo “nutricionista” no perfil	12	24%
Publicações	250	100%
Publicação de posições depreciativas	8	3,2%
Ausência de respaldo técnico-científico nas publicações	246	98,4%
Ausência de informação nas publicações, de que os resultados podem não ocorrer da mesma forma para todos	250	100%
Uso de mensagens enganosas, sensacionalistas, ou alegação/garantia de resultados	15	6%
Divulgação do valor de seus honorários, promoções ou sorteios	17	6,8%
Publicação de imagem corporal do próprio nutricionista com atribuição de resultados (podendo ser ‘antes e depois’)	30	12%
Publicação de imagem corporal de terceiros com atribuição de resultados (podendo ser ‘antes e depois’)	18	7,2%
Publicação de preferência ou associação a marcas ligadas à alimentação e nutrição	4	1,6%
Publicidade e propaganda com fins comerciais	8	3,2%

Fonte: elaboração própria.

A análise qualitativa das postagens permite uma compreensão mais aprofundada das infrações observadas. A seguir, são apresentados

exemplos de algumas dessas práticas. A publicação de falas depreciativas sobre outros profissionais, vedada pelo artigo 30 do Código de

Ética¹⁵, foi identificada em 3,2% das postagens. Em uma delas, o nutricionista publicou um vídeo no qual reage a falas de outro profissional durante um ‘podcast’, utilizando expressões críticas e legendas que comprometem a imagem alheia, como no trecho: “Gente, qual é o critério pra ser chamado para ‘podcast’ hoje em dia?” (Postagem 11). Tal conduta pode configurar não apenas infração ética, mas também implicar responsabilização jurídica por violação à honra, conforme previsto no artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal de 1988²⁸.

Outro achado relevante refere-se à ausência de respaldo técnico-científico nas publicações, identificada em 98,4% das postagens, demonstrando que a maioria dos conteúdos não apresenta qualquer referência ou evidência que fundamente as informações compartilhadas. O trecho a seguir ilustra um caso em que o nutricionista explica diversos aspectos relacionados à saúde intestinal sem citar qualquer referência:

Um intestino saudável precisa varrer o ‘lixo’ todos os dias! Caso contrário essas toxinas se acumulam e se tornam causadores de todos esses problemas: carcinogênese, aterosclerose, diabetes tipo 1, doença pulmonar, atopia respiratória [...] (Postagem 26).

Uma pesquisa que avaliou o *marketing* digital por nutricionistas no Instagram também identificou que a maioria deles não apresentou conteúdo com respaldo técnico-científico ou referências de outra natureza, o que pode dificultar a compreensão e a verificação científica das informações compartilhadas¹⁶. Essa constatação reforça a necessidade de maior rigor técnico por parte dos nutricionistas ao disseminarem conteúdos nas redes sociais, conforme previsto no artigo 55 do Código de Ética¹⁵.

Adicionalmente, todas as postagens analisadas omitiram a advertência de que os resultados divulgados podem não se aplicar igualmente a todas as pessoas, conforme exigido no parágrafo único do artigo 55: “[...] o nutricionista deve informar que os resultados

podem não ocorrer da mesma forma para todos”¹⁵. A ausência dessa informação pode induzir os seguidores a expectativas irreais ou interpretações equivocadas dos efeitos apresentados¹⁵. Mesmo diante da normativa, em uma das publicações, um nutricionista expôs imagens corporais do paciente como forma de confirmação da informação apresentada, que recomendava “10 alimentos que eu acredito que toda dieta voltada pra emagrecimento deveria ter!!!” (Postagem 7).

A recorrência de publicações sem respaldo técnico-científico e a omissão de advertências quanto à variabilidade dos resultados podem ser interpretadas como expressão de um processo de medicalização da alimentação no ambiente digital. Nesse cenário, práticas alimentares complexas tendem a ser simplificadas e convertidas em prescrições normativas, apresentadas como soluções universais, deslocando o cuidado de uma perspectiva contextual para a lógica individualizante²⁹. A literatura aponta que esse movimento reforça a responsabilização individual e obscurece determinantes sociais da alimentação, especialmente quando mediado por discursos técnicos veiculados por profissionais da saúde em espaços de grande visibilidade⁹.

No que tange à promoção de produtos, técnicas ou serviços com promessa de resultado garantido, 6% das postagens analisadas incorreram nessa infração que viola o artigo 56 do Código, por constituírem estratégias sensacionalistas e geradoras de concorrência desleal. Uma dessas infrações identificadas no estudo foi o uso de imagens de paciente para divulgar o protocolo, afirmando que “[...] você precisa da Dieta Inteligente e assim, você terá adesão e resultados” (Postagem 124). Essa estratégia configura uma prática recorrente e preocupante que, embora seja comum no *marketing*, pode gerar insatisfação, desapontamento e frustração, tendo como consequência sentimentos de ansiedade, depressão e baixa autoestima¹⁵.

A divulgação de valores de serviços, promoções ou sorteios, vedada pelo artigo 57 do Código de Ética¹⁵, também foi identificada em

6,8% das postagens. Observou-se a divulgação do valor de honorários e, em especial durante a *'Black Friday'*, o compartilhamento de promoções, como exemplifica a publicação de número 62: *"Pela primeira vez, estou fazendo um desconto SURREAL no acompanhamento individual"* (Postagem 62). Essa prática, embora comum, fere a ética profissional ao submeter os serviços nutricionais à lógica mercadológica da barganha e do consumo, prejudicando a valorização da profissão³⁰.

A seguir serão abordadas as infrações relacionadas à imagem corporal, à publicidade comercial e aos conflitos de interesse. Dentre as estratégias de promoção mais observadas, destaca-se o uso de imagens corporais com atribuição de resultados, prática vedada pelo artigo 58 do Código de Ética¹⁵. Este estudo identificou tal conduta em 12% das publicações, quando se tratava de imagens do próprio nutricionista, e em 7,2% quando envolvia terceiros. A publicação do estilo *'antes e depois'* é particularmente problemática, pois induz promessas de eficácia e estimula padrões estéticos potencialmente prejudiciais à saúde mental^{31,32}.

A violação do artigo 58 não se limita apenas à esfera ética, afetando também outros dispositivos legais. De acordo com o Código Civil (Lei nº 10.406/2002)³², a utilização da imagem de terceiros para fins comerciais pode ensejar pedido de indenização por danos morais, mesmo com autorização prévia. O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990)³³ estabelece que a oferta de resultados divulgados publicamente obriga o profissional ao seu cumprimento, gerando responsabilidade civil em caso de descumprimento³³.

Além disso, a exposição de corpos idealizados pode reforçar padrões estéticos excludentes e promover insatisfação corporal entre os usuários, especialmente adolescentes e mulheres³⁴. Ao promover expectativas irreais, o profissional compromete não apenas a adesão ao tratamento nutricional, mas também pode causar um impacto negativo na autoestima e na saúde mental das pessoas, levando à

insatisfação com a própria imagem corporal e até mesmo a transtornos alimentares, uma vez que tais padrões podem ser inatingíveis.

Outro aspecto observado foi a associação da imagem do nutricionista a marcas, produtos ou empresas da área de alimentação e nutrição, conduta vedada pelos artigos 60 e 63 do Código de Ética. Tais práticas merecem atenção, pois colocam em risco a autonomia dos indivíduos na escolha alimentar e comprometem a imparcialidade da atuação profissional¹⁵. A literatura evidencia que parcerias com empresas alimentícias são motivadas, muitas vezes, pela concessão de brindes ou compensações financeiras aos profissionais, criando um potencial conflito de interesses^{35,36}. Em uma das postagens analisadas, a nutricionista grava um vídeo mostrando o preparo da sua refeição para promover uma marca de marmitas, trazendo na legenda seu cupom de desconto:

Toda praticidade que preciso numa caixa só. Só podia ser [Marca], com tantas opções saudáveis chegando em casa para tornar a alimentação mais diversificada. Uso do cupom: [Cupom] para compra! (Postagem 207).

Um estudo que objetivou compreender como mulheres jovens adultas utilizam as redes sociais constatou que grande parte delas referiu que a venda de produtos nas redes sociais diminui a autenticidade e a confiança nesses profissionais. Os autores associam esse fator especialmente à venda direta, ao compartilhamento de *links* de afiliados, à marcação de marcas nos conteúdos, à apresentação de cupons de desconto e à exibição de anúncios patrocinados. Desse modo, o público tende a criticar profissionais da saúde que utilizam seus conteúdos como veículo para venda de produtos, gerando questionamentos sobre a autenticidade das informações postadas³⁷.

Nesse âmbito, Saboia et al.⁴ identificaram que o aspecto mais desafiador para a atuação de nutricionistas nas redes sociais é a proibição relacionada à publicidade e propaganda de produtos, uma vez que os profissionais

consideram aceitável o recebimento de incentivo financeiro por marcas que possuem suposta conformidade com os princípios científicos.

Do ponto de vista jurídico, a publicidade de produtos com fins comerciais obriga o nutricionista a responder pelos efeitos da propaganda, conforme previsto no artigo 30 do Código de Defesa do Consumidor³³. Além disso, a jurisprudência nacional tem reconhecido que influenciadores digitais podem ser responsabilizados legalmente por danos decorrentes de produtos ou serviços que endossam³⁸. Assim, o nutricionista, ao atuar como influenciador, passa a integrar a cadeia de consumo e assume responsabilidades legais pelas informações que divulga.

Os códigos de ética de outras profissões da área da saúde seguem preceitos similares ao Código de Ética e de Conduta do Nutricionista quando se trata de publicidade e propaganda. Os Códigos de Ética de Medicina e de Fisioterapia trazem vetos em relação à participação dos profissionais em anúncios de empresas e à obtenção de vantagens pela comercialização de qualquer produto^{39,40}. Já o Código de Ética de Odontologia proíbe aos dentistas a propaganda de seus serviços através de prêmios ou sorteios⁴¹. Além disso, outros países também apresentam orientações semelhantes sobre a associação de nutricionistas a marcas e empresas voltadas à alimentação e nutrição, destacando a importância de evitar possíveis conflitos de interesse⁴²⁻⁴⁴.

Nesse cenário, os próprios nutricionistas acreditam que a maioria de seus pares não atua conforme recomenda o Código de Ética e de Conduta da profissão, relatando infrações relacionadas a promoções, sorteios, demonstrações de preferência por produtos e marcas e à divulgação de imagem corporal de si ou de terceiros³. Um estudo que teve como objetivo avaliar o conhecimento de nutricionistas sobre condutas éticas constatou que, embora 81% dos nutricionistas afirmem ter lido o documento, o domínio sobre os capítulos IV e V é limitado¹⁹. Assim, os achados

do presente estudo também sugerem que as infrações identificadas podem estar relacionadas ao conhecimento superficial dos profissionais sobre o Código de Ética e de Conduta.

A recorrência das infrações também pode ser compreendida à luz dos limites enfrentados pelos conselhos profissionais na fiscalização da atuação no ambiente digital. Relatórios institucionais do Tribunal de Contas da União indicam restrições operacionais, dificuldades de monitoramento e inadequação dos instrumentos regulatórios tradicionais frente à dinâmica das plataformas digitais. Esse cenário contribui para uma regulamentação predominantemente reativa, favorecendo a normalização de condutas éticas inadequadas^{45,46}.

Sob a perspectiva da bioética e da ética do cuidado, os resultados evidenciam implicações que ultrapassam o cumprimento formal das normas profissionais. A produção de conteúdos que reforçam padrões estéticos e promessas de resultados tensiona princípios como autonomia, não maleficência e justiça, ao influenciar escolhas alimentares sem considerar contextos, vulnerabilidades e desigualdades. Nessa direção, a ética do cuidado destaca a centralidade da relação e da corresponsabilidade, elementos que tendem a ser fragilizados quando a comunicação profissional se orienta prioritariamente pela lógica da visibilidade e do engajamento¹⁰.

Diante do número de nutricionistas que utilizam as redes sociais como ferramenta para a prática profissional³ e da capacidade fiscalizatória dos conselhos⁴⁷, espera-se do profissional que, ao compartilhar informações sobre alimentação e nutrição nas redes sociais, tenha como objetivo principal a promoção da saúde e a educação alimentar e nutricional¹⁵. Por fim, cabe considerar que o desafio é enorme, frente à crescente substituição dos procedimentos analógicos de diagnóstico, aconselhamento e terapia nutricional, que caracterizaram a prática profissional do Nutricionista ao longo de sua história, por novas tecnologias digitais,

incluindo o uso da inteligência artificial⁴⁸.

O estudo evidencia a necessidade de fortalecimento da formação ética dos nutricionistas, com ênfase na reflexão crítica sobre a atuação profissional no ambiente digital. A incorporação da ética como eixo transversal na graduação, bem como o investimento em ações de educação permanente sobre comunicação em saúde e uso das redes sociais, mostra-se fundamental para a consolidação de uma prática comprometida com a promoção da saúde, a proteção dos direitos dos usuários e a responsabilidade social da profissão^{18,35,49}.

Conclusões

O estudo evidenciou a presença de condutas éticas inadequadas nas postagens realizadas por nutricionistas no Instagram, com destaque para a ausência de identificação profissional, a divulgação de conteúdo sem respaldo técnico-científico, o uso de imagens corporais com atribuição de resultados e a omissão de advertências quanto à individualidade das respostas aos tratamentos divulgados. Embora observadas no âmbito da atuação individual, tais práticas configuram um fenômeno de alcance coletivo, em razão da ampla circulação desses conteúdos e de seu potencial de influência sobre práticas alimentares, percepções de saúde e decisões cotidianas de um público numeroso e heterogêneo.

Desse modo, os achados apontam para implicações relevantes no campo da promoção da saúde, na medida em que a veiculação de mensagens prescritivas, simplificadas ou descontextualizadas pode induzir expectativas irreais e interpretações equivocadas sobre o cuidado nutricional. Assim, a atuação dos nutricionistas como agentes de comunicação no ambiente digital amplia suas responsabilidades para além do domínio técnico-científico, incorporando dimensões éticas, sociais e políticas.

Os resultados também suscitam reflexões sobre os riscos à autonomia dos usuários, uma

vez que a assimetria de informações entre profissionais e seguidores, associada à autoridade simbólica atribuída ao nutricionista nas redes sociais, pode limitar a capacidade crítica dos indivíduos diante de conteúdos apresentados como tecnicamente legítimos. A ausência de transparência, de advertências sobre a variabilidade dos resultados e de explicitação de interesses envolvidos fragiliza o exercício da autonomia informada e tensiona princípios éticos fundamentais, como a não maleficência e a justiça, com possíveis repercussões sobre a relação profissional-usuário e sobre a confiança social na informação em saúde.

Adicionalmente, os achados evidenciam os limites dos instrumentos normativos tradicionais frente à dinâmica acelerada das plataformas digitais. Embora o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista represente um avanço ao incorporar diretrizes específicas para o uso das mídias sociais, os resultados indicam a necessidade de sua atualização contínua e do fortalecimento de estratégias regulatórias mais integradas, capazes de considerar a lógica algorítmica, a economia da atenção e os novos arranjos entre prática profissional, publicidade e influência digital.

Como limitação do estudo, ressalta-se que, embora tenha sido analisado um número expressivo de publicações, os dados referem-se a um recorte específico de perfis e não permitem generalizações para o conjunto da categoria. Ainda assim, os achados contribuem de forma relevante para o debate sobre ética profissional, comunicação em saúde e regulação do trabalho em saúde no contexto das redes sociais, temática ainda incipiente na literatura da nutrição e da saúde coletiva.

Recomenda-se, para pesquisas futuras, o aprofundamento da análise por meio de métodos mistos, com a inclusão de entrevistas com nutricionistas e da investigação da percepção dos usuários, de modo a ampliar a compreensão sobre os efeitos dessas práticas comunicacionais na autonomia dos sujeitos, na relação profissional-usuário e nos processos de cuidado alimentar e nutricional.

Contribuições de autoria

Francisco JLF (0000-0003-0627-972X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e

redação do artigo do manuscrito. Henriques P (0000-0001-8154-0962)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação do artigo, e para aprovação final da versão do manuscrito. ■

Referências

1. Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. Marketing 4.0: do tradicional ao digital. Rio de Janeiro: Sextante; 2017.
2. Hogsnes M, Grønli TM, Hansen KS. Exploring Influencers' Commercial Content on Instagram. *J. Interact Advert.* 2024;24(2):156-168. DOI: <https://doi.org/10.1080/15252019.2024.2316114>.
3. Sbardelotto J, Martins BB, Buss C. Use of social networks in the context of the dietitian's practice in Brazil and changes during the COVID-19 pandemic: an exploratory study. *JMIR Form Res.* 2022;6(2):e31533. DOI: <https://doi.org/10.2196/31533>.
4. Saboia I, Almeida AMP, Sousa P, et al. What are dietitians and nutritionists doing on social media? A proposal of an online survey. *Procedia Comput Sci.* 2021;181:793-802. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.232>.
5. Almeida SG, Almeida AG, Santos AL, et al. A influência de uma rede social nos padrões de alimentação de usuários e profissionais de saúde seguidores de perfis fitness. *Ensaio e Ciência.* 2018;22(3):194. DOI: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2018v22n3p194-200>.
6. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2004.
7. Camargo Junior KR. Biomedicina, saber e poder. São Paulo: Hucitec; 2003.
8. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. A saúde persecutória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
9. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
10. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
11. Esteves NO, Veras RS, Santos ACCP. Social Media: The impact of Brazilian influencers on women's eating behavior. *RSD.* 2022;11(8):e49111831313. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31313>.
12. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro RM, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2001. p. 39-64.
14. De Veirman M, Cauberghe V, Hudders L. Marketing through Instagram influencers: the impact of number of followers and product divergence. *Int J Advert.* 2017;36(5):798-828. DOI: <https://doi.org/10.1080/02650487.2017.1348035>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

15. Conselho Federal de Nutrição (BR). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018. [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: <https://cfn.org.br/wp-content/uploads/2018/04/codigo-de-etica.pdf>.
16. Oliveira RC. Marketing digital por nutricionistas no Instagram. *Rev Cient Sophia*. 2022;14(1):[e10120767]. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10120767>.
17. Benedicto NM, Martinez EZ, Jorge TM. Use of images of patients in social networks: how do speech-language therapists perceive and act? *Co-DAS*. 2019;31(2):e20180174. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018174>.
18. Pinheiro TS, Ramos KCS, Victor RF, et al. Condutas não profissionais no uso das mídias sociais por estudantes da área da saúde: revisão integrativa da literatura. *RECIIS*. 2023;17(2):431-443. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v17i2.3265>.
19. Francisco JLF, Bandeira DM, Costa CFS. Avaliação do conhecimento de nutricionistas brasileiros sobre dois capítulos do novo Código de Ética da profissão. *DEMETRA*. 2022;17:e67021. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2022.67021>.
20. Sá-Silva JR, Almeida CDDE, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Cienc Soc*. 2009;1(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.1035>.
21. 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. [acesso em 2024 jun 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
22. Sandberg K, Banerjee O, Harris CL, et al. Healthy food, as told by TikTok: a thematic analysis of the most liked healthy recipes on TikTok. *J Nutr Educ Behav*. 2022;54(7):679-685. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.04.201>
23. Recuero R. Redes sociais na internet. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2024.
24. ATLAS.ti [Internet]. Versão 24. Berlim: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2024 [acesso em 2026 mar 24]. Disponível em: <https://atlasti.com>
25. Silva Junior LA, Leão MBC. O software ATLAS.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no ensino de ciências em teses brasileiras. *Ciênc Educ (Bauru)*. 2018;24(3):715-728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
26. Veloce D, Fisher M, O'Connor C, et al. The Ontario public does not understand the difference between registered dietitians and unregulated “nutritionists”: results from a cross-sectional mixed methods study. *Healthc Policy*. 2020;16(2):111-127. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26349>.
27. Conselho Regional de Nutricionistas da 1ª Região. Comissão de Comunicação do CRN-1. Guia de atuação profissional do nutricionista nas redes sociais. 1ª ed. Brasília, DF: CRN-1; 2023.
28. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
29. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):21-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.
30. Dallari SG. Saúde não é mercadoria. *Rev Direito Sanit*. 2019;19(3):7-15. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p7-15>.
31. Lira AG, Ganen AP, Lodi AS, et al. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem

- corporal de adolescentes brasileiras. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(3):164-171. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000166>
32. Presidência da República (BR). Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2002 jan 11; Seção 1:1.
 33. Presidência da República (BR). Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 1990 set 12; Seção 1:1.
 34. Silva AFS, Cremonesi Japur C, Penaforte FRO. Repercussões das redes sociais na imagem corporal de seus usuários: revisão integrativa. *Psic Teor Pesq*. 2021;36:e36510. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36510>
 35. Pereira TN, Nascimento FA, Bandoni DH. Conflito de interesses na formação e prática do nutricionista: regulamentar é preciso. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(12):3833-3840. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.13012015>.
 36. Velasco ACCF, Oliveira MIC, Boccolini CS. Assédio da indústria de alimentos infantis a profissionais de saúde em eventos científicos. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:70. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003398>.
 37. Shine D, Minehan M, Knight-Agarwal C. #Healthpromotion: a qualitative exploration of how dietitians can use social media to positively influence women aged 18-35 years. *Nutr Diet*. 2022;79(4):489-496. DOI: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12765>.
 38. Gasparotto APG, Freitas COA, Efig AC. Responsabilidade civil dos influenciadores digitais. *Rev Juríd Cesumar*. 2019;19(1):65-87. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9184.2019v19n1p65-87>.
 39. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 [acesso em 2024 ago 20]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>.
 40. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Dispõe sobre o Código de Ética Médica [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2018 [acesso em 2024 ago 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
 41. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre o Código de Ética Odontológica [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. [acesso em 2024 ago 20]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf.
 42. College of Dietitians of Ontario. Code of ethics. Toronto: College of Dietitians of Ontario; 2019.
 43. Academy of Nutrition and Dietetics. Code of ethics for the nutrition and dietetics profession. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2018.
 44. British Dietetic Association. Code of professional conduct. Birmingham: The Association of UK Dietitians; 2021.
 45. Tribunal de Contas da União (BR). TCU realiza levantamento em Conselhos de Fiscalização Profissional [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2023 [acesso em 2026 mar 24]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A395%2520ANOACORDAO%253A2023%2520DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0.
 46. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *P T*. 2014;39(7):491-520.
 47. Trindade EN, Vaz M, Lauer J, et al. Conselhos de fiscalização profissional e proteção da sociedade. *Rev Bioét*. 2021;29(3):499-503. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293486>.

48. Vasconcelos FAG. Novos campos de atuação do nutricionista no Brasil: a emergência das inovações tecnológicas digitais, incluindo o uso da inteligência artificial. *Rev Nutri*. 2025;38:e240088. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202538e240088>.

49. Dunne DM, Lefevre C, Cunniffe B, et al. Performance nutrition in the digital era: an exploratory study into the use of social media by sports nutritionists. *J Sports Sci*. 2019;37(21):2467-2474. DOI: <https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1642052>.

Recebido em 26/06/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

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

Gênero e necessidades de saúde dos homens: o cuidado na perspectiva de profissionais de saúde

Gender and men's health needs: Care from the perspective of healthcare professionals

Carolina de Oliveira Coutinho¹, Juliana Pereira Casemiro¹, Cristiane Marques Seixas¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910805P

RESUMO Este artigo analisa como concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde impactam o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens e as práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, utilizando entrevistas semiestruturadas conduzidas entre dezembro de 2020 e junho de 2021. Participaram profissionais de saúde atuantes na atenção primária e atenção secundária do município do Rio de Janeiro, selecionados pela técnica bola de neve. A análise dos dados foi realizada com base no Método de Interpretação de Sentidos. Os resultados indicam que a compreensão dos serviços de saúde como espaços feminilizados interfere na resistência dos homens em acessá-los. Observou-se que os profissionais de saúde mobilizam uma visão binária que associa os significados de 'ser homem' à ausência de cuidado consigo e com o outro, em contraste com a percepção da mulher como cuidadora, o que limita o acolhimento das demandas masculinas. Concepções essencialistas e estereotipadas de masculinidade dificultam o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens e favorecem práticas que reiteram desigualdades de gênero. Repensar assistência, políticas de saúde e propostas terapêuticas dirigidas aos homens no cotidiano dos serviços, assim como a educação permanente em saúde, são importantes desafios do contexto atual.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do homem. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Saúde e gênero. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This article analyses how conceptions of gender and masculinities held by healthcare professionals impact the recognition of men's health needs and care practices. This is a qualitative, exploratory study, with data collected through semi-structured interviews conducted between December 2020 and June 2021. Participants were healthcare professionals working in primary and secondary care in the municipality of Rio de Janeiro, selected using the snowball sampling technique. Data analysis was carried out using the Meaning Interpretation Method. The results indicate that the understanding of health services as feminized spaces interferes with men's resistance to accessing them. It was observed that healthcare professionals employ a binary view that associates the meanings of 'being a man' with a lack of self-care and care for others, in contrast to the perception of women as caregivers, which limits the acceptance of male demands. Essentialist and stereotypical conceptions of masculinity hinder the recognition of men's health needs and favour practices that reinforce gender inequalities. Rethinking care, health policies and therapeutic proposals directed at men in the daily routine of services, as well as continuing health education, are important challenges of the current context.

KEYWORDS Men's health. Health services needs and demand. Gender and health. Primary Health Care.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cris.marques.seixas@gmail.com

Introdução

As concepções de gênero, saúde e masculinidades no século XXI têm se consolidado como importantes objetos de investigação científica¹⁻⁴. Há décadas, reconhece-se que o adoecimento é um processo histórico e socialmente configurado, de modo que tanto os fatores associados à sua ocorrência quanto os saberes e instrumentos tecnicamente direcionados ao seu controle resultam das formas socialmente organizadas pelas quais os sujeitos se relacionam entre si e com o meio em que vivem^{1,5}. As respostas políticas ao adoecimento também são fruto desses mesmos contextos, requerendo igual compreensão de suas determinações sociais.

Assim, mostra-se fundamental a reflexão sobre o processo saúde-doença-cuidado a partir de uma perspectiva de gênero, aqui compreendida como um conjunto de normas sociais e expectativas rígidas relativas a identidades e comportamentos considerados apropriados para homens e mulheres, que sustentam relações de poder assimétricas³. O diálogo com essa categoria analítica permite examinar regulações e ordens sociais que operam na produção de sentidos sobre saúde e cuidado^{3,6}.

Ademais, seu caráter relacional impõe considerar as relações sociopolíticas entre homens e mulheres, bem como dos homens entre si e das mulheres e seus pares, o que significa dizer que o gênero perpassa todas as relações sociais⁶. O pressuposto de gênero acerca das masculinidades afirma que estas se relacionam a um conjunto de atributos, valores e condutas que estruturam a identidade masculina, contribuindo para a ampliação da compreensão dos homens enquanto sujeitos particulares e plurais^{7,8}.

Enquanto princípio ordenador e normatizador das práticas sociais, o gênero condiciona práticas assistenciais em saúde^{1,6}, que se constituem como construções técnico-científicas e humanas, atravessadas pela subjetividade dos agentes envolvidos. Tais práticas expressam concepções, valores e crenças compartilhadas

tanto por profissionais quanto por usuários acerca da saúde e das relações de gênero⁹.

No processo de produção de cuidados em saúde, as necessidades voltadas à manutenção e reparação de um estado vital ocupam posição central para compreensão das práticas, contribuindo de maneira importante para o entendimento das relações acerca das masculinidades e dos cuidados em saúde^{4,10,11}. Contudo, a própria definição do que se entende por ‘necessidades de saúde’ constitui um primeiro desafio analítico, dada a complexidade inerente a esse conceito.

Tal complexidade decorre da multiplicidade de aspectos e valores implicados na noção de necessidade humana. Para sua compreensão, contribui a noção de carecimento, entendida como um atributo do indivíduo que, a partir de suas condições históricas e de suas vivências relacionais, passa a demandar algo que percebe como passível de ser produzido¹². A ideia de carecimento possui estreita relação com a de consumo, uma vez que só se sente carência de algo já produzido, e que tal produção é impulsionada pelo consumo. Entretanto, para que um produto, pelo seu valor de uso, seja efetivamente consumido, faz-se indispensável a percepção da sua necessidade. Assim, o consumo é reproduzido pelo carecimento, configurando uma relação de reciprocidade entre a existência de carências ou necessidades e o consumo de produtos, entre os quais se inclui a saúde¹³.

Nesse contexto, diversos estudos^{4,12-16} têm procurado discutir a temática das necessidades de saúde, salientando sua importância na definição das práticas de saúde. Cecílio¹⁶, partindo do percurso teórico desenvolvido por Stotz¹⁷, propõe que as necessidades de saúde podem ser apreendidas em quatro grandes conjuntos: 1) necessidade de se ter ‘boas condições de vida’; 2) necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3) necessidade de se ter vínculos ‘(a)efetivos’ com um profissional e/ou equipe; 4) necessidade de cada sujeito de desenvolver graus crescentes de

autonomia no seu modo de levar a vida. Essa diversidade evidencia o caráter complexo e multidimensional das necessidades de saúde, apontando a importância de reconhecê-las em suas dimensões coletiva, política e social.

No entanto, recentes estudos de revisão^{4,14} apontam para a ausência de definição conceitual da expressão, denotando uma falta de uniformidade em seu entendimento teórico, bem como a escassez de abordagens que tratem a temática sob uma perspectiva reflexiva e crítica. Isso pode resultar na reprodução de práticas que reforçam processos medicalizantes e alinhados à mercantilização da saúde.

Este artigo analisa como as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde impactam o reconhecimento das necessidades de saúde de homens e a elaboração de práticas de cuidado à saúde.

Material e métodos

O presente estudo integra uma pesquisa mais ampla que buscou compreender os principais desafios relacionados ao cuidado a homens com Transtornos Alimentares (TA), a partir da perspectiva de profissionais de saúde¹⁸.

Para tanto, analisou-se como as concepções de gênero e masculinidades podem impactar a identificação, interpretação e o encaminhamento da terapêutica dos TA em homens. O material aqui apresentado corresponde a uma das categorias de análise – a produção de sentidos sobre as necessidades de saúde dos homens –, a qual se mostrou tão relevante para os campos da saúde coletiva e saúde do homem quanto as questões mais específicas relacionadas aos TA.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com caráter exploratório, que contou com a realização de 17 entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas a partir de roteiro previamente elaborado. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2020 e junho de 2021 com profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) (*quadro 1*) e Atenção Secundária à Saúde (ASS), em serviços que acolhem casos de TA do município do Rio de Janeiro (*quadro 2*). Para o desenvolvimento deste artigo, foram analisadas as respostas referentes aos tópicos relacionados à produção de sentidos sobre as necessidades de saúde dos homens e às concepções de gênero.

Quadro 1. Perfil das(os) profissionais entrevistadas(os) que atuam na Atenção Primária à Saúde

Entrevistado(a)	Sexo	Gênero	Idade	Raça/cor	Estado civil	Profissão	Tempo de formada(o)	Escolaridade	Tempo de atuação na APS
APS05	F	F	41 anos	Negra	Casada	Nutricionista	10 anos	Pós-graduação lato sensu	8 anos
APS09	F	F	31 anos	Branca	Casada	Nutricionista	4 anos	Pós-graduação lato sensu	5 anos
APS10	F	F	34 anos	Branca	Solteira	Nutricionista	12 anos	Mestrado	10 anos
APS11	F	F	32 anos	Negra	Solteira	Psicóloga	2 anos	Graduação	7 anos e 7 meses
APS12	F	F	32 anos	Negra	Solteira	Psicóloga	12 anos	Mestrado	3 anos
APS13	F	F	33 anos	Branca	Casada	Enfermeira	10 anos	Pós-graduação lato sensu	3 anos
APS14	F	F	29 anos	Branca	União estável	Psicóloga	6 anos	Mestrado	2 anos e 6 meses
APS15	F	F	58 anos	Negra	União estável	Enfermeira	11 anos	Especialização	10 anos
APS16	F	F	51 anos	Branca	Solteira	Fisioterapeuta	21 anos	Mestrado	9 anos

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Perfil das(os) profissionais entrevistadas(os) que atuam na Atenção Secundária à Saúde

Entrevistado(a)	Sexo	Gênero	Idade	Raça/cor	Estado civil	Profissão	Tempo de formada(o)	Escolaridade	Tempo de atuação na ASS
AE01	F	F	33 anos	Branca	Casada	Nutricionista	11 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	7 anos
AE02	F	F	38 anos	Branca	Solteira	Psicóloga	14 anos	Doutorado	14 anos
AE03	F	F	33 anos	Negra	Casada	Médica	9 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	2 anos
AE04	M	M	34 anos	Branco	Casado	Psicólogo	9 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	6 meses ¹
AE06	F	F	62 anos	Branca	Solteira	Psicóloga	36 anos	Mestrado	11 anos
AE07	F	F	44 anos	Branca	Casada	Médica	21 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	11 anos
AE08	F	F	47 anos	Branca	Solteira	Enfermeira	15 anos	Doutorado	11 anos
AE17	F	F	61 anos	Negra	Casada	Assistente social	37 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	11 anos

Fonte: elaboração própria.

Em função da pandemia de covid-19, a amostra foi selecionada por conveniência, adotando-se a técnica de amostragem em bola de neve¹⁹. O tamanho da amostra foi definido com base no critério de saturação teórica²⁰.

As entrevistas foram transcritas e analisadas manualmente seguindo os princípios do Método de Interpretação de Sentidos²¹. A análise compreendeu os seguintes procedimentos: leitura compreensiva; identificação e problematização de ideias e sentidos centrais implícitos ou explícitos; estabelecimento de categorias temáticas; cotejamento das categorias com a literatura existente e referências teóricas que norteiam a pesquisa; elaboração de síntese interpretativa.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 26282419.2.0000.5259 e Parecer nº 3.819.660, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob CAAE nº 26282419.2.3001.5279 e Parecer nº 3.968.490.

Resultados e discussão

Os homens e os usos dos serviços de saúde

A afirmação enunciada pelas(os) entrevistadas(os) de que os homens são pouco presentes nos serviços de saúde chamou atenção desde o início da pesquisa. Quando comparada à presença feminina e à utilização dos serviços, observa-se que as mulheres compõem de modo mais expressivo a clientela, tanto em termos de frequência quanto de familiaridade com o espaço e com a lógica de organização dos serviços, reiterando achados da literatura²²⁻²⁴.

A ausência dos homens nesses serviços associa-se à socialização masculina, notadamente marcada pela valorização da invulnerabilidade, força, virilidade e risco. Tais valores são produzidos a partir de um modelo cultural ideal que, mesmo sendo atingível apenas por uma minoria dos homens, exerce sobre todos os outros um efeito de regulação e controle²⁵. A partir desse modelo ideal, o cuidado é tido

como prática feminina, sendo o risco considerado pela via do enfrentamento, e não da prevenção².

Esse padrão de socialização contribuiria para a produção de sujeitos que possuem uma inabilidade para lidar com emoções e uma dificuldade em reconhecer suas vulnerabilidades, além de desvalorizarem o autocuidado e possuírem preocupação incipiente com a saúde^{8,11,22,26}. Além disso, dificultaria o reconhecimento e a verbalização pelos homens de suas necessidades de saúde, tendo em vista que falar sobre adoecimento e cuidado remete ao campo dos afetos e das emoções e pode ser interpretado como sinal de fraqueza ou vulnerabilidade, atributos que, na perspectiva de gênero, são tradicionalmente associados ao feminino²⁷.

As(os) entrevistadas(os) destacaram que os homens tendem a adotar um discurso ‘mais pragmático’, enquanto as mulheres teriam uma fala ‘mais aberta’. Tal diferenciação tenderia a orientar as práticas de saúde para abordagens mais superficiais no atendimento aos homens, interferindo no reconhecimento e na identificação de suas necessidades de saúde.

Quando buscam, os homens vêm com um discurso muito pragmático: ‘olha, eu vim fazer isso e é isso que eu vou cuidar. Ponto. Não fica me perguntando outras coisas não, que é isso que eu quero de vocês’. Acho que tem pouca abertura dos homens em relação a, digamos assim, a falar, a expressar. Por conta disso, os médicos ficam assim: ‘então tá bom, você veio buscar isso e eu vou te dar isso’. Tem uma coisa, assim, dos médicos ficarem mais cabreiros, no nível de investigar qualquer coisa do comportamento (AE04).

Segundo Welzer-Lang²⁸, no processo de socialização masculina, é preciso se distanciar, contrapor e combater qualquer possível associação com o feminino, sob pena de ser percebido, identificado e tratado como mulher. Trata-se de uma construção do ‘tornar-se homem’ em oposição ao feminino, processo que precisa ser reatualizado reiteradamente por meio de provas de masculinidade.

Estudos como os de Courtenay e Keeling²⁹ e de Schofield et al.³⁰ evidenciam que crenças e comportamentos relacionados à saúde, nos quais homens e mulheres se envolvem, são um meio de expressarem masculinidades e feminilidades. Para a aquisição ou manutenção de poder, homens tendem a reprimir e negar suas necessidades de saúde.

Considerando a assistência médica como uma prática que exige certa complacência dos ‘pacientes’ às rotinas assistenciais, a resistência masculina à procura de cuidados em saúde e à verbalização das suas necessidades pode estar relacionada ao temor de serem vistos como passivos, característica também atribuída ao feminino³¹. Nossas(os) interlocutoras(es) destacaram que os serviços da APS comumente são percebidos como espaços feminilizados, o que pode produzir, entre os homens, a sensação de não pertencimento²⁴.

Quando eles começam a ver os homens dentro da unidade, uns começam a ver os outros, eles se sentem mais à vontade, porque é... se a gente observar, em uma unidade de saúde, seja ela qual for, a sala de recepção é muito feminina. Então, você tem que colocar coisas para o homem também. Sala de espera, para o homem [com ênfase], porque eles estão ali, eles estão presentes (APS15).

Essa sensação também pode ser compreendida como reflexo do conflito entre vivências dos espaços público e privado^{2,31}. Na perspectiva de gênero, ao masculino se destina o espaço da rua, do público e do mundo do trabalho, enquanto o serviço de saúde se relaciona à doença, concebida como fraqueza e incapacidade, sendo simbolicamente vinculada ao feminino. Assim, com sua dimensão feminilizada, as unidades de saúde se relacionam à interioridade e ao domínio do privado, o que pode contribuir para a ausência dos homens nesses espaços.

A feminilização dos ambientes manifesta-se tanto nos materiais de educação em saúde utilizados quanto nos elementos decorativos produzidos pelas(os) funcionárias(os). Marcas

personais, influenciadas pelo imaginário de gênero, são frequentemente transpostas para o ambiente institucional da saúde^{23,24}.

Embora seja possível identificar mudanças no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências mais diversas de gênero, raça/cor, etnia e geração nos materiais educativos, tais iniciativas ainda não alcançam plenamente as equipes dos serviços em suas produções locais^{22-24,26}. Ainda assim, observa-se, nas falas das(os) entrevistadas(os), a emergência de movimentos que apontam para mudanças, ainda que circunscritas a uma lógica binária de gênero.

A familiaridade das mulheres com os serviços de saúde foi construída ao longo de um processo histórico de apropriação do corpo feminino, visto como corpo reprodutivo e objeto de estratégias de controle biomédico³². Já ao corpo masculino, coube o lugar do desconhecimento, não recebendo o mesmo investimento²⁶. As(os) profissionais entrevistadas(os) evidenciam a centralidade conferida ao corpo feminino nas práticas e políticas de saúde, em detrimento da problematização das razões que afastam os homens dos serviços.

Eu acho que a gente tende a estudar essa grande maioria de mulheres porque, de fato, é quem acessa mais. Só que, ao fazer isso, a gente acaba apagando um outro braço importante que é quem não acessa, não está acessando por quê? E eu acho que isso é muito dificultoso pra nossa política de saúde, porque é a normatização do corpo que vem em relação à mulher mesmo, né? Esse corpo do homem não tem lugar, nem na saúde (APS14).

Para Rohden³², com o surgimento da ginecologia no século XIX, o corpo feminino passou a ser mais exposto e sistematicamente investigado do que o masculino, fato que decorreu de um discurso medicalizante que ia desde a redução da mulher à função sexual e reprodutiva até o projeto de constituição de uma ‘ciência da mulher’, sustentado pela compreensão de que as mulheres seriam mais suscetíveis a doenças e instabilidades do que os homens.

No que concerne ao corpo masculino, tanto no campo do estabelecimento de uma especialidade médica quanto na incorporação às discussões sobre função sexual e reprodutiva, não se observou essa mesma inflexão do discurso médico. Apesar da reconhecida existência de desordens na próstata e nos testículos, prevaleceu a concepção de que as patologias do sistema sexual masculino não determinariam a natureza do homem³²⁻³⁴.

Isso explicaria por que a andrologia, ou mesmo a urologia, não alcançaram grande êxito naquele período. Apenas a partir do final do século XX e início do século XXI, a temática da saúde do homem passou a ser incorporada, tanto no campo da medicina quanto no da saúde pública³²⁻³⁴.

Os resultados deste estudo indicam que a ausência dos homens nos serviços de saúde configura-se como uma forma de invisibilidade associada à inabilidade dos profissionais em reconhecer sua presença como usuários e em valorizar as questões por eles apresentadas. As falas evidenciam que tal invisibilidade não se relaciona à menor procura dos serviços por parte dos homens, mas, também, às práticas profissionais que dificultam o reconhecimento e acolhimento de suas demandas.

Eu acho que já existe um ‘pré-conceito’ cultural em relação ao homem se cuidar. Isso já meio que vem formado na cabeça de muita gente: que o homem não se cuida, que o homem não procura, e isso, às vezes, pode interferir, dependendo do profissional. Interfere talvez no fato de ele não levar em consideração algumas queixas (APS13).

Esses achados dialogam com estudos^{11,22-24,26,27} que analisam o modo como profissionais de saúde – sujeitos também generificados – avaliam e legitimam as necessidades e demandas de saúde de homens e mulheres, indicando que o processo de trabalho no cotidiano da assistência pode produzir mecanismos potencialmente promotores de desigualdades de gênero.

Payne e Doyal³⁵ assinalam que profissionais de saúde podem apresentar menor atenção na

identificação de processos de adoecimento em decorrência dos estereótipos de gênero associados aos usuários. De forma convergente, Courtenay e Keeling²⁹ apontam que os serviços de saúde tendem a destinar menos tempo de atendimento aos homens e a oferecer poucas explicações sobre mudanças em fatores de risco para doenças, quando comparados às mulheres, aspecto que se faz presente nos relatos analisados.

Para Couto et al.³⁶, crenças acerca da presença dos homens nos serviços de APS são construídas a partir de uma percepção enviesada da invisibilidade, especialmente quando suas demandas se expressam de maneiras distintas daquelas tradicionalmente associadas ao feminino e já legitimadas no contexto assistencial. Tal percepção de invisibilidade seria concebida como produto da polarização baseada nos estereótipos de gênero e da estruturação de serviços e políticas de prevenção, que, muitas vezes, não incluem os homens como sujeitos de cuidado.

‘Ser homem’ e ‘ser mulher’ nos serviços de saúde

A tendência a uma visão binária constitui um elemento de destaque quando tomamos o gênero como princípio ordenador e normatizador de práticas sociais⁶. Observa-se, nesse contexto, um processo de ‘essencialização’ que limita os significados relacionados a ‘ser homem’ ou ‘ser mulher’ e oculta as pluralidades que atravessam essas experiências. Desigualdades sociais e econômicas, educacionais, de classe, raciais, étnicas, geracionais, de sexualidade ou de capacidade contribuem para a configuração de masculinidades e feminilidades diversas. Ainda assim, determinados atributos seguem sendo frequentemente cristalizados como exclusivos de um gênero ou de outro³⁷.

Nicholson³⁸ enfatiza que as análises que desconsideram os limites impostos por uma perspectiva binária de gênero tendem a produzir explicações reducionistas, incapazes de

abarcas experiências que desviam da norma. Baseadas na premissa de que os homens não cuidam de si nem dos outros, as práticas de profissionais de saúde podem legitimar a suposta incompetência masculina para o cuidado. Simultaneamente, essas práticas reforçam a imagem da mulher como cuidadora, reforçando padrões de gênero naturalizados.

A literatura^{8,24} aponta que, quando acessam os serviços de saúde, os homens tendem a fazê-lo prioritariamente em situações relacionadas a patologias, lesões, acidentes, problemas odontológicos ou para uso da farmácia, considerados suas principais ‘portas de entrada’ nos serviços. Destaca-se a preferência por dispositivos que ofereçam atendimento imediato, como emergências e prontos-socorros, caracterizados pela ausência de acompanhamento longitudinal, o que evidencia resistência às ações preventivas e de rotina.

Os dados deste estudo convergem com esses achados. As(os) entrevistadas(os) percebem atitudes distintas, com a predominância de práticas de caráter curativo entre os homens e de práticas preventivas entre as mulheres. Ao mencionarem a menor presença masculina nos serviços, mobilizam explicações ancoradas em suas experiências e percepções pessoais, que passam a operar como chaves interpretativas para compreender esse fenômeno.

Primeira coisa: eu acho que o homem precisa entender que ele não é um herói, que tem que cuidar da saúde dele, que a saúde dele não é para ser cuidada só quando ele está doente, né? [...] Enquanto a gente não desconstruir esse lugar do homem, enquanto não houver uma discussão sobre isso, enquanto a gente continuar empurrando essa lógica, a gente vai ter pessoas muito resistentes a se cuidar, porque é o lugar do super-herói (APS16).

O aspecto cultural associado ao ‘ser homem’ tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada, sustentado por um viés determinista no qual a possibilidade de agência dos sujeitos é relegada a um papel secundário diante do cenário social¹.

Para Swain³⁹, a concepção segundo a qual haveria algo de puramente orgânico e biológico nos corpos femininos só pode adquirir sentido e ser tomada como verdade perene a partir de aparatos discursivos inscritos em determinados esquemas de poder. Ao interpelar o enunciado da naturalidade corporal e questionar a suposta concretude dos corpos biológicos, coloca-se em perspectiva a construção de regimes de verdade sobre o corpo. Aquilo que poderia ser tomado como a ‘natureza’ de um corpo, ao ser interrogado criticamente, revela-se como efeito de uma ampla e complexa rede de poderes que fabrica e camufla a multiplicidade do social.

As(os) profissionais entrevistadas(os) relataram que os homens tendem a retardar a busca de assistência, e apenas se aceitam portadores de necessidades e dirigem-se aos serviços quando já apresentam doença manifesta e/ou agravada, quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas ou quando estes comprometem seu desempenho cotidiano. Também emergiu, nos relatos, a percepção de que os homens não reconhecem a importância das orientações preventivas, valorizando prioritariamente práticas curativas voltadas à restauração da integridade corporal e da funcionalidade.

Os homens dificilmente procuram, né, principalmente de forma preventiva. Eles só vão quando o caso já está bem [grave]... de forma que eles não conseguem mais adiar, quando já têm prejuízos muito grandes. Então, eles começam a procurar. Motivados por suas esposas, ou por alguém que falou, mas dificilmente por iniciativa própria (APS11).

Além disso, as(os) interlocutoras(es) apontaram que os principais motivos que levam os homens a procurar uma unidade de saúde são as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o tabagismo, as dores, a dependência química e/ou sintomas de doenças mentais, bem como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Esses relatos sugerem que o reconhecimento de carecimentos em saúde, por se constituir na vida em sociedade, está associado tanto à prevalência de determinados agravos em âmbito populacional quanto daqueles que ameaçam aspectos centrais da masculinidade hegemônica, como ocorre, por exemplo, com as IST. Desse modo, o movimento de busca dos serviços de saúde e as demandas ditas ‘espontâneas’ mostram-se sempre sócio-historicamente determinados¹⁰.

Schraiber e colaboradores¹¹ destacam que, no processo de medicalização – forma de apreender e transformar as necessidades de saúde que apaga a socialidade da doença –, o objeto do cuidado tende a ser reduzido às necessidades estritamente biológicas. Assim, tanto as desigualdades de gênero quanto as relações entre o exercício das masculinidades e os processos de adoecimento tendem a permanecer ausentes das práticas assistenciais e das demandas mais valorizadas pelos usuários, por aculturação na medicalização.

Outro aspecto que ganha destaque entre as razões apontadas para busca de assistência em saúde são as questões relacionadas ao trabalho. A literatura sobre o tema aponta os fatores associados ao emprego e a atividades laborais como uma variável que dificulta o acesso dos homens aos serviços de saúde. Entre esses fatores, destacam-se a incompatibilidade entre os horários de funcionamento das unidades e a jornada de trabalho, a existência de uma cultura social e organizacional que deprecia a ausência masculina motivada por situações de adoecimento, e o receio, por parte dos homens, de assumir essa busca de assistência por temerem demonstrar fragilidade em seus contextos sociais^{1,11,23,24,26}.

Entretanto, os dados deste estudo permitem observar que condições laborais adversas e a perda do emprego podem ser situações que incidem de forma significativa sobre a saúde dos homens, funcionando como disparadores para a procura de atendimento nas unidades de saúde.

Quando chegava até mim, chegava muitas vezes pela equipe ou até pelo ACS. Nesses casos, era porque esse homem já estava num nível muito grande de esgotamento, ligado a essas situações de trabalho ou perda de trabalho, ou porque houve um momento de desemprego. E aí tem algo muito grande ligado à agressividade, às questões de gênero, do homem ser esse provedor da família e estar numa situação de depressão ou um estado de tristeza grande. Eram situações que mais marcavam pra mim (APS12).

Nesse sentido, cabe ressaltar que, nas sociedades ocidentais orientadas pela lógica do consumo, o trabalho tem sido considerado atributo essencial para a construção da identidade masculina heteronormativa, sendo atribuído ao homem adulto o papel de provedor. O ingresso no mercado de trabalho simboliza, nesse contexto, uma forma de exercício da masculinidade. Conforme trabalham e geram recursos materiais capazes de garantir o próprio sustento e o de sua família, os homens também conquistam reconhecimento por parte de outros homens, processo fundamental para a reposição e estruturação de sua identidade³⁹.

Zanello et al.⁴⁰ enunciam que, em nossa cultura, o ideal hegemônico de masculinidade é marcado pela virilidade sexual e laborativa. Há, assim, uma demanda social para que os homens sejam eficazes, provedores e não falhem no desempenho sexual nem no trabalho. No âmbito laboral, o dinheiro e o sucesso profissional ratificam essa virilidade, enquanto sua ausência pode ser vivenciada como vergonha, depreciação e perda de identidade social. Essas experiências impactam negativamente as condições de vida e de saúde da população masculina, deixando aqueles que não alcançam tais ideais mais particularmente vulneráveis a experimentar o sofrimento psíquico.

Nessa direção, Sarti⁴¹ defende que, especialmente nas famílias pobres, o trabalho assume um referencial simbólico positivo, ancorado em seu valor moral, permitindo que homens pertencentes às camadas sociais

mais desfavorecidas requalifiquem sua posição social. Assim, não é de se estranhar que, diferentemente das mulheres pobres, que apresentam maior tendência de revelar seus dramas familiares, os homens pobres parecem apresentar uma imensa dificuldade em falar sobre problemas associados à precariedade material, na medida em que tais questões tensionam ou inviabilizam o exercício de uma masculinidade socialmente reconhecida²⁸.

Ainda cabe mencionar que, quando o homem trabalhador se confronta com um contexto de incapacidade para o exercício de sua atividade laboral, por adoecimento ou acidente, emerge um conflito identitário. Isso ocorre porque o próprio trabalho, ao mesmo tempo que produz adoecimento, passa a definir um conjunto de limitações morais e físicas que colocam em xeque atributos centrais associados ao ser homem e trabalhador⁴².

Da mesma maneira, problemas relacionados à sexualidade, como impotência sexual e perda de libido, tendem a acionar referenciais identitários da masculinidade heteronormativa, como, por exemplo, sexualidade incontrolável e compulsiva e práticas sexuais de risco. Ademais, dificuldades no controle de impulsos, expressas por comportamentos de agressividade e irritabilidade, frequentemente reforçadas no processo de socialização masculina, articulam-se a esses padrões e podem intensificar o sofrimento psíquico e os processos de adoecimento.

Considerações finais

Os achados deste estudo, circunscritos ao contexto empírico investigado e à perspectiva das(os) profissionais participantes, indicam que as masculinidades exercidas acarretam necessidades de saúde distintas entre os homens. Entretanto, tais necessidades tendem a não ser reconhecidas a partir do exercício das masculinidades, sendo frequentemente naturalizadas como agravos comuns ao indivíduo de sexo masculino. Essa naturalização das

construções sociais de masculinidades, conforme fica evidenciado nos relatos analisados, dificulta o reconhecimento de necessidades de saúde específicas dos homens no cotidiano dos serviços.

Essa dificuldade emerge de processos mais amplos de construção das identidades de homens e mulheres nas relações sociais, os quais conformam não apenas modos de compreender o corpo, a saúde e a doença, mas também produzem serviços de saúde fundados em modelos referidos aos ideais normativos de masculino e feminino.

Nesse cenário, a medicalização das necessidades de saúde, que compõe o modo hegemônico de atuação dos profissionais e de reconhecimento por parte dos usuários de suas necessidades, reforça o distanciamento com relação à compreensão da saúde como socialmente determinada. A ausência de um olhar que incorpore a perspectiva de gênero reduz, assim, as possibilidades de identificação e estímulo à expressão de carecimentos que não se inscrevem na produção usual dos serviços.

Os dados empíricos também evidenciam que, embora os corpos masculinos não tenham sido historicamente controlados e disciplinados nos mesmos moldes que os femininos, eles foram frequentemente reduzidos à sua força física enquanto força de trabalho, operando como corpos-máquina. Sob essa lógica, o cuidado contínuo perde centralidade, sendo substituído por intervenções pontuais voltadas à 'reposição', quando o corpo já não responde às exigências do trabalho. Como consequência, ações de promoção e prevenção da saúde tendem a não ocupar um lugar privilegiado quando se trata da saúde dos homens⁴³.

De modo geral, os resultados apontam que a ordem de gênero dominante, integrada ao ambiente institucional pela atuação dos profissionais, conforma percepções sobre procura, acesso, necessidades, demandas e uso dos serviços por homens e mulheres. Tais discursos, ancorados em processos de essencialização do masculino (atrelado à cultura) e

do feminino (atrelado à natureza), produzem leituras naturalizadas das diferenças de gênero no adoecimento e nas necessidades de saúde, sobrepondo modelos abstratos aos sujeitos concretos que acessam os serviços²⁶. Nesse sentido, vale reforçar que, em se tratando da naturalização das diferenças, interessa menos para o debate de gênero verificar sua existência 'real' e mais compreender a função social e política da suposição de que elas existem, uma vez que o reforço do binarismo limita a construção de outras possibilidades de compreender o masculino, o feminino e suas assimetrias de poder.

À luz desses resultados, torna-se fundamental interrogar criticamente noções reificadas de 'ser homem', masculino e masculinidades de modo a subsidiar análises e ações em saúde que considerem o caráter múltiplo, relacional e contextual dessas experiências⁴⁴. É apenas na abertura à diversidade de possibilidades de formas de existir que os profissionais podem reconhecer carecimentos que tendem a ser invisibilizados ou reduzidos, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de cuidado que não reproduzam atribuições tradicionais e desiguais de gênero no campo da saúde¹⁰.

Do ponto de vista programático, a incorporação da pluralidade de formas de exercício das masculinidades – forjada na relação com outros marcadores sociais de diferença – alinha-se aos princípios da integralidade e da equidade do sistema de saúde. Isso oportuniza a incorporação de outras perspectivas e saberes ao processo de organização das práticas direcionadas aos sujeitos nos serviços de saúde, de modo alternativo à racionalidade biomédica hegemônica¹⁰.

No âmbito da formação profissional, os resultados apontam para a necessidade de revisar criticamente as práxis de ensino em saúde, diante do reconhecimento de que as dinâmicas de gênero atravessam de forma estruturante as práticas profissionais. Enorme é o desafio de desconstruir paradigmas hegemônicos, mas torna-se imprescindível investir em processos formativos que integrem gênero

e saúde em uma perspectiva ético-política e interseccional, bem como fortalecer o papel da universidade e das instituições formadoras na produção e difusão de metodologias e tecnologias de cuidado sensíveis às diferenças.

Adicionalmente, destaca-se a relevância da educação permanente e continuada em saúde como um importante eixo do modelo assistencial brasileiro, ao valorizar o cotidiano do trabalho como espaço de aprendizagem, reflexão crítica e invenção de práticas. Essa estratégia favorece a substituição de modelos tradicionais por práticas mais colaborativas, integradas e comprometidas com a escuta da diversidade e da pluralidade⁴⁵.

Por fim, concordamos com Trad⁴⁶ quando afirma que atender, ainda que parcialmente, às necessidades de saúde de determinados grupos sociais pressupõe, antes, reconhecê-las. Isso implica adotar uma perspectiva que resista a leituras etnocêntricas e generalizantes, para que seja possível apreender dimensões mais

complexas dos sujeitos e dos coletivos. Tal postura constitui tanto um princípio ético quanto um requisito imprescindível para a efetividade das práticas de saúde.

Contribuições de autoria

Coutinho CO (0000-0001-7517-6543)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Casemiro JP (0000-0001-6940-2479)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Seixas CM (0000-0003-2630-9746)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Gomes R, editor. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 228 p.
2. Medrado B, Souza I, Gomes R, et al. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(1):179-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
3. Heise L, Greene ME, Opper N, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*. 2019;393(10189):2440-54. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30652.
4. Carnut L, Ferraz CB. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2021; 45: 451-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>
5. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>
6. Scott JW. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ Realidade*. 1995;20(2):71-99.
7. Connell R, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estud Fem*. 2013;21(1):241-282. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 183 p.
9. Schraiber LB, Figueiredo WS. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. *Saúde do Homem Debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 19-38.
10. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17: 2635-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>
11. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:961-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
12. Camargo KR Jr. On health needs: the concept labyrinth. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00113717. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113717>
13. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 295 f.
14. Freitas GC, Flores JA, Camargo KR Jr. “Necessidades de saúde”: reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saúde Soc*. 2021;31:e200983. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021000983>
15. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1260-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400029>
16. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.
17. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991. 514 f.
18. Coutinho CO. Masculinidades transtornadas: um estudo sobre os desafios do cuidado a homens com transtornos alimentares [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023. 217 f.
19. Noy C. Sampling knowledge: the hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *Int J Soc Res Methodol*. 2008;11(4):327-44. DOI: <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
21. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 179-218.
22. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00060015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>
23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14:257-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
25. Almeida MV. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. In: *Anuário Antropológico*, 95. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996. p. 161-190.

26. Machin R. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(11):4503-4512. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>
27. Dantas GC, Figueiredo WS, Couto MT. Desafios na comunicação entre homens e seus médicos de família. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200663. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200663>
28. Welzer-Lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizadora. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2004. p. 107-128.
29. Courtenay WH, Keeling R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health*. 2000;48(6):243-246. DOI: [10.1080/07448480009596265](https://doi.org/10.1080/07448480009596265)
30. Schofield T, Connell RW, Walker L, et al. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health*. 2000;48(6):247-56. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448480009596266>
31. Couto MT. Gênero, Masculinidades e Saúde [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016 [acesso em 2026 mar 16]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002798211>
32. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
33. Gomes R, Granja EMS, Honorato EJS, et al. Corpos masculinos no campo da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19:165-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.0579>
34. Sohn AM. O corpo sexuado. In: Courtine JJ, organizador. *História do corpo 3: as mutações do olhar. O século XX*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 109-54.
35. Payne S, Doyal L. Gender equity or gender equality in health? *Policy Polit*. 2010;38(1):171. DOI: <https://doi.org/10.1332/147084410X487688>
36. Alves TM. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. *Contextos – Working Papers [Internet]*. 2017 [acesso em 16 mar 2026];2(3):1-22. Disponível em: <https://repositorio.uminho.pt/entities/publication/db629aac-ddf8-45ac-a8f5-b9d784c35f3a>
37. Nicholson L. Interpretando o gênero. *Estud Fem*. 2000;8(2):9-42.
38. Swain TN. A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário?”. *Textos Hist*. 2000;8(1/2):47-84.
39. Dos-Santos EM, Figueiredo GA, Mafra ALS, et al. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(2). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.16058>
40. Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Editora Appris; 2020.
41. Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
42. Nardi HC. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
43. Separavich MA. A saúde do homem em foco. São Paulo: Editora UNESP; 2011.
44. Oliveira IV, Sousa FKM. “Podem duas mulheres falar sobre masculinidades?": entre saberes localizados e a reflexão sobre múltiplas masculinidades. *Rev Periódicus*. 2020;1(13):25-43. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i13.35695>
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de*

Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

46. Trad LAB. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. Projeto Integralidade em Saúde – 10 anos: por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco; 2010. p. 39-54.

Recebido em 26/06/2025

Aprovado em 10/03/2026

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) – processo nº

88882.450903/2019-01

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

Fatores da não vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes de São Paulo

Factors associated with non-vaccination against Human Papillomavirus (HPV) among adolescents in São Paulo

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim¹, Luís Antônio Batista Tonaco², Bianca Maria Oliveira Lovisaro², Fernanda Penido Matozinhos², Deborah Carvalho Malta²

DOI: 10.1590/2358-2898202614911051P

RESUMO Objetivou-se analisar os fatores associados à não vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes de São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, desenvolvido a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Para este estudo em particular, foram analisadas as respostas de meninas e meninos com idades entre 13 e 17 anos do município de São Paulo, totalizando 4.179 questionários. A variável dependente foi a não vacinação contra o HPV. Para a análise multivariada, aplicou-se o modelo de regressão logística. Todas as estimativas foram calculadas no módulo survey do pacote estatístico Statistical Software for Professionals, versão 17.0. A prevalência de adolescentes não vacinados foi de 17%, sendo o sexo masculino, a idade mais avançada e a não procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses os principais fatores associados à ausência de vacinação. Os resultados deste estudo são inovadores por elucidar fatores associados à não vacinação contra o HPV em adolescentes no estado de São Paulo, o segundo mais populoso do País. Desse modo, serão bastante úteis para subsidiar estratégias para a reconquista das coberturas vacinais mais direcionadas aos adolescentes, um público com necessidades específicas de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Adolescentes. Papilomavírus Humano. Epidemiologia. Vacinação.

ABSTRACT This study aimed to analyze factors associated with non-vaccination against Human Papillomavirus (HPV) among adolescents in São Paulo, Brazil. This is an epidemiological study with a cross-sectional design, developed using data from the National School Health Survey. For this particular study, responses from girls and boys, aged 13 to 17 years, from the municipality of São Paulo were analyzed, totaling 4,179 questionnaires. The dependent variable was non-vaccination against HPV. For multivariate analysis, a logistic regression model was applied. All estimates were calculated using the survey module of the Statistical Software for Professionals, version 17.0. The prevalence of unvaccinated adolescents was 17%, with male sex, older age, and not seeking health services in the previous 12 months being the main factors associated with a lack of vaccination. The results of this study are innovative as they elucidate factors associated with non-vaccination against HPV among adolescents in the state of São Paulo, the second most populous state in the country. Therefore, these findings will be highly useful in supporting strategies to restore vaccination coverage, particularly targeted at adolescents, a population with specific healthcare needs.

KEYWORDS Adolescents. Human Papillomavirus. Epidemiology. Vaccination.

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE) – São Paulo (SP), Brasil. shamf@usp.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é um tipo de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais prevalente no trato reprodutivo no mundo. Mais de 200 subtipos virais do HPV já foram identificados, sendo que pelo menos 14 deles são classificados como de alto risco devido ao seu potencial oncogênico^{1,2}. Em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente, registram-se cerca de 14 milhões de novos casos de infecção pelo HPV. Nesse contexto, o risco de uma pessoa adquirir um ou mais subtipos do vírus ao longo da vida ultrapassa 90%, com aproximadamente dois terços das mulheres contraindo a infecção nos dois primeiros anos após o início da vida sexual^{1,2}.

Embora a infecção pelo HPV seja frequentemente transitória, sua persistência está fortemente relacionada com o surgimento do câncer do colo do útero, que representa um relevante problema de saúde pública atualmente devido à sua alta incidência³. No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais comum entre as mulheres⁴.

A vacina contra o HPV e o exame citológico são as estratégias mais eficazes para o controle dessa infecção. A OMS recomenda alcançar uma cobertura vacinal de 90% contra o HPV em meninas de até 15 anos, além de garantir que 70% das mulheres entre 35 e 45 anos realizem rastreamento de alta performance. Também é essencial que as mulheres identificadas com lesões precursoras ou câncer recebam tratamento precoce e eficaz⁵.

No Brasil, a vacina contra o HPV foi incorporada ao Calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014, inicialmente destinada a adolescentes do sexo feminino e, posteriormente, ampliada para meninos, como parte de uma estratégia de proteção universal. A vacina é oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Até março de 2014, o esquema adotado consistia em duas doses, com intervalo de seis meses entre elas. A partir de abril de 2024, passou a

ser utilizado o esquema de dose única, em conformidade com as recomendações da OMS⁶ e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)^{6,7}. Em julho de 2024, o Ministério da Saúde ampliou a oferta da vacina para novos públicos, incluindo pessoas com Papilomatose Respiratória Recorrente (PPR), pessoas que vivem com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, pacientes oncológicos, indivíduos em uso de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e vítimas de violência sexual⁷.

Apesar de a vacina ser ofertada gratuitamente à população-alvo em 2022, a cobertura vacinal contra o HPV no Brasil entre adolescentes foi de 52,16% para os meninos e de 75,81% para as meninas⁸. Além disso, um estudo nacional baseado em dados de uma amostra representativa da população brasileira, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), revelou que 45,54% (Intervalo de Confiança de 95% – IC 95% – 52,88-53,06) dos participantes relataram falta de conhecimento sobre a vacina contra o HPV. No estado de São Paulo, esse percentual foi de 44,42%⁹.

Cabe ressaltar que há uma carência notável de estudos que analisem em profundidade os fatores associados à não vacinação em nível estadual, especialmente no contexto sociodemográfico e de acesso à saúde. O estudo de Silva et al.⁹, por exemplo, evidenciou a cobertura vacinal em uma perspectiva mais ampla, enquanto o de Melo, Pereira e Silva¹⁰ abordou a influência do acesso à saúde em adolescentes brasileiros de forma geral, sem o enfoque regional nem as variáveis específicas analisadas. Desse modo, a presente pesquisa assume relevância ímpar ao buscar elucidar os determinantes específicos da não vacinação no estado de São Paulo, o segundo mais populoso do País, fornecendo dados cruciais para a elaboração de estratégias de reconquista de coberturas vacinais mais direcionadas e eficazes.

Compreender os fatores associados à não vacinação contra o HPV é importante para subsidiar a formulação de estratégias de saúde pública mais eficazes. A análise desses fatores

permite identificar barreiras específicas à adesão, incluindo aspectos individuais, como o conhecimento sobre a vacina e a percepção de risco, e fatores sociais, como o papel dos pais e o acesso aos serviços de saúde.

Considerando que o período da adolescência representa uma fase crítica para intervenções preventivas, dada a importância desse ciclo de vida na formação de comportamentos de saúde e na aceitação de estratégias de imunização, o presente estudo objetiva analisar os fatores associados à não vacinação contra o HPV em adolescentes de São Paulo, Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, norteado pela ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe), desenvolvido a partir de dados da PeNSE.

A PeNSE foi conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e suporte do Ministério da Educação, com enfoque em adolescentes em idade escolar. Esse inquérito faz parte da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. A PeNSE é reconhecida como a primeira iniciativa nacional a explorar, de maneira abrangente, diversos aspectos do cotidiano dos adolescentes, incluindo seus cuidados com a saúde. A amostragem do inquérito foi realizada por meio de uma abordagem em *clusters*, dividida em dois estágios: inicialmente, as escolas foram selecionadas como o primeiro nível de amostragem, seguidas pelas turmas dos alunos matriculados como o segundo nível. Para a seleção, todos os estudantes das turmas das escolas sorteadas para participar da pesquisa foram considerados elegíveis. O tamanho da amostra foi definido com o objetivo de estimar parâmetros populacionais para estudantes com idades entre 13 e 17 anos, matriculados e frequentando tanto

escolas públicas quanto privadas, abrangendo diferentes níveis geográficos: todo o território nacional, as cinco regiões principais, as Unidades Federativas, as capitais e o Distrito Federal. O questionário da PeNSE é autoaplicável e conta com diretrizes específicas para seu preenchimento¹¹.

Os participantes da PeNSE são adolescentes de 13 a 17 anos, regularmente matriculados e frequentando do 7º ao 9º ano do Ensino Fundamental, bem como da 1ª à 3ª série do Ensino Médio. Incluem-se também estudantes de cursos técnicos integrados ao Ensino Médio e de cursos normais/magistério, abrangendo todos os turnos e tanto escolas públicas quanto privadas em todo o Brasil¹¹.

Em 2019, os dados foram coletados de 4.242 escolas e de 6.612 turmas, totalizando 189.857 estudantes matriculados e 183.264 alunos presentes. Entre eles, 159.245 questionários foram considerados válidos, ou seja, aqueles em que os estudantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informaram o sexo e a idade. Desse total, 125.123 questionários foram analisados¹¹.

Os pesos amostrais foram calculados considerando as escolas, as turmas e os alunos, com ajustes realizados com base nos dados do Censo Escolar. Para este estudo em particular, foram analisadas as respostas de meninas e meninos com idades entre 13 e 17 anos do município de São Paulo, totalizando 4.179 questionários¹¹.

Na análise, foi incluído o questionário da escola, cujo respondente foi o diretor ou o responsável pela instituição ($n = 4.242$). A variável dependente foi a não vacinação contra o HPV, por meio da pergunta do questionário: 'Você foi vacinado(a) contra o vírus HPV?' (sim, não).

As variáveis independentes analisadas incluem características individuais, como sexo (feminino e masculino), faixa etária (13 a 15 anos e 16 a 17 anos), raça (branca, preta, parda e outros – amarela/indígena), escolaridade materna (sem instrução até fundamental completo; médio incompleto

e médio completo; superior incompleto e superior completo), morar com a mãe ou o pai (sim ou não), tabagismo (sim ou não), consumo de bebida alcoólica (sim ou não) e prática de atividade física (ativo ou sedentário). Além disso, abrangem características sociais e de infraestrutura, como dependência da escola (pública ou privada), posse de celular, *notebook* e internet em casa (sim ou não). Por fim, considera-se o acesso aos serviços de saúde, avaliado pela procura por esses serviços nos últimos 12 meses (sim ou não).

No questionário destinado aos diretores ou responsáveis pelas escolas, foram analisados aspectos como a participação da instituição no Programa Saúde na Escola (PSE) (resposta 'sim' ou 'não') e a realização de ações de apoio à vacinação nos últimos 12 meses (resposta 'sim' ou 'não').

Análise dos resultados e estatística

Foi calculada a prevalência de não vacinados contra o HPV, conforme o critério definido neste estudo. Para o teste de significância do estudo, utilizou-se o modelo bruto para análise das associações das variáveis com o desfecho, considerando-se um nível de significância de 0,05 e IC 95%.

Para a análise multivariada, aplicou-se o modelo de regressão logística, sendo testadas as variáveis com $p \leq 0,20$ nas análises não ajustadas e permanecendo, ao final, aquelas que apresentaram $p < 0,05$, com IC de 95%. Todas as estimativas foram calculadas no módulo *survey* do pacote estatístico Statistical Software for Professionals (Stata), versão 17.0.

Aspectos éticos

Para este estudo, foi utilizada base de dados secundária, de acesso público e gratuito, respeitando a confidencialidade dos participantes e dispensando aprovação prévia em Comitê de Ética e Pesquisa. Ressalta-se que a PeNSE atende às Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisas com Seres Humanos e recebeu a aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (Conep/MS), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07508818.5.0000.0008 e parecer nº 3.249.268, de 8 de abril de 2019.

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 4.179 adolescentes; destes, 17% (IC = 15,4-18,6) não receberam a vacina contra o HPV no estado de São Paulo, Brasil. A amostra foi composta predominantemente por adolescentes de 13 a 15 anos (63,7%), com distribuição equilibrada entre os sexos. A maioria frequentava escolas públicas (81,4%), e 47,8% se autodeclararam brancos. Com relação à escolaridade materna, 39,4% tinham Ensino Médio completo ou incompleto, sendo que a maioria dos participantes residia com a mãe (91%), enquanto 60,5% viviam também com o pai. Quanto à infraestrutura, 95,4% tinham acesso à internet, e 91,8% possuíam celular. Observou-se que 30,9% relataram tabagismo, e 47,4% consumiram álcool. Apenas 30,5% foram considerados fisicamente ativos, e 37,9% buscaram serviços de saúde no último ano (*tabela 1*).

Tabela 1. Características dos participantes do estudo. São Paulo, Brasil

Características	% (IC 95%)
Sexo	
Feminino	50,1 (47,8-52,4)
Masculino	49,9 (47,6-52,1)

Tabela 1. Características dos participantes do estudo. São Paulo, Brasil

Características	% (IC 95%)
Idade	
13 a 15	63,7 (58,2-68,9)
16 a 17	36,8 (31,1-41,8)
Raça	
Branca	47,8 (45,2-50,4)
Preta	11,1 (09,9-12,4)
Parta	35,4 (33,2-37,7)
Outros	05,7 (05,0-06,5)
Escolaridade da mãe	
Sem instrução até fundamental completo	26,5 (24,0-29,1)
Médio incompleto e médio completo	39,4 (36,7-42,2)
Superior incompleto e superior completo	34,1 (32,0-36,2)
Mora com a mãe	
Sim	91,0 (89,6-92,2)
Não	09,0 (07,8-10,4)
Mora com o pai	
Sim	60,5 (58,0-62,9)
Não	39,5 (37,1-42,0)
Dependência da escola	
Pública	81,4 (79,6-83,0)
Privada	18,6 (17,0-20,3)
Possui celular	
Sim	91,8 (90,3-93,2)
Não	08,2 (06,8-09,7)
Notebook	
Sim	69,9 (66,7-72,9)
Não	30,1 (27,1-33,3)
Internet em casa	
Sim	95,4 (94,3-96,4)
Não	04,6 (03,6-05,7)
Tabagismo	
Sim	30,9 (26,4-35,8)
Não	69,1 (64,2-73,6)
Bebida alcóolica	
Sim	47,4 (44,7-50,1)
Não	52,6 (49,9-55,2)
Atividade física	
Ativo	30,5 (27,9-33,2)
Sedentário	69,5 (66,8-72,1)
Procura serviço nos últimos 12 meses	
Sim	37,9 (35,5-40,4)
Não	62,1 (59,6-64,5)

Fonte: elaboração própria.

A análise bivariada revelou associação estatisticamente significativa entre sexo, idade e procura por serviços de saúde nos últimos

12 meses e a não vacinação contra o HPV, sugerindo que essas características influenciam o comportamento vacinal (*tabela 2*).

Tabela 2. Associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e estudantis dos adolescentes não imunizados contra HPV, São Paulo, Brasil

Características	HPV		OR (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
	Sim	Não		
	83,0 (81,4-84,5)	17,0 (15,4-18,6)		
Sexo			< 0,0000	< 0,001
Feminino	89,6 (88,1-90,9)	10,4 (09,0-11,9)	-	
Masculino	74,4 (70,3-78,0)	25,6 (21,9-29,7)	2,98 (2,22,3,99)	
Idade			0,045	0,045
13 a 15	84,1 (81,9-86,0)	15,9 (13,9-18,1)	-	
16 a 17	81,3 (79,3-83,1)	18,7 (16,9-20,7)	1,22 (1,00-1,48)	
Raça			0,7506	
Branca	83,0 (80,5-85,2)	17,0 (14,8-19,5)	-	
Preta	80,8 (75,4-85,2)	19,2 (14,8-24,6)	1,16 (0,79-1,70)	0,434
Parda	83,9 (80,9-86,5)	16,1 (13,5-19,1)	0,94 (0,72-1,21)	0,611
Outros (amarela /indígena)	83,3 (75,2-89,2)	16,6 (10,8-24,8)	0,97 (0,58-1,65)	0,923
Escolaridade da mãe			0,3823	
Sem escolaridade	80,2 (66,7-89,2)	19,8 (10,8-33,3)	-	
Primário (incompleto/completo)	83,3 (79,2-86,7)	16,7 (13,2-20,8)	0,81 (0,40-1,66)	0,569
Secundário (incompleto/completo)	81,1 (77,8-84,0)	18,9 (16,0-22,2)	0,95 (0,44-2,02)	0,885
Superior (incompleto/completo)	84,3 (81,6-86,8)	15,7 (13,2-18,4)	0,75 (0,36-1,57)	0,452
Mora com a mãe			0,183	
Sim	83,5 (81,9-84,9)	16,5 (15,1-18,0)	0,76 (0,50-1,14)	0,184
Não	79,3 (71,8-82,2)	20,7 (14,7-28,2)	-	
Mora com o pai			0,9309	
Sim	83,1 (81,3-84,7)	16,9 (15,3-18,7)	0,99 (0,80-1,22)	0,931
Não	82,9 (80,1-85,5)	17,1 (14,5-19,9)	-	
Dependência da escola			0,1971	
Pública	82,6 (80,7-84,5)	17,3 (15,5-19,3)	1,15 (0,93-1,43)	0,197
Privada	84,6 (82,2-86,7)	15,4 (13,3-17,8)	-	
Possui celular			0,199	
Sim	83,3 (81,8-84,7)	16,7 (15,3-18,2)	0,79 (0,55-1,13)	0,2
Não	79,77 (72,8-85,3)	20,2 (14,7-27,2)	-	

Tabela 2. Associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e estudantis dos adolescentes não imunizados contra HPV, São Paulo, Brasil

Características	HPV		OR (IC 95%)	Valor de p
	Sim	Não		
Notebook			0,647	
Sim	82,8 (81,0-84,5)	17,2 (15,4-19,0)	3,10 (2,47-4,68)	< 0,001
Não	83,5 (80,8-85,8)	16,5 (14,1-19,2)	-	
Internet em casa			0,4511	0,452
Sim	82,9 (81,2-84,5)	17,1 (15,5-18,8)	1,23 (0,71-2,14)	
Não	85,7 (77,8-91,1)	14,3 (08,9-22,2)	-	
Tabagismo			0,1435	0,144
Sim	84,9 (78,5-89,6)	15,1 (10,3-21,55)	0,74 (0,49-1,100)	
Não	80,7 (76,9-84,0)	19,3 (16,0-23,1)	-	
Bebida alcoólica			0,085	0,085
Sim	83,7 (80,1-86,8)	16,3 (13,2-19,9)	0,78 (0,58-1,03)	
Não	80,0 (77,8-82,1)	20,0 (17,9-22,2)	-	
Atividade física			0,9691	0,969
Ativo	83,1 (79,1-86,4)	16,9 (13,6-20,9)	1,00 (0,75-1,34)	
Sedentário	83,0 (81,2-84,6)	17,0 (15,4-18,8)	-	
Procura serviço nos últimos 12 meses			0,0001	< 0,001
Sim	85,4 (83,8-86,9)	14,6 (13,1-16,2)	1,56 (1,25-1,95)	
Não	78,9 (75,5-82,0)	21,0 (18,2-45,0)	-	

Fonte: elaboração própria.

A tabela 3 apresenta a associação estimada a partir das perguntas do questionário da escola, respondido pelo(a) diretor(a)/responsável (n = 4.242). Entre os itens analisados, utilizaram-se duas variáveis-chave: i) se a escola participa

do PSE; e ii) se a escola realizou alguma ação de apoio à vacinação nos últimos 12 meses. Observou-se que, nas escolas com presença do PSE, houve maiores taxas de vacinação contra o HPV.

Tabela 3. Associação entre participação dos gestores escolares e a não vacinação contra HPV, São Paulo, Brasil

	HPV		OR (IC 95%)	Valor de p
	Sim	Não		
Escola participa do PSE			0,0388	
Sim	86,0 (82,8-88,7)	14,0 (11,3-17,2)	0,75 (0,57-0,98)	0,039
Não	82,1 (79,8-84,2)	17,9 (15,8-20,2)	-	

Tabela 3. Associação entre participação dos gestores escolares e a não vacinação contra HPV, São Paulo, Brasil

	HPV		OR (IC 95%)	Valor de p
	Sim	Não		
Nos últimos 12 meses, a escola desenvolveu quais dessas seguintes ações?			0,7963	
Apoio à vacinação dos(as) alunos(as)				
Sim	85,8 (82,5-88,5)	14,2 (11,5-17,5)	1,04 (0,76-1,43)	0,796
Não	85,2 (83,1-87,2)	14,7 (12,8-16,9)	-	

Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 4*, após a regressão logística, verificou-se que o sexo, a idade e a procura por serviço de saúde nos últimos 12 meses mantiveram-se associados à não vacinação contra o HPV. Ser do sexo masculino aumentou as chances de não se vacinar contra o HPV em

2,97 vezes. Adolescentes de 16 a 17 anos têm 1,35 vez mais chances de não se vacinarem contra o HPV. Por fim, não procurar o serviço de saúde aumenta em 1,41 vez as chances de não se vacinar contra o HPV.

Tabela 4. Modelo ajustado para fatores associados à não vacinação por HPV em adolescentes, São Paulo, Brasil, 2019

Variáveis	OR (IC 95%)	Valor de p*
Sexo		< 0,001
Feminino	-	
Masculino	2,97 (2,21-4,00)	
Idade		
13 a 15	-	0,004
16 a 17	1,35 (1,10-1,65)	
Procurou o serviço nos últimos 12 meses		0,002
Sim	-	
Não	1,41 (1,13-1,76)	

Fonte: elaboração própria.

OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.

Discussão

O estudo atual, analisando dados da PeNSE no estado de São Paulo, identificou que cerca de um quinto dos alunos não foram vacinados, sendo o sexo masculino, a idade 16-17 anos e a não procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses os principais fatores associados à ausência de vacinação.

O estudo apontou desafios persistentes e multifacetados relacionados com a vacinação contra o HPV em adolescentes, especialmente no contexto de um importante estado na região Sudeste.

Embora a vacinação contra o HPV para meninos tenha sido implementada apenas em 2017 no Brasil, os achados deste estudo destacam a disparidade de cobertura vacinal

entre os sexos e os estereótipos de gênero profundamente enraizados¹². A vacina contra o HPV foi inicialmente associada à prevenção do câncer do colo do útero, reforçando a ideia de que sua principal relevância seria para mulheres. Isso pode ter limitado o alcance de campanhas educacionais voltadas a meninos e a suas famílias¹².

A maior probabilidade de não vacinação entre adolescentes do sexo masculino também foi destacada por Silva, Vasconcelos e Almeida¹², que investigaram a cobertura da vacina contra o HPV no Brasil e observaram que a adesão masculina foi significativamente inferior à feminina, mesmo após a introdução da vacinação para meninos. Esse fenômeno foi atribuído à percepção errônea de que o HPV afeta apenas mulheres, reforçando a necessidade de campanhas de conscientização que abordam os riscos para ambos os sexos¹².

Autores internacionais também observaram barreiras semelhantes em países de alta renda, indicando que fatores culturais e educacionais têm impacto na vacinação de meninos¹³. Nesse sentido, a integração de informações sobre o HPV em currículos escolares mostrou-se uma intervenção eficaz em alguns contextos, assim como a abordagem de gênero neutro na vacinação contra o HPV foi eficaz para aumentar a cobertura masculina, especialmente quando as campanhas enfatizaram os benefícios universais da vacina, como a prevenção de verrugas genitais e a redução da transmissão comunitária¹⁴.

Esses dados evidenciam a necessidade de estratégias específicas para aumentar a cobertura vacinal nesse público, especialmente considerando que a desinformação sobre a relevância da vacina para os meninos ainda é um obstáculo significativo. Nesse cenário, o reforço de campanhas educativas e ações direcionadas às famílias, escolas e comunidades pode reduzir a hesitação vacinal e aumentar a adesão^{12,13}.

Além disso, a hesitação vacinal entre os pais de meninos, frequentemente impulsionada pela falsa percepção de que o meu filho não

precisa disso, é um ponto crítico que deve ser abordado. Pesquisas de Karafillakis e Larson¹⁵ mostram que intervenções educativas personalizadas podem ajudar a desmistificar a vacina e aumentar a confiança dos pais¹⁴. Desse modo, estratégias baseadas em comunicação clara e apoio de líderes comunitários têm sido fundamentais para combater esse problema^{16,17}.

Adolescentes com idades entre 16 e 17 anos também apresentaram maior probabilidade (1,35 vez) de não se vacinarem em relação aos mais jovens, da mesma forma que um estudo internacional destacou que as oportunidades perdidas de vacinação frequentemente ocorrem durante a adolescência, devido à falta de acompanhamento vacinal em transições educacionais e à diminuição de intervenções de saúde à medida que os adolescentes se aproximam da idade adulta¹⁸.

A maior probabilidade de não vacinação entre adolescentes mais velhos sugere um problema estrutural de manutenção da cobertura vacinal ao longo da adolescência: à medida que os adolescentes mudam de ciclos educacionais, como do Ensino Fundamental para o Médio, o acompanhamento de saúde frequentemente se torna fragmentado¹⁸.

A integração entre escolas e unidades de saúde é uma estratégia apontada como eficaz para mitigar essas lacunas. No Reino Unido, por exemplo, programas que utilizam escolas como pontos de vacinação e reforçam o engajamento contínuo por meio de lembretes têm alcançado altas taxas de cobertura vacinal entre adolescentes mais velhos¹⁹.

De forma semelhante, Markowitz et al.²⁰, relatam que o enfoque em campanhas voltadas a adolescentes mais jovens pode resultar em lacunas na cobertura vacinal entre adolescentes mais velhos, sugerindo a necessidade de abordagens que incluam reforços e estratégias contínuas de busca ativa²⁰.

Ainda nesse estudo, a ausência de busca por serviços de saúde nos últimos 12 meses foi associada a um aumento de 1,41 vez na chance de não vacinação, o que evidencia que adolescentes que frequentam menos serviços de

saúde estão menos expostos a recomendações por profissionais de saúde sobre imunização¹⁰. Esse dado reforça a relevância de políticas públicas que promovam o acesso contínuo aos serviços de saúde, especialmente para adolescentes. A presença em unidades de saúde pode não apenas aumentar as oportunidades de vacinação, mas também melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre os benefícios da imunização, ajudando a mitigar os riscos de desinformação e hesitação^{10,21}.

Ainda sobre os achados de desinformação e hesitação vacinal, estudos também mostram que as campanhas educativas baseadas em evidências, especialmente aquelas que utilizam redes sociais, podem aumentar a aceitação da vacina contra o HPV. A confiança na vacina, o entendimento dos benefícios e a desconstrução de mitos são elementos cruciais para superar barreiras à vacinação, especialmente na população de adolescentes²².

A relação entre a busca por serviços de saúde e a vacinação ressalta a importância do acesso regular aos sistemas de saúde. No Brasil, adolescentes que vivem em áreas com baixa cobertura de serviços de saúde enfrentam barreiras maiores para acessar a vacinação. Esses desafios são exacerbados por desigualdades regionais, econômicas e educacionais¹⁰.

Ações comunitárias, como campanhas de vacinação itinerantes ou a integração de serviços de saúde em eventos comunitários, têm se mostrado eficazes em contextos semelhantes^{23,24}.

Dessa forma, identifica-se a importância de discutir a necessidade de estratégias integradas que envolvam escolas, unidades de saúde e famílias para melhorar os índices de vacinação entre adolescentes. O PSE, por exemplo, é uma ferramenta eficaz para ampliar o acesso à imunização e conscientizar sobre a importância da vacinação²⁴⁻²⁶.

A principal limitação deste estudo reside no uso da base de dados da PeNSE, a qual se restringe à coleta de informações de adolescentes inseridos e matriculados no ambiente escolar. Consequentemente, a pesquisa não inclui a

população de adolescentes que está fora da escola, um grupo que frequentemente enfrenta maiores vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Presume-se, portanto, que a proporção de não vacinados nessa população não estudada possa ser maior do que a encontrada entre os escolares, o que implica que os resultados podem subestimar a real magnitude da não vacinação contra o HPV no grupo etário de 13 a 17 anos do município de São Paulo. Todavia, usou-se uma metodologia rigorosa, e destaca-se a importância do uso dos dados da PeNSE, reconhecida como a primeira iniciativa nacional a explorar, de maneira abrangente, vários aspectos da vida e hábitos dos adolescentes. Além disso, outros públicos-alvo do HPV não foram avaliados aqui.

Considerações finais

O presente estudo cumpriu seu objetivo ao elucidar os fatores cruciais associados à não vacinação contra o HPV em adolescentes no estado de São Paulo, o segundo mais populoso do País. A prevalência de adolescentes não vacinados foi de 17%. Os achados indicam que o sexo masculino, a idade mais avançada (16 a 17 anos) e a não procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses são os principais determinantes da ausência de vacinação contra o HPV. Esses resultados reforçam a necessidade urgente de estratégias de saúde pública mais direcionadas. Tais estratégias devem focar campanhas de conscientização com abordagem de gênero neutro, que combatam a percepção errônea de que o HPV é uma questão exclusivamente feminina. Além disso, é fundamental que haja integração efetiva entre as unidades de saúde e as escolas, como por meio do PSE, para garantir o acesso e a manutenção da cobertura vacinal ao longo de toda a adolescência. Desse modo, as descobertas deste estudo são extremamente úteis para subsidiar ações estratégicas voltadas à reconquista das coberturas vacinais, atendendo às necessidades específicas de cuidado desse público.

Contribuições de autoria

Lachtim SAF (0000-0002-3323-5776)*, Tonaco LAB (0000-0001-9660-2900)*, Lovisaro BMO

(0000-0002-6093-2956)*, Matozinhos FP (0000-0003-1368-4248)* e Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Skeate JG, Woodham AW, Einstein MH, et al. Current therapeutic vaccination and immunotherapy strategies for HPV-related diseases. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(6):1418-29. DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1136039>
2. World Health Organization. Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Geneva: WHO Press; 2016.
3. Trindade GB, Manenti SA, Simões PW, et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. *Med (Ribeirão Preto)*. 2017;50(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p1-10>
4. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 2025 nov 14]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/estimativa2018-incidencia-de-cancer-no-brasil/>
5. World Health Organization. Developing together the vision and strategy for immunization – 2021-2030. Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO Press; 2019.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6ª ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
7. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS: Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil [Internet]. Brasília, DF; 2024 [acesso em 2025 nov 14]. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_or_gao_acesso_externo=0
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vacinação HPV em 2022. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 nov 14];54(2):19-24. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-02/view>
9. Silva TMRD, Sá ACMG, Carrato BA, et al. Lack of knowledge about the human papillomavirus vaccine among Brazilian adolescents: A cross-sectional study. *Public Health Nurs*. 2024;41(6):1453-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.13375>
10. Melo MS, Minuzzi-Souza TTC, Soares LM, et al. Human papillomavirus vaccination access, coverage and dropout in the Federal District: a time series study, 2013-2023. *Epidemiol Serv Saúde*. 2025;34:e20240006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240006.en>
11. Silva IAG, Sá ACMGN, Prates EJS, et al. Vaccination against human papillomavirus in Brazilian Schoolchildren: National Survey of School Health, 2019. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2022;30(Esp):e3834. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6296.3834>
12. Garland SM, Kjaer SK, Munoz N. Impact and effectiveness of the quadrivalent HPV vaccine: A systematic review of 10 years of real-world experience.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Clin Infect Dis. 2016;63(4):519-27. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw354>
13. Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? Euro Surveill. 2018;23(41):1700737. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.41.1700737>
 14. Karafillakis E, Larson HJ. The paradox of vaccine hesitancy among healthcare professionals. Clin Microbiol Infect. 2018;24(8):799-800. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.04.001>
 15. Dubé E, MacDonald NE. Addressing vaccine hesitancy and refusal in Canada. CMAJ. 2016;188(1):E17-8. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.150707>
 16. Santos WM, Santos DM, Fernandes MS. HPV immunization in Brazil and proposals to increase adherence to vaccination campaigns. Rev Saúde Pública. 2023;57:79. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005410>
 17. Roberti J, Ini N, Belizan M, et al. Barriers and facilitators to vaccination in Latin America: a thematic synthesis of qualitative studies. Cad Saúde Pública. 2024;40(6):e00165023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen165023>
 18. Elam-Evans LD, Yankey D, Singleton JA, et al. National, regional, state, and selected local area vaccination coverage among adolescents aged 13-17 years - United States, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(35):1183-11. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7035a1>
 19. Mansilla Dubon KD, Peters ES, Watanabe-Galloway S, et al. HPV Vaccination in the U.S. Midwest: Barriers and Facilitators of Initiation and Completion in Adolescents and Young Adults. Vaccines. 2025;13(11):1175. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines13111175>
 20. Markowitz LEMD, Gee MPH, Chesson H, et al. Ten Years of Human Papillomavirus Vaccination in the United States. Acad Pediatr. 2018;18(2S):S3-S10. DOI: [10.1016/j.acap.2017.09.014](https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.09.014)
 21. Orenstein WA, Ahmed R. Simply put: Vaccination saves lives. Proc Natl Acad Sci U S A. 2017;114(16):4031-33. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1704507114>
 22. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE et al. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. Vaccine. 2015;33(34):4191-203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>
 23. Maganty A, Byrnes ME, Hamm M, et al. Barriers to rural health care from the provider perspective. Rural Remote Health. 2023;23(2):7769. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH7769>
 24. Luvisaro BMO, Silva TPR, Gusmão JD, et al. Association between contextual factors and vaccine coverage against human papillomavirus in adolescents in the state of Minas Gerais, Brazil: global spatial regressions. BMC Infect Dis. 2025;25(1):34. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10263-w>
 25. Silva IAG, Sá ACMGN, Prates EJS, et al. Vaccination against human papillomavirus in Brazilian schoolchildren: National Survey of School Health, 2019. Rev Lat Am Enfermagem. 2022;30(Esp):e3834. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6296.3834>
 26. Cheema S, Abraham A, Maisonneuve P. HPV infection and vaccination: a cross-sectional study of knowledge, perception, and attitude to vaccine uptake among university students in Qatar. BMC Public Health. 2024;24(1):2316. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19792-0>

Recebido em 17/08/2025

Aprovado em 18/01/2026

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 (CNPq)

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

Letramento em Saúde como estratégia para controle ponderal e mudança nos marcadores de consumo alimentar

Health Literacy as a strategy for weight control and changes in food consumption markers

Lisidna Almeida Cabral¹, Dayze Djanira Furtado de Galiza², Antônio Augusto Ferreira Carioca³, Eliane Mara Viana Henriques³, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara¹, Anael Queirós Silva Barros¹, Helena Alves de Carvalho Sampaio¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910796P

RESUMO Este artigo avalia os efeitos de uma intervenção com vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde sobre o status de peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso atendidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps). Trata-se de um estudo realizado no período de setembro de 2022 a março de 2023, e a intervenção ocorreu em Uaps na cidade de Fortaleza. O Grupo Controle incluiu 159 pessoas, e o Grupo Intervenção, 160. Os vídeos foram utilizados como ferramenta educativa no grupo intervenção, que recebeu contato telefônico quinzenal do profissional de saúde e teve acesso aos vídeos produzidos. Após as análises observou-se que, com relação ao nível de Letramento em Saúde, ambos os grupos apresentaram valores baixos, com limitações nos quesitos ‘compreensão’, ‘disponibilidade’ de apoio por parte de profissionais da saúde, de informações suficientes para cuidar da saúde, de contar com cuidado ativo da saúde, e de conseguir navegar no Sistema de Saúde. Infere-se que a intervenção não favoreceu a perda de peso, mas promoveu a redução do número de pessoas que realizam suas refeições em frente a telas, no número daquelas que realizam apenas duas refeições por dia, e daquelas que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior.

PALAVRAS-CHAVE Filme e vídeo educativo. Programas de redução de peso. Letramento para a saúde. Intervenção educacional precoce. Ingestão alimentar.

ABSTRACT This article evaluates the effects of an intervention using videos based on the Dietary Guidelines and Health Literacy principles on the weight status and food consumption markers of overweight individuals attending Primary Health Care Units (PHCU). The study was conducted from September 2022 to March 2023, with the intervention taking place in PHCU in Fortaleza. The Control Group included 159 people, and the Intervention Group included 160. The videos served as an educational tool for the intervention group, which also received bi-weekly telephone contact from a health professional and access to the produced videos. Analysis showed that both groups had low levels of Health Literacy, with limitations in ‘understanding’, ‘availability’ of support from health professionals, sufficient information to care for their health, access to active health care, and the ability to navigate the Health System. The intervention did not promote weight loss but did reduce the number of people who ate meals in front of screens, those who ate only two meals a day, and those who consumed sweetened beverages the previous day.

KEYWORDS Instructional film and video. Weight reduction programs. Health literacy. Early intervention, educational. Eating.

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
lisidna@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande (PB), Brasil.

³Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.

Introdução

Nos anos recentes, a prevalência de obesidade adquiriu proporções pandêmicas, variando, em todo o mundo, de 3,7% a 38,2%¹. No Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2023, a prevalência de obesidade entre adultos variou entre 17,7% e 30,4%, dependendo da cidade avaliada².

Paralelamente, os estudos apontam sucessivos fracassos de estratégias tradicionais de combate à obesidade focadas apenas no balanço energético, com resultados insatisfatórios e não sustentados a médio e longo prazos. Essa constatação demanda uma abordagem mais holística e intersetorial, contemplando outras áreas de enfrentamento, como rotulagem dos alimentos, medidas fiscalizatórias e ações de educação em saúde³⁻⁸.

Uma abordagem indireta da obesidade é a orientação para a utilização de guias alimentares, que, assim como outras medidas de combate à obesidade, promovem uma alimentação adequada e saudável, com potencial de agir na prevenção do ganho excessivo de peso e/ou na perda de peso⁹. No caso do Brasil, dispomos do ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’^{10,11}.

No entanto, este guia é um recurso de difícil leitura e consequente compreensão, o que pode limitar seu alcance junto à população a que se destina. Daí decorre a importância da construção de materiais educativos fundamentados no Letramento em Saúde, uma vez que tendem a ser mais frutíferos em seus objetivos, por utilizarem linguagem simples e se adequarem ao contexto social e de saúde das pessoas^{12,13}.

Assim sendo, urge rever as práticas educativas para controle de peso, tendo em vista as diversas estratégias frustradas no objetivo específico de reduzir o avanço da obesidade no Brasil, como as políticas intersetoriais, a saber: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS); incentivo à atividade física, por meio de programas como o Saúde na

Escola (PSE) e Academia da Saúde; a própria implementação do Guia Alimentar; e o Apoio à Agricultura Familiar (Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, Cozinha Solidária). Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos de uma intervenção realizada a partir de vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde, que permitiu registrar dados sobre o *status* de peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso que frequentaram unidades de atenção básica.

Material e métodos

Trata-se de um estudo realizado no período de setembro de 2022 a março de 2023. A intervenção ocorreu em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps) ligadas à prefeitura da cidade de Fortaleza. Foram selecionadas 12 Uaps – duas em cada uma das seis Regionais de Fortaleza, uma para o Grupo Controle e uma para o Grupo Intervenção. Embora haja atualmente uma divisão setorial do município em 12 regionais, a estrutura física das Secretarias Regionais à época da pesquisa ainda era de seis, e por esse motivo foi a distribuição adotada para seleção das unidades.

As unidades foram indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Os critérios de escolha foram o fato de serem unidades abertas à colaboração em pesquisas científicas e de não disporem de profissionais da área da Nutrição em seu quadro de lotação. A ausência dessa especialidade profissional foi necessária para evitar viés na etapa de intervenção.

Para determinação da amostra, foi utilizada a estratégia de Amostragem por Conveniência, incluindo todos os pacientes portadores de obesidade que compareceram às Unidades de Saúde participantes da pesquisa no período da intervenção, desde que atendessem aos critérios de inclusão e aceitassem participar do estudo.

Foram critérios de inclusão: adultos (20-59 anos); estar com sobrepeso ou obesidade grau

I; e possuir telefone celular com acesso à internet. Foram critérios de exclusão: portadores de condições mórbidas que pudessem estar relacionadas ao peso, e condições que comprometessem a mobilidade; estar em tratamento com medicamentos que levassem à oscilação ponderal, como antidepressivos, antipsicóticos, corticoides, entre outros; e mulheres gestantes e nutrízes. A opção pela inclusão de obesidade leve (Grau I), e não a moderada e grave, se deu pela necessidade de conferir maior homogeneidade à amostra.

Uma vez selecionados os participantes, deu-se a alocação no grupo de intervenção ou controle, dependendo da Uaps em que foram captados e acompanhados, de forma que não houvesse interação entre os participantes dos grupos. O Grupo Controle incluiu 159 pessoas, e o Grupo Intervenção, 160.

Na primeira consulta de ambos os grupos, definida como sendo a Linha de Base da intervenção, os participantes tiveram peso e altura aferidos, e responderam aos seguintes instrumentos: 1. Questionário de Linha de Base, com dados de identificação, socioeconômicos e de conhecimento do 'Guia Alimentar para a População Brasileira'; 2. Questionário para avaliação do Letramento em Saúde, tendo sido utilizado o Health Literacy Questionnaire, em sua versão validada para o Brasil (HLQ-Br)¹⁴; 3. Questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

No período de espera para o atendimento, os participantes foram entrevistados por estudantes de Iniciação Científica vinculados ao projeto, previamente treinados, e preencheram os instrumentos de próprio punho, sob a supervisão de um(a) nutricionista. O tempo de entrevista foi em torno de uma hora e trinta minutos.

Ainda na primeira consulta, além de responder aos questionários, os pacientes foram orientados quanto à alimentação a ser seguida. O Grupo Controle recebeu orientações de acordo com o protocolo das Uaps; o Grupo Intervenção recebeu orientações de acordo

com o 'Guia Alimentar para a População Brasileira', na forma dos vídeos já validados¹⁵.

Após a primeira consulta, o Grupo Intervenção recebeu contato telefônico quinzenal do profissional de saúde por meio de mensagem de texto ou Whatsapp, e ao longo de quatro semanas, foram disponibilizados os vídeos¹⁶, como discriminado a seguir: Semana 1, Vídeo 1 (O que é um peso saudável) e Vídeo 2 (Como meu peso pode proteger minha saúde); Semana 2, Vídeo 3 (Conhecendo e selecionando alimentos quanto ao grau de processamento), Vídeo 4 (4 Recomendações para você não esquecer); e Vídeo 5 (Uma Regra de Ouro pode ajudar você a ter uma alimentação saudável); Semana 3, Vídeo 6 (Como eu vou combinar os alimentos); Vídeo 7 (Comer não é só engolir os alimentos); e Vídeo 8 (São só 10 passos para ter uma alimentação saudável); Semana 4, Vídeo 9 (Como eu posso ter uma dieta saudável e perder peso); Vídeo 10 (Dicas para o planejamento da alimentação do dia a dia).

Após um mês, tanto os participantes do Grupo Controle como os do Grupo Intervenção foram avaliados por meio dos marcadores de consumo alimentar do Sisvan, e o peso foi novamente aferido, utilizando a mesma balança da primeira pesagem. Estas variáveis foram avaliadas e comparadas quanto a mudanças ocorridas no período.

Para análise e tratamento dos dados, utilizaram-se o programa Microsoft Office Excel®, versão 13.0, e o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Na análise descritiva utilizaram-se as frequências absolutas e percentuais. Na análise inferencial, foram verificadas as associações por meio do teste Qui-quadrado de Pearson¹⁷. Para a comparação de médias, após análise de normalidade de distribuição dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov¹⁸, utilizou-se o teste t de Student¹⁹. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Este projeto está inserido em uma pesquisa guarda-chuva intitulada 'Plano Conecta Saúde: aliando inovação tecnológica e Letramento

em Saúde na luta contra as doenças crônicas não-transmissíveis’ aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer número 3.795.260.

Resultados

Participaram da pesquisa 319 pessoas, das quais 160 fizeram parte do Grupo Intervenção e 159 do Grupo Controle.

Em relação às características socioeconômico-demográficas, o Grupo Intervenção foi composto, em sua maioria, por mulheres não casadas, com idade entre 30 e 49 anos. Nesse grupo, a maioria dos participantes tinha escolaridade acima de nove anos de estudo, tinha emprego, com renda familiar entre um e três salários mínimos, e identificou-se como de cor parda, conforme dados apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Dados socioeconômico-demográficos dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Dados Gerais	Respostas	Intervenção		Controle		p-valor
		N	%	N	%	
Sexo	FEMININO	147	91,88	142	89,31	0,432
	MASCULINO	13	8,13	17	10,69	
Idade	20 - 29	34	21,25	26	16,35	0,274
	30 - 39	51	31,88	43	27,04	
	40 - 49	45	28,13	60	37,74	
	50 - 59	30	18,75	30	18,87	
	60 - 69	10	6,25	11	7,04	
Estado civil	CASADO (A)	66	41,25	77	48,43	0,197
	NÃO CASADO (A)	94	58,75	82	51,57	
Escolaridade	< 8 ANOS	18	11,25	37	23,27	0,006
	09 - 11 ANOS	79	49,38	57	35,85	
	≥ 12 ANOS	63	39,38	65	40,88	
Situação de trabalho	EMPREGADO (A)	92	57,50	78	49,06	0,015
	DESEMPREGADO (A)	63	39,38	81	50,94	
	APOSENTADO (A)	5	3,13	0	0,00	
Renda familiar	≤ 1 SM	50	31,25	91	57,23	p<0,0001
	1 - 3 SM	95	59,38	59	37,11	
	3 - 5 SM	14	8,75	9	5,66	
	≥ 5 SM	1	0,63	0	0,00	
Cor	BRANCA	30	18,75	16	10,06	0,096
	PRETA	24	15,00	21	13,21	
	PARDA	104	65,00	122	76,73	
	INDÍGENA	1	0,63	0	0,00	
	AMARELA	1	0,63	0	0,00	

Fonte: elaboração própria.

O Grupo Controle apresentou características semelhantes às do Grupo Intervenção, exceto por ter, em sua maioria, pessoas desempregadas e com renda familiar inferior a um salário mínimo. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes do Grupo

Controle também tinha mais de nove anos de estudo. No entanto, em comparação com o Grupo Controle, o número de pessoas com escolaridade abaixo de oito anos era duas vezes maior neste grupo em comparação com o Grupo Intervenção.

Tabela 2. Letramento em Saúde de dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Dimensões	Intervenção		Controle		p
	Média	DP	Média	DP	
Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,47	0,72	2,3	0,63	0,027
Informações suficientes para cuidar da saúde	2,54	0,58	2,46	0,55	0,208
Cuidado ativo da saúde	2,6	0,49	2,62	0,48	0,628
Suporte social para saúde	2,71	0,55	2,56	0,56	0,105
Avaliação das informações em saúde	2,83	0,48	2,71	0,49	0,023
Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,44	0,97	3,2	0,9	0,026
Navegar no sistema de saúde	2,94	0,91	2,76	0,83	0,072
Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,27	0,9	3,23	0,89	0,657
Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,58	0,81	3,4	0,77	0,048

Fonte: elaboração própria.

Com relação ao nível de Letramento em Saúde, ambos os grupos apresentaram valores baixos, com limitações nos quesitos ‘compreensão’, ‘disponibilidade’ de apoio por parte de profissionais da saúde, de informações suficientes para cuidar da saúde, de contar com cuidado ativo da saúde, e de conseguir navegar no sistema de saúde. Em contrapartida, apresentaram potencialidades em relação a ter a capacidade de interagir ativamente com os profissionais da saúde, e a encontrar boas informações sobre saúde, compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer com elas, uma vez que as médias de ambos os grupos ficaram acima de 3. Ou seja, de maneira

geral, o perfil em relação ao nível de letramento é muito semelhante entre os dois grupos, tendendo para baixo.

No entanto, vale ressaltar que, embora a média dos dois grupos tenha sido baixa, o Grupo Controle apresentou médias estatisticamente ainda mais baixas do que as do Grupo Intervenção nas dimensões ‘Compreensão e apoio dos profissionais de saúde’, ‘Avaliação das informações em saúde’, ‘Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde’ e ‘Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer’, o que retrata um nível de letramento ainda mais baixo nessas dimensões.

Tabela 3. Conhecimento do Guia Alimentar e marcadores de consumo alimentar (Sisvan) dos usuários com excesso de peso atendidos nas unidades de atenção primária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

		Intervenção		Controle		
Perguntas	Respostas	N	%	N	%	p-valor
CONHECIMENTO SOBRE O GUIA ALIMENTAR						
Já ouviu falar do Guia Alimentar para a população brasileira?	Sim	17	10,63	23	14,47	0,3
	Não	143	89,38	136	85,53	
Já ouviu falar em alimentos naturais?	Sim	146	91,25	137	86,16	0,151
	Não	14	8,75	22	13,84	
Já ouviu falar em alimentos processados?	Sim	123	76,88	105	66,04	0,032
	Não	37	23,13	54	33,96	
Já ouviu falar em alimentos ultraprocessados?	Sim	42	26,25	37	23,27	0,538
	Não	118	73,75	122	76,73	
DADOS SOBRE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - SISVAN						
Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim	114	71,25	100	62,89	0,15
	Não	45	28,13	59	37,11	
	Não sabe	1	0,63	0	0,00	
Quais refeições você faz ao longo do dia?	Até 02 refeições	17	10,63	9	5,66	0,076
	03 - 05 refeições	127	79,38	141	88,68	
	6 refeições	16	10,00	9	5,66	
Ontem você consumiu feijão?	Sim	107	66,88	110	69,18	0,659
	Não	53	33,13	49	30,82	
	Não sabe	0	0,00	0	0,00	
Ontem você consumiu frutas frescas? (não considerar suco de frutas)	Sim	93	58,13	98	61,64	0,469
	Não	67	41,88	60	37,74	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu verdura e/ou legumes?	Sim	84	52,50	80	50,31	0,571
	Não	76	47,50	78	49,06	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu hambúrguer e/ou embutidos?	Sim	33	20,63	40	25,16	0,226
	Não	126	78,75	115	72,33	
	Não sabe	1	0,63	4	2,52	
Ontem você consumiu bebidas adoçadas?	Sim	94	58,75	91	57,23	0,784
	Não	66	41,25	68	42,77	
	Não sabe	0	0,00	0	0,00	
Ontem você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?	Sim	36	22,50	36	22,64	0,603
	Não	124	77,50	122	76,73	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
Ontem você consumiu biscoitos recheados, doces ou guloseimas?	Sim	59	36,88	63	39,62	0,519
	Não	101	63,13	95	59,75	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	
	Não	101	63,13	95	59,75	
	Não sabe	0	0,00	1	0,63	

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao conhecimento sobre o Guia Alimentar, a *tabela 3* demonstra que, em ambos os grupos, a maioria relatou não ter ouvido falar nesse Guia, embora afirme já ter ouvido falar de alimentos naturais, processados e ultraprocessados. Por outro lado, no que diz respeito aos processados, o número de pessoas que não tinham sequer ouvido falar sobre eles foi significativamente maior no Grupo Controle.

Quanto aos marcadores do consumo alimentar, os grupos de intervenção e controle foram semelhantes, como descrito na *tabela 3*. No início da pesquisa, em ambos os grupos a

maioria dos participantes afirmou realizar as refeições diante de telas, consumir entre três e cinco refeições por dia, e ter consumido no dia anterior bebidas adoçadas, frutas, feijão e verduras/legumes – embora a proporção em relação a este último grupo de alimentos os resultados tenham sido equiparáveis entre os dois grupos.

Em contrapartida, a maioria relatou não ter consumido biscoitos, doces ou guloseimas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; hambúrguer e/ou embutidos.

Tabela 4. Comparação de peso e Índice de Massa Corporal (IMC) do Grupo Controle e grupos de intervenção após 30 dias de acompanhamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

	Intervenção (n=66)				p	Controle (n=54)				p
	Inicial		30 dias			Inicial		30 dias		
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Peso	70,79	9,53	70,65	9,68	0,442	72,85	8,54	72,85	9,11	0,987
IMC	28,48	2,03	28,43	2,15	0,556	29,88	2,38	29,87	2,59	0,894

Fonte: elaboração própria.

Em relação aos dados antropométricos, o Peso Inicial Médio (PIM) do Grupo Intervenção foi 70,79 kg ($\pm 9,53$), enquanto o Índice de Massa Corporal (IMC) foi 28,48 kg/m² ($\pm 2,03$). Por outro lado, os dados do Grupo Controle foram: PIM de 72,85 kg ($\pm 8,54$) e IMC de 29,88 kg/m² ($\pm 2,38$). Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os pesos ($p=0,137$) de ambos os grupos na fase inicial. O IMC foi um pouco mais alto no Grupo Controle, porém sem diferença na categoria de estado nutricional (sobrepeso).

Após intervenção de 30 dias, não houve diferença significativa na comparação entre os

grupos em relação a dados antropométricos, como mostram os dados apresentados na *tabela 4*, que, portanto, não foi verificada redução de peso ou de IMC no Grupo Intervenção.

Vale ressaltar, porém, que não foi possível coletar o peso após 30 dias de todos os participantes, uma vez que muitos deles tiveram o acompanhamento de forma remota. Assim sendo, essa comparação entre os pesos incluiu 66 integrantes do Grupo Intervenção e 54 do Grupo Controle. Em relação aos dados dos marcadores de consumo alimentar, foi possível coletar dados de 75 participantes do Grupo Intervenção e de 75 do Grupo Controle.

Tabela 5. Comparação entre os marcadores do consumo alimentar do grupo controle e grupos de intervenção após 30 dias de acompanhamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Pergunta	Resposta	Intervenção				p	Controle				p
		Inicial		30 Dias			Inicial		30 Dias		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Você tem costume de reaalizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim	114	71,25	34	45,33	0,000	100	62,89	43	57,33	0,416
	Não	45	28,13	41	54,67		59	37,11	32	42,67	
	Não sabe	1	0,62	0	0		0	0	0	0	
Quais refeições você faz ao longo do dia?	Até 02	17	10,62	2	2,67	0,043	9	5,66	3	4	0,258
	03 - 05	127	79,38	69	92		141	88,68	71	94,67	
	6	16	10	4	5,33		9	5,66	1	1,33	
Ontem você consumiu feijão?	Sim	107	66,88	52	69,33	0,707	110	69,18	55	73,33	0,516
	Não	53	33,12	23	30,67		49	30,82	20	26,67	
	Não sabe	0	0	0	0		0	0	0	0	
Ontem você consumiu frutas frescas? (não considerar suco de frutas)	Sim	93	58,12	45	60	0,786	98	61,63	46	61,33	0,785
	Não	67	41,88	30	40		60	37,74	29	38,67	
	Não sabe	0	0	0	0		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu verdura e/ou legumes?	Sim	84	52,5	39	52	0,342	80	50,31	39	52	0,774
	Não	76	47,5	35	46,67		78	49,06	36	48	
	Não sabe	0	0	1	73,33		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu hamburguer e/ou embutidos?	Sim	33	20,62	20	26,67	0,475	40	25,16	18	24	0,366
	Não	126	78,75	55	73,33		115	72,33	57	76	
	Não sabe	1	0,63	0	0		4	2,51	0	0	
Ontem você consumiu bebidas adoçadas?	Sim	94	58,75	31	41,33	0,013	91	57,23	50	66,67	0,169
	Não	66	41,25	44	58,67		68	42,77	25	33,33	
	Não sabe	0	0	0	0		0	0	0	0	
Ontem você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?	Sim	36	22,5	13	17,33	0,363	36	22,64	22	29,33	0,440
	Não	124	77,5	62	82,67		122	76,73	53	70,67	
	Não sabe	0	0	0	0		1	0,63	0	0	
Ontem você consumiu biscoitos recheados, doces ou guloseimas?	Sim	59	36,88	31	41,33	0,512	63	39,62	37	49,33	0,311
	Não	101	63,12	44	58,67		95	59,75	38	50,67	
	Não sabe	0	0	0	0		1	0,63	0	0	

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos dados de comparação dos marcadores de consumo alimentar após 30 dias, observou-se que, no Grupo Intervenção, a proporção de pessoas que realizam suas refeições expostas às telas caiu de 71,25% para 45,33% ($p<0,001$). Houve redução também no número de pessoas que realizam até duas refeições ao dia, reduzindo – queda de 10,63% para 2,67%, assim como na proporção daquelas

que realizam 6 refeições por dia – de 10% para 5,3% ($p=0,043$). Por fim, houve redução da proporção de pessoas que relataram ter consumido bebidas adoçadas no dia anterior – de 58,75% para 41,33% ($p=0,013$), como mostra a *tabela 5*.

Em relação aos demais marcadores, não houve alteração estatisticamente significativa, assim como não houve modificações em nenhum marcador do grupo não submetido aos vídeos.

Discussão

O perfil socioeconômico e demográfico do público desta pesquisa é semelhante ao perfil de pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) na região Nordeste, conforme os dados apresentados por Guibu e colaboradores (2017) – ou seja, maioria composta por mulheres, não casadas, auto-identificadas como de cor parda, com escolaridade até o Ensino Fundamental, e pertencentes a classes sociais D e E²⁰.

Uma análise um pouco mais recente (2020) do perfil de pacientes com obesidade atendidos na APS de Chapecó, Santa Catarina, constatou que a maioria também era do sexo feminino e que 50% do grupo tinha escolaridade até o Ensino Médio²¹. Ou seja, embora o Grupo Intervenção apresentasse níveis de renda e escolaridade um pouco melhores que o do Grupo Controle, ambos ainda permanecem com um perfil semelhante ao do público atendido na região Nordeste e em outras partes do Brasil.

Vale lembrar que as unidades que compuseram cada grupo foram selecionadas de forma aleatória, sendo moradores dos mesmos bairros, o que permitiu características socioeconômicas semelhantes entre elas. E, assim sendo, as diferenças de renda e de escolaridade entre os grupos não eram achados esperados.

Quanto à análise do nível de letramento, alguns autores já se propuseram a avaliar o nível dos usuários da APS com os mais diversos instrumentos. De maneira geral, o primeiro resultado sugere que o nível de letramento é baixo e está relacionado à baixa escolaridade e baixa renda^{22,23}. Embora a verificação da associação entre essas variáveis não tenha sido efetuada, foi possível constatar dificuldades em algumas dimensões do Letramento em Saúde. O pior desempenho do Grupo Controle, verificado em três dimensões do Letramento em Saúde, também se deve ao acaso, uma vez que a seleção das Unidades de Saúde foi feita de maneira aleatória.

Especificamente quanto a possuir informações suficientes para cuidar da saúde, ambos

os grupos obtiveram pontuações baixas, o que se infere da afirmação de mais de 80% dos participantes dos dois grupos de que não tinham sequer ouvido falar sobre o Guia Alimentar. Considerando que são pacientes já em atendimento nas Uaps, o fato de não terem conhecimento dessa ferramenta de orientação de alimentação saudável aponta para uma questão importante nesse nível de atenção: o desconhecimento ou despreparo dos profissionais para utilizar essa ferramenta. Este estudo mostra que, com exceção do/da profissional nutricionista, o conhecimento e a eficácia para aplicar o Guia Alimentar foram relativamente baixos entre os demais profissionais que atuam na atenção primária²⁴. O fato de o atendimento por nutricionistas nas unidades ainda ser insuficiente – em algumas delas essa especialidade sequer existe – favorece o desconhecimento desse instrumento por parte da população em geral²⁵. Por outro lado, mesmo desconhecendo o Guia, a maioria relatou já ter ouvido falar em alimentos naturais, processados e ultraprocessados.

Quanto aos marcadores de consumo alimentar do Sisvan – ferramenta de rastreamento rápido do consumo de alimentos *in natura* e ultraprocessados no dia anterior –, não havia na linha de base da pesquisa diferença entre os dois grupos pesquisados, tendo havido relatos de consumo de alimentos naturais, mas também de bebidas açucaradas, além do hábito de realizar refeições em frente a telas.

Após os 30 dias, o Grupo Intervenção registrou redução significativa do número de pessoas que realizam refeições em frente a telas, redução do número de pessoas que realizam apenas duas refeições por dia, e redução no número de pessoas que no dia anterior haviam consumido bebidas adoçadas.

Especificamente quanto ao consumo em frente a telas, já é fato conhecido que se trata de um hábito associado à pior qualidade da alimentação, a um consumo exagerado de alimentos, a um consumo calórico aumentado, e à redução de consumo de alimentos saudáveis²⁶.

De forma semelhante, o consumo de bebidas adoçadas, que é uma fonte líquida de adição de açúcares na dieta, está associado a uma potencial desregulação hormonal, à resistência à insulina, à dislipidemia e à obesidade. Além desses prejuízos, esse hábito leva também a uma pior qualidade da dieta, a maior consumo de alimentos com alta densidade energética, e a ingestão insuficiente de várias vitaminas e minerais. E esse hábito está relacionado também a comportamentos obesogênicos, tal como comer em frente à televisão²⁷.

Apesar de não ter sido constatada mudança de peso antes e após a intervenção, provavelmente em decorrência do pouco tempo de acompanhamento, essas mudanças de comportamento poderão levar, no longo prazo, à redução de peso e mudança de estado nutricional.

Embora seja o parâmetro utilizado, o peso, por si só, é insuficiente para avaliar eventual sucesso das intervenções, uma vez que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais, dietas restritivas que favorecem perda de peso rápida favorecem também o reganho a longo prazo. Mudanças comportamentais parecem ser mais efetivas^{28,29}.

Por outro lado, no Grupo Controle não houve qualquer modificação comportamental ou relativa à antropometria. Esse dado também é relevante, pois, além de indicar um resultado positivo da intervenção, ainda que discreto, aponta também para uma baixa efetividade das ações realizadas na APS no combate à obesidade.

O manejo da obesidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras suscita preocupações legítimas, uma vez que ainda há muitas unidades sem a adequada estrutura física para o cuidado da obesidade, carecendo inclusive de balanças com capacidade de até 200 kg, baixa frequência de equipes estendidas e pouca capacitação para um processo de trabalho adequado da equipe, além de ausência de salas para atividades coletivas e de registros

dos usuários com obesidade resultam na precariedade do cuidado com a obesidade na APS do Brasil, com disparidades significativas entre regiões^{29,30}.

Esse cenário de precariedade esteve presente nos dois grupos analisados, uma vez que tanto o Grupo Intervenção como o Grupo Controle foram acompanhados em Uaps, o que ressalta a vantagem de utilizar uma abordagem adequada no nível de letramento da população, mesmo diante de um cenário desfavorável.

Uma revisão sistemática das intervenções educativas baseadas no Letramento em Saúde, realizada em países de baixa a média renda, mostrou que, quando fundamentadas no Letramento em Saúde, as intervenções são mais assertivas na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Uma vez que envolve medidas facilmente aplicáveis, mesmo em situações de restrições específicas de recursos em cada cenário específico, e independentemente do tempo de acompanhamento¹², os benefícios da educação em saúde² são sustentados mesmo nas situações sociais mais adversas, podendo ser implementados com eficácia em diversos contextos sociais e em vários tipos de populações.

No caso desta pesquisa, os vídeos, enquanto tecnologia leve, de baixo custo e facilmente propagáveis, foram disponibilizados via plataforma gratuita, e estão disponíveis através do *link* disponível no final deste artigo, podendo ser facilmente acessados e utilizados na rotina de trabalho dos profissionais nesse nível de atenção, a fim de que outros resultados positivos possam advir da utilização desse material. Vale ressaltar que a adoção de uma alimentação saudável é indicada em outros quadros de doenças crônicas além da obesidade em si³¹.

Especificamente em relação a esta pesquisa, ocorreu uma perda de dados de comparação devido ao baixo retorno dos pacientes ao segundo encontro, por receio de exposição ainda decorrente da pandemia de covid-19, cujo fim foi decretado somente em maio de 2023³². Embora não tenha sido prevista inicialmente, essa redução não foi inesperada diante do cenário instalado, uma

vez que houve diminuição de procedimentos de saúde e consultas médicas na APS após o início da pandemia de covid-19³³. Uma vez que era possível coletar os dados do Sisvan por telefone, o número de informações coletadas após 30 dias foi um pouco maior que o quantitativo de medidas antropométricas.

Mesmo com essa limitação, o estudo mostrou que ações educativas fundamentadas no Letramento em Saúde, ainda que com pouco período de acompanhamento, apresentam resultados positivos nas mudanças de comportamento alimentar.

É importante ressaltar que outra limitação é a pequena, porém existente, diferença na escolaridade, e no nível de letramento entre os grupos comparados. Embora não intencional, uma vez que a seleção dos participantes se deu por conveniência, seria possível questionar se o resultado positivo não teria decorrido se houvesse um melhor nível de compreensão das informações transmitidas. No entanto, o desempenho geral de todos os participantes do estudo, independentemente do grupo, evidenciou mais limitações que potencialidades para o Letramento em Saúde.

Conclusões

A intervenção a partir de vídeos fundamentados no Guia Alimentar e nos pressupostos do Letramento em Saúde sobre o peso e sobre os marcadores de consumo alimentar de pessoas com excesso de peso atendidas na atenção básica não favoreceu a perda de peso, mas

promoveu redução significativa no número de pessoas que realizam suas refeições diante de telas, redução no número de pessoas que realizam apenas duas refeições por dia, e redução no número de pessoas que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior.

Sugere-se uma intervenção por um período maior de tempo, a fim de verificar mudanças adicionais.

Contribuições de autoria

Cabral LA (0000-0002-1622-9577)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Galiza DDF (0000-0001-9237-0372)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Carioca AAF (0000-0002-1194-562X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. Henriques EMV (0000-0002-7968-9917)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Vergara CMAC (0000-0003-1709-9951)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Barros AQS (0000-0002-1276-4759)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, e revisão do manuscrito. Sampaio HAC (0000-0001-5353-8259)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e análise crítica, e aprovação final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019;15(5):288-298. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>.
2. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
3. Malta DC, Silva AG, Gomes CS, et al. Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Epidemiol Serv Saúde.* 2022;31(Esp 1)(e2021364). DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200008.especial>
4. Theis DRZ, White M. Is Obesity Policy in England Fit for Purpose? Analysis of Government Strategies and Policies, 1992-2020. *Milbank Q.* 2021;99(1):126-170. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12498>
5. Haynes E, Hughes R, Reidlinger DP. Obesity prevention advocacy in Australia: an analysis of policy impact on autonomy. *Aust N Z J Public Health.* 2017;41(3):299-305. DOI: <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12660>
6. Brito D, Lopes AS, Filipe B. Texto, imagem e som do interesse do paciente. In: Almeida CV, Moraes KL, Brasil VV, editores. 50 técnicas Literacia em Saúde na Prática – um guia para a saúde. Maurítius: Novas Edições Acadêmicas; 2020. p. 27-32
7. Halpern B, Louzada MLDC, Aschner P, et al. Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics-Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obes Rev.* 2021;22(3):e13165. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13165>
8. Mozaffarian D. Perspective: Obesity-an unexplained epidemic. *Am J Clin Nutr.* 2022;115(6):1445-1450. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac075>
9. Coats L, Bernstein J, Dodge E, et al. Food-based dietary guidelines of Arabic-speaking countries: a culturally congruent profile. *Public Health Nutr.* 2019;22(6):1129-1137. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980018004093>
10. Tramontt CR, Jesus JGL, Santos TSS, et al. Development and Validation of a Protocol for Pregnant Women Based on the Brazilian Dietary Guidelines. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(11):1021-1031. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756213>
11. Jesus JGL, Tramontt CR, Santos TSS, et al. Orientação alimentar da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento e validação de um protocolo baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Rev bras geriatr gerontol.* 2021;24(5):e210157. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.pt>
12. Heine M, Lategan F, Erasmus M, et al. Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract.* 2021;27(6):1417-1428. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13554>
13. Vasconcelos CMCS, Sampaio HAC, Vergara CMAC. Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde. Curitiba: CRV; 2018.
14. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, et al. Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta paul enferm.* 2021;34:eAPE02171. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>
15. Cabral LA, Galiza DDF, Sampaio HAC. Tecnologia educativa sobre alimentação saudável para usuários da atenção primária com excesso de peso à luz do letramento em saúde Educational technology on healthy food for users of overweight primary care in light of health learning. *Cuad Educ y Desarro.* 2023;15(12):15280-97. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n12-012>

16. Nutrindo-Laboratório de Nutrição e Saúde Coletiva. Projeto Nutriguia [Internet]. Fortaleza [acesso em 2022 nov 21]. Vídeo: 7:58 min. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=RgGz1VKbfJ4&list=PLxn_WhZgp7NIVqmtg3dn3s1J-UuTAIZBK
17. Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. São Paulo: Atual; 1986.
18. Teste de Kolmogorov-Smirnov. In: The Concise Encyclopedia of Statistics. Springer: Nova Iorque, NY; 2008. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-32833-1_214
19. Drummond GB, Tom BD. Statistics, probability, significance, likelihood: words mean what we define them to mean. The Journal of physiology. 2011;589(16):3901-3904. DOI: <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2011.215103>
20. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. Rev Saúde Pública. 2017;51:17s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
21. Oliveira SA, Silva BG, Machado MAK, et al. Perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. Saúde (Santa Maria). 2020;46(2). DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583444433>
22. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em Saúde e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária. Trab Educ e Saúde. 2018;16(2):535-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>
23. Campos AAL, Neves FS, Saldanha RF, et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Cad saúde colet. 2020;28(1):66-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280295>
24. Reis LC, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. Demetra (Rio J.). 2019;14:e39140. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.39140>
25. Spina N, Martins PA, Vedovato GM, et al. Nutricionistas na Atenção Primária no Município de Santos: atuação e gestão da atenção nutricional. Demetra (Rio J.). 2018;13(1):117-34. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.30969>
26. Martins RCO, Caldeira TCM, Soares MM, et al. Leisure Screen Time and Food Consumption among Brazilian Adults. Int J Environ Res Public Health. 2024;21:1123. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21091123>
27. Silva DCG, Segheto W, Amaral FCS, et al. Consumption of sweetened beverages and associated factors in adults. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(3):899-906. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.05432017>
28. Paim MB, Kovalesski DF. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: Pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. Saude e Soc. 2020;29(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>
29. Jesus JGL, Campos CMS, Scagliusi FB, et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. Saúde Debate. 2022;46(132):175-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>
30. Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, et al. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? Cad Saúde Pública. 2021;37(Supl 1:e00051620):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>
31. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
32. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 [Internet]. 2023 [acesso em 2025 mar 10]. Disponível em: ht-

[tps://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente](https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente)

33. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FDS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>

Recebido em 25/06/2025

Aprovado em 16/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 27/2020 – Pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco Associados – ‘Programa Meu NutriGuia: Letramento e Inovação em Saúde na promoção da adesão ao Guia Alimentar para a População Brasileira como estratégia de combate à obesidade’

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@uffrs.edu.br

Validação da escala de gravidade do IFBRA entre Pessoas com Deficiência no seguro social brasileiro

Validation of the IFBRA severity scale among Persons with Disabilities in Brazilian social welfare

Helena Rodrigues Corrêa Filho¹, Edgar Merchan-Hamann², Éverton Luís Pereira², Livia Barbosa², Daniela da Silva Rodrigues², William Rosa Souza², Gladston Luiz da Silva³, Maria da Graça Luderitz Höefel²

DOI: 10.1590/2358-2898202614910875P

RESUMO Este artigo relata o projeto brasileiro de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBRA) para conceder aposentadorias. Avaliou a funcionalidade de Pessoas com Deficiência (PcD) combinando Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Medida de Independência Funcional (MIF), desempenho e barreiras, e classificou gravidade. O estudo teve três fases: 1. Construto e conteúdo: Consensos coletivos e grupos de revisão técnica sobre pertinência entre objeto, medidas, abrangência, domínios e quesitos; 2. Validade de face: Amostra intencional nacional sobre Aceitabilidade, interpretação social, cultural e linguística; e 3. Acurácia: Inquérito censitário nacional para padrão de referência; sensibilidade; especificidade e efetividade. Uma capacitação nacional presencial central, doze videoconferências nacionais e seis capacitações regionais validaram a combinação de CIF, MIF e medidas acessórias. Entrevistas qualitativas em cinco regiões brasileiras com médicos, assistentes sociais e segurados PcD avaliaram o IFBRA como aceitável e o interpretaram homogeneamente. A Pesquisa Censitária Nacional analisou a concordância entre 17.350 segurados PcD e aplicadores do IFBRA sobre a percepção subjetiva de gravidade. A efetividade máxima foi obtida quando combinados dois avaliadores. O IFBRA foi considerado válido quanto à pertinência, abrangência, aceitabilidade, interpretação e acurácia, constituindo novo padrão de referência. A classificação provisória utilizada antes de validar o IFBRA foi considerada restritiva e injusta.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação da deficiência. Estudos de validação. Reprodutibilidade dos testes. Pensões. Aposentadoria.

ABSTRACT This article reports on Brazilian validation project of the Brazilian Functioning Index Adapted (IFBRA) for granting retirement benefits. It assesses the functionality of Persons with Disabilities (PwD), considering the Functional Independence Matrix (FIM), performance, barriers and severity classification. The study was developed in three phases: 1. Construct and content: Collective consensus and technical review groups on the relevance of the object, measures, scope, domains and questions; 2. Face validity: National purposive sampling on acceptability, social, cultural, and linguistic interpretation; and 3. Accuracy: National census survey for reference standards; sensitivity, specificity, and effectiveness. A central in-person national training session, twelve national video conferences and six regional training sessions did validate the combination of International Classification of Functioning, FIM, and ancillary measures. Qualitative interviews that involved physicians, social workers and PwD policyholders in five Brazilian regions found the IFBRA acceptable and interpreted it homogeneously. A national census survey analyzed the agreement between 17,350 PwD policyholders and IFBRA applicators on their perception as to severity. Maximum effectiveness was achieved when two evaluators did match. IFBRA was considered valid as to relevance, comprehensiveness, acceptability, interpretation and accuracy, turning to be a new reference standard. The provisional classification used prior to validating the IFBRA was considered restrictive and unfair.

KEYWORDS Disability evaluation. Validation studies. Reproducibility of results. Pension. Retirement.

¹ Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.
helenocorreia@uol.com.br

² Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Brasília (DF), Brasil.

³ Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Estatística (DE) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

De acordo com o Censo Brasileiro realizado em 2010 pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), da totalidade da população do País, de mais de duzentos milhões de habitantes, quarenta e cinco milhões (45.606.048) estavam inscritos como contribuintes segurados na Previdência Social Brasileira. Essa fração incluía pessoas que estavam no mercado de trabalho formal, com pelo menos um posto de trabalho com carteira assinada por ano. Um subconjunto de 23,9% dos trabalhadores contribuintes segurados foi anotado como tendo uma ou mais deficiências declaradas – física, auditiva, motora, mental ou intelectual¹.

Embora o artigo Quinto da Constituição Brasileira determine que os direitos são universais e iguais, independentemente de qualquer distinção baseada em capacidade ou deficiência, as Pessoas com Deficiência (PcD) ainda são discriminadas no que diz respeito ao acesso à educação e a serviços de saúde, além de transporte, informação, comunicação, participação social e empregos².

As políticas públicas federais começaram a superar essas desigualdades a partir da década de 1990, promovendo medidas inclusivas em nível nacional para permitir que as PcD ingressem no mercado de trabalho. O direito à proporção de preferência na força de trabalho foi instituído pela Lei Federal nº 8.213, de julho de 1991, em proporções fixas de acordo com o porte da empresa por número de empregados: 2% até 200; 3% de 201 a 500; 4% de 501 a 1.000; e 5% de 1001 e acima³.

Em 2007, o Governo brasileiro ratificou a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, realizada em 2006. Em 2008, o Congresso Nacional votou um referendo à Convenção da ONU que deu forma à Emenda Constitucional Brasileira nº 45. Todas as políticas públicas nos níveis federal, estadual e municipal foram então obrigadas a cumprir a nova Emenda, por meio de uma revisão adequada de suas regras declaradas, seus regulamentos e suas leis⁴.

À época, a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) – então um braço ministerial da Presidência da República – contratou uma ONG brasileira de Pesquisa e Desenvolvimento – Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (Iets) – para desenvolver uma escala que permitisse medir e qualificar o tipo e a intensidade das deficiências apresentadas pelas PcD. O resultado foi a criação, em 2012, do Índice de Funcionalidade Brasileira (IFBR), com o objetivo de reconhecer direitos a benefícios de políticas públicas^{5,6}. No ano seguinte, para promover a Convenção da ONU e a 45ª Emenda o Congresso Nacional Brasileiro aprovou a Lei Complementar nº 142/2013, exigindo que as PcD trabalhadoras tivessem o direito de antecipar a aposentadoria em uma fração do tempo contributivo normal válido para todas as outras pessoas. A tarefa foi atribuída ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Esses direitos foram classificados como graves, moderados, leves ou ‘indefinidos’ (sem direito a benefícios), de acordo com a gravidade das deficiências atribuídas aos trabalhadores. Em 2013, a sigla IFBR foi renomeado para Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBRA), na qual o ‘A’ significava ‘adaptado para concessão de aposentadoria’^{7,8}.

O IFBRA abrangia sete domínios, totalizando 41 questões sobre atividades pessoais baseadas em uma seleção resumida da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). As respostas receberam pontos de categoria a serem somados com base em uma matriz de Medidas de Independência Funcional (MIF), que leva em consideração a necessidade de ajuda de outras pessoas, de instrumentos especiais e de tecnologias adaptativas, em comparação com outras PcD no mesmo contexto social e cultural.

Uma avaliação complementar adiciona um grupo de quatro perguntas com critérios de lógica nebulosa – ‘Fuzzy’ – de ‘tudo ou nada’ –, que qualificam e rebaixam a soma dos pontos do IFBRA para condições graves de deficiência,

com maior dependência em relação a habilidades motoras ou visuais, comunicação e capacidade mental desde a infância. Este projeto de matriz combina conceitos de saúde pública e deficiência⁹⁻¹¹.

Não havia então um padrão estabelecido disponível para avaliar as pontuações e determinar a gravidade de uma deficiência de PcD. Não havia precedentes históricos, nem comparações quantitativas para categorizar a deficiência como severa, moderada, leve ou indefinível para cumprir o que foi estabelecido por lei¹².

Este artigo descreve como foi estabelecido o projeto do Grupo de Pesquisa-UnB (Universidade de Brasília) para validar o IFBRA. Apresenta também o projeto geral e os resultados da construção de uma escala de referência como uma medida categórica padrão para análise posterior.

Material e métodos

Realizamos um delineamento em três fases: 1. Construto e conteúdo: avaliação por consenso coletivo e revisão, por grupos técnicos, da pertinência entre objeto, medidas associadas, abrangência e adequação de questões e domínios; 2. Validade de face: amostragem de conveniência nacional para acessar a aceitabilidade social, linguística e cultural; e 3. Acurácia: pesquisa nacional para determinar um padrão de referência; concordância; sensibilidade; especificidade e eficácia.

A Fase I compreendeu reuniões e videoconferências com pesquisadores brasileiros com interesse e publicações sobre o tema; avaliação de deficiência em conjunto com gestores do INSS, médicos e assistentes sociais envolvidos no processo nacional de pontuação de deficiência por meio do IFBRA.

Na primeira fase, uma bancada representativa nacional de três dias iniciou o processo em novembro de 2013, com cerca de duzentos participantes. Os participantes discutiram a estrutura do IFBRA, conceitos da matriz

de julgamento envolvida, a legitimidade do conhecimento que embasou o conteúdo das 41 questões e um manual de campo, além de sua capacidade de implantar o instrumento e disseminar sua utilização entre seus parceiros na maioria das agências da Previdência Social no Brasil. Participaram representantes de mais de 150 agências espalhados pelas cinco regiões do INSS do País.

O seminário nacional de capacitação foi seguido por videoconferências nacionais com participantes de todos os escritórios regionais do INSS, incluindo aqueles que compareceram ao seminário além de outros médicos e assistentes sociais designados para realizar a avaliação de PcD com a IFBRA.

Uma série de seis reuniões regionais e duas reuniões centrais nacionais forneceram uma avaliação da perspectiva do IFBRA de combinar a matriz da CIF com a MIF e os critérios *Fuzzy*. Os grupos de pesquisadores, gestores, médicos e assistentes sociais discutiram a adequação dos conteúdos, e desenvolveram diversas mudanças no novo manual de campo.

Na Fase II foi analisada a validade de face do IFBRA por meio de visitas locais para entrevistar PcD e seus avaliadores designados sobre a aceitabilidade e a interpretação das 41 questões da escala. Pesquisadores e assistentes de pesquisa visitaram 16 diferentes agências locais do INSS no Brasil para conduzir entrevistas semiestruturadas, com gravação de voz e registro escrito, com o objetivo de abordar uma amostra de conveniência nacional e de acessar a aceitabilidade social, linguística e cultural.

Na Fase III foram analisadas as informações de todas as 17.350 avaliações realizadas no Brasil no período de novembro de 2013 a janeiro de 2016, comparando as pontuações automáticas obtidas pelos registros oficiais governamentais do IFBRA com as respostas a três questões que adicionamos ao final. A indagação foi sobre a percepção subjetiva de gravidade das PcD entrevistadas e seus avaliadores – uma dupla formada por um médico e uma assistente social.

Perguntamos a eles qual seria sua percepção subjetiva sobre a gravidade da deficiência, incluindo a opinião do PcD. Não avaliamos incapacidade para o trabalho, pois eram pessoas que compareceram apenas para avaliar a gravidade da deficiência enquanto trabalhavam e contribuíam para a previdência social. Foram então gerados um conjunto de categorias de gravidade e a soma automática de pontuações do IFBRA, que permitiam a comparação interna. Essa comparação poderia levar em consideração uma pesquisa nacional para o período de 2013 a 2016.

Na ausência de qualquer padrão, nossa abordagem foi por meio da construção de uma escala de referência, coletando, confrontando e medindo as opiniões das três pessoas envolvidas em cada entrevista. Pretendíamos buscar qual opinião, ou combinação de opiniões subjetivas poderia levar ao melhor padrão de referência para definir os três pontos de corte na soma das pontuações da IFBRA para determinar as quatro categorias de gravidade determinadas pela Lei nº 142/2013.

Construímos três tabelas de pares de porcentagens de concordância entre avaliadores, e decidimos qual seria o melhor padrão de comparação para definir os pontos de corte. O conteúdo específico das Fases I, II e III compreendeu um painel de especialistas e técnicos, uma avaliação qualitativa com consenso coletivo e uma avaliação quantitativa de acurácia. Os métodos detalhados e os resultados completos obtidos estão além do escopo desta publicação, e serão apresentados em outra publicação.

O projeto foi submetido a análise sob a legislação brasileira específica, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília da Faculdade de Ciências da Saúde (UnB/FS). Os textos completos e a aprovação do projeto (CAEE: 37058914.5.0000.0030. Parecer: 1.024.284) estão disponíveis no site do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Lei Federal nº 14.874, de 28/05/2024¹³.

Resultados e discussão

Os resultados da primeira fase incluíram a avaliação de consenso de especialistas do INSS e de quatro pesquisadores de universidades, em uma Convenção Nacional de capacitação central, doze videoconferências nacionais, e seis conferências regionais de desenvolvimento e treinamento. Participaram desta fase pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), do Estado de São Paulo (USP), de Juiz de Fora – MG (UFJF) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Cada videoconferência teve a participação simultânea de pelo menos oito escritórios regionais nacionais, com médico e assistente social encarregados de treinar os colegas e conduzir novas entrevistas para avaliação das PcD com a IFBRA. Os participantes das discussões produziram material sobre a escala, e sugeriram alterações no Manual de Campo, com a inclusão de diversas frases detalhadas e exemplos.

As reuniões da primeira fase produziram relatórios escritos, que trouxeram evidências sumárias de que pesquisadores e técnicos validaram o construto da CIF, das MIF e de medidas acessórias. Cada seção dedicou uma videoconferência de três horas para discutir um ou dois domínios do IFBRA. As questões levantadas foram principalmente sobre a abrangência das perguntas, e sobre a homogeneidade quanto ao nível de compreensão relacionado à forma como os aplicadores deveriam formular essas perguntas.

Todos os itens da IFBRA foram mantidos, e a preferência dos grupos apontou acréscimos explicativos ao Manual de Campo no que diz respeito à adequação linguística, ampliando as circunstâncias para aplicação dos critérios da escala de MIF na decisão de registrar a pontuação das barreiras socioambientais específicas para cada trabalhador PcD.

A Fase dois consistiu em uma amostra qualitativa nacional de 16 assistentes sociais, 17 médicos e 44 PcD. Entrevistas qualitativas em cinco regiões brasileiras, envolvendo médicos,

assistentes sociais e PcD segurados avaliados como aceitáveis, deram interpretação homogênea ao IFBRA e geraram demandas de exclusão e/ou inclusão de novos itens à escala em remodelações posteriores.

A Fase 3 foi uma pesquisa nacional que rendeu mais de 17 mil entrevistas (17.350), conduzidas por uma dupla de avaliadores – médico e assistente social – com os PcD aposentados em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Nas *tabelas 1 e 2*, apresentamos o perfil de idade e sexo e um resumo dos tipos de deficiência das PcD entrevistadas. A *tabela 3* relata os pontos de corte derivados do percentual de concordância entre avaliadores e PcD. Os registros perdidos de opiniões subjetivas de cada uma das três pessoas são responsáveis pela ausência de observações em todas as tabelas em relação ao número total de 17.350 respondentes no Brasil no período.

Esses dezessete mil futuros aposentados representavam uma pequena fração das mais de trezentas mil PcD – 325.291, ou 0,73% do total – ativos no mercado de trabalho, pessoas

que a administração da Previdência Social Brasileira temia que pudessem comparecer à porta do INSS.

Esse grande número de demandas potenciais para a aposentadoria antecipada veio de outro censo nacional realizado pelo Ministério do Trabalho – ‘Relação Anual de Interesse Social de Empregados Contratados e Demitidos’ (RAIS)’ dos anos 2010-2011. Este registro exclui militares e funcionários públicos efetivos. Se todas essas pessoas solicitassem de uma só vez os benefícios da Lei nº 142/2013, poderiam comprometer o orçamento público, levando a um caos no pagamento de pensões de aposentadoria¹². Após mais de dois anos de demandas espontâneas, fica evidente, pelos resultados da nossa pesquisa, que isso não aconteceu.

A pesquisa nacional do INSS sobre PcD que reivindicaram o ingresso no benefício da aposentadoria antecipada resultou nas requisições, durante dois anos, de demandas espontâneas dos trabalhadores que contribuíram para o INSS nessa condição. O perfil de idade e sexo está na *tabela 1*.

Tabela 1. Perfil de idade e sexo de futuros aposentados entre Pessoas com Deficiência que demandaram avaliação pelo IFBRA entre outubro de 2013 a janeiro de 2016 no Brasil

Grupo etário	Mulheres	Homens	Total	%
18-29	2	3	5	0,03
30-39	40	4	44	0,25
40-44	597	203	800	4,61
45-49	1856	981	2837	16,35
50-54	2660	1958	4618	26,61
55-59	2110	1299	3409	19,64
60-64	595	1530	2125	12,25
65-69	10	42	52	0,30
70-76	3	2	5	0,03
Ignorados	3428	28	3456	19,93
Total	11298	6047	17350	100,00

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev – Sistema SUB. (Cinco registros incompletos foram excluídos).

Em sua maioria, as PcD ativas eram mulheres (65%). O resumo de sete números da distribuição de idade foi: mínimo = 19,0; média = 53,0; mediana = 53,0; de dígitos na tabela assemelha-se a um ‘diagrama de ramos moda = 55,0; Q1 = 49,0; Q3 = 57,0; e máximo = 76,0 anos. Esses números descrevem uma distribuição quase normal da idade de PcD em que mediana, moda e média coincidem, e a distribuição e folhas’ centrado no grupo de idade mediana (Kurtosis= -0,18).

De certa forma, surpreende ver PcD atuando no mercado de trabalho oficial e contribuindo para o INSS a partir dos 54 anos. A explicação para esse fato pode ser o retorno de trabalhadores idosos aos escritórios do INSS reivindicando contribuições anteriores aos empregos que exerciam na época, quando ainda jovens, devido aos benefícios trazidos pela nova legislação.

Atribuímos a ausência de observações ao fato de que os formulários de computador da IFBRA continham registros complementares

para dados de identificação pessoal, incluindo sexo, idade e tipo de deficiência. Estes dados, digitados por funcionários administrativos, destinavam-se exclusivamente à vinculação do registro ao consistente Cadastro Central de dados individuais da Seguridade Social Nacional na empresa pública que mantém os registros nacionais de dados (Dataprev).

Comparamos a distribuição da soma automática dos escores de gravidade do IFBRA com as categorias de incapacidades utilizadas para classificar com PcD os trabalhadores que compareceram aos exames realizados por pares de médicos especialistas e assistentes sociais. A *tabela 2* exhibe os valores cruzados para os resultados oficiais de exames individuais e a classificação IFBRA após pontuações de computação automática. Essa classificação utilizou uma escala governamental anterior não validada, que estabeleceu os limites provisórios para pontuações de gravidade. [Grave = <5739; moderado = <6354; leve = <7584; sem benefícios => 7585].

Tabela 2. Tipo de deficiência e classificação automática oficial do perfil de gravidade entre os aposentados potenciais considerados pessoas com deficiência que exigiram avaliação com o IFBRA para antecipar a aposentadoria de acordo com a Lei Federal brasileira LC142 / 2013 de outubro de 2013 a janeiro de 2016 no Brasil

Classificação de gravidade % pelo sistema IFBRA-PRISMA						
Tipo de Impedimento	Grave	Moderado	Leve	Indefinido	Total	Grupos
Auditivo	1,9	3,5	8,0	2,4	15,8	-----
Auditivo+Múltiplo	0,6	0,5	1,0	0,3	2,4	18,2
Cognitivo+Mental	0,6	0,4	1,2	0,7	2,9	2,9
Motor	6,3	11,4	30,2	10,8	58,8	-----
Motor+múltiplo	0,4	0,1	0,2	0,1	0,8	59,6
Visual	1,9	1,2	5,2	4,3	12,5	-----
Visual+múltiplo	0,5	0,4	0,5	0,2	1,6	14,1
Ignorado	0,3	0,3	2,0	2,7	5,2	5,2
Total	12,4	17,8	48,4	21,5	100,0	100,0

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev - Sistema SUB.

O Censo Brasileiro de 2010 trouxe informações sobre a proporção de PcD na população em geral, com especial interesse na faixa etária de 15 a 64 anos. A deficiência visual foi mais frequente (60% das PcD na faixa etária), seguida por motora (18%); auditiva (13,4%) e mental/intelectual (4,5%)¹.

Segundo o Censo Brasileiro, essa faixa etária de 15 a 64 anos coincide, em grande parte, com a idade dos PcD trabalhadores, porém em diferentes proporções. A maioria das s PcD no mercado de trabalho tinha deficiências motoras, e não visuais, reduzindo a prevalência das pessoas com deficiência visual para menos de 25% da população geral, e multiplicando em três vezes a prevalência de PcD com deficiências motoras.

Padrão de gravidade

Utilizamos a Teoria de Resposta ao Item para excluir 12 itens da escala que não contribuíram para a soma dos escores. A construção da soma dos escores utilizou o modelo da Teoria de Resposta ao Item, e excluiu itens que não contribuíram para os escores gerais.

Consequentemente, para continuar a soma das pontuações da matriz, o total de 41 itens da CIF foi reduzido para 29. Posteriormente, realizamos uma análise de sensibilidade, considerando como o padrão ‘platina’ a percepção de médicos e assistentes sociais de acordo, fora da escala IFBRA. A justificativa para essa escolha é descrita em outra publicação.

Os pontos de corte foram ajustados para maximizar a sensibilidade e a especificidade acima de 85%, utilizando a melhor concordância de médicos e assistentes sociais independentemente e fora da escala de matriz do IFBRA.

A adoção de uma nova escala validada deveria modificar a escala provisória utilizada para fins oficiais, de modo a alcançar melhor nível de justiça no reconhecimento dos níveis de severidade para as aposentadorias precoces de PcD. Uma implicação da mudança na escala seria a inclusão de mais pessoas nos níveis grave e moderado, além da redução do número de pessoas que não teriam direito ao benefício, por serem consideradas ‘sem deficiência’ ou ‘nível indefinido de gravidade da deficiência’. Os valores dos novos pontos de corte estão na *tabela 3*.

Tabela 3. Pontos de corte validados em comparação com a escala oficial provisória PRISMA após a aplicação de melhores parâmetros de sensibilidade para reconhecer a gravidade da deficiência no estudo de fase III, 17.350 entrevistas de outubro de 2013 a janeiro de 2016

Percentis oficiais esperados antes de validar	Pontos de corte oficiais PRISMA antes de validar	Pontuações Prisma para dois avaliadores	Pontos de corte validados pelo IFBRA	Intervalos de gravidade IFBRA Fase III <=
5%	-	2200	2200	Grave
10%	-	3200	3200	Grave
25%	Grave <	5740	5740	Grave
50%	-	6060	6060	<= Grave
75%	Moderado <	6355	6355	Moderado
90%	-	6950	6750	<=Moderado
95%	Leve <	7585	7750	<=Leve
100%	Sem Benefício	8200	8200	Sem Benefício

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev – Sistema SUB.

Esses três pontos de corte ($\leq$) vieram do que foi denominado ‘Padrão Platina’, derivado do grupo de intersecção de concordância da percepção sobre a gravidade da concordância entre médicos e assistentes sociais ($MD \cap AS$). Este nome foi uma alternativa ao primeiro conceito de ‘padrão ouro’, que seria baseado nas opiniões dos aposentados, e que foi abandonado devido à baixíssima concordância com as percepções dos pares de avaliadores profissionais, com uma tendência clara e paradoxal das PcD para subestimar sua própria gravidade. Essa tendência chegou a surpreender os preconceitos de alguns avaliadores sobre o assunto.

Essa perspectiva divergente do senso comum apareceu nas fases um e dois da pesquisa de validação anterior. Foi considerada uma consequência natural advinda do posicionamento social dos dois grupos – avaliadores e potenciais aposentados –, uma vez que se depararam com direitos legais e concepções socialmente construídas sobre o que é deficiência.

O ponto de corte ideal na gravidade adotado após a validação com os ‘critérios *platinum*’ aumentou de 5.740 para 6.060, possivelmente dobrando o número dessas PcD reconhecidas, na própria fonte dos casos de validação de 2013-2016, como pessoas com deficiência grave.

Além disso, as categorias moderada e leve devem ser ampliadas, de modo a permitir a redução da negligência injusta de negar o reconhecimento dos direitos das PcD à sua aposentadoria antecipada legal. A gravidade moderada começaria em 6.356, e a leve, em 7.750. A categoria denominada ‘sem benefícios’ começaria somente após 7.750 pontos atribuídos por dois avaliadores. Isso incluiria um total de 5,29% mais pessoas reconhecidas como PcD – especialmente com 24,63% a mais no número de pessoas classificadas como ‘leves’ entre aquelas que foram excluídas dos benefícios.

Limitações da pesquisa

As críticas à nossa pesquisa podem vir da impossibilidade de padronizar, além do simples

texto das perguntas na tela dos computadores, a forma de fazer as perguntas e digitar as respostas em todo o Brasil, e do caráter transversal da pesquisa.

Não foi possível saber quantas PcD não solicitaram espontaneamente os exames do INSS por desinformação ou desconhecimento sobre seus direitos perante a lei. Não foi possível resgatar uma amostra de 300 mil não respondentes da população de referência de nessas condições – e que, possivelmente, representam vinte vezes a nossa demanda espontânea no País.

Há um viés implícito de sobrevivência nos 17,35 mil participantes da pesquisa nacional. Casos graves não apareceriam para exames transversais. O trabalhador considerado PcD teria que sobreviver e suportar as demandas de emprego até que se cadastrasse para contabilizar o tempo de contribuição ao INSS. Ele atingiria a expectativa de aposentadoria após completar o tempo mínimo de trabalho – contribuição de vinte anos (mulheres) ou vinte e cinco anos (homens) –, ou atingir os 55 (mulheres) ou 60 (homens), tendo contribuído pelo menos durante 15 anos^{8,12}.

Parece inevitável que aqueles que deixam de cumprir esses horários contributivos e de trabalho sejam os que têm as deficiências mais graves, sofrem de barreiras sociais e ambientais mais duras, têm menos escolaridade e até sofrem de agravantes das doenças competitivas em relação a outros que poderiam continuar trabalhando.

Embora nossa intenção seja relatar o método de seleção da melhor concordância para estabelecer o padrão acima dos resultados específicos, outro limite para nossa inferência a partir desta pesquisa nacional é a possível inadequação dos valores de corte da IFBRA para outros países ou regiões.

A força de nossa consideração sobre a conveniência de selecionar um padrão composto pela avaliação simultânea de dois profissionais veio de duas fontes: buscamos a melhor concordância, que deve ser também a menos questionável; e olhamos para uma amostra nacional de 17,35 mil avaliações, sob a perspectiva

subjetiva simultânea de três espectadores: o trabalhador PcD, um médico especialista e um ou uma assistente social. Essas premissas nos deram uma lista de 52,05 mil observações subjetivas para comparar e fazer essa escolha.

Considerações finais

Concluimos que, por subestimar a gravidade, o método oficial e provisório utilizou pontos de corte restritivos na soma das pontuações do IFBRA que excluía PcD do benefício de seus direitos.

Concluimos que a classificação da gravidade que pode ser alcançada de forma menos estressante, e mais consensual, ocorreu quando ambos os profissionais concordaram com a gravidade, utilizando seus limites subjetivos para estabelecer um ponto de corte. Encontramos essa condição na interseção de suas tabelas de classificação. Um caso grave classificado de acordo por ambos os profissionais seria forçosamente aceitável pela maioria dos outros meios.

Decidimos que, após a descrição geral dos procedimentos para consenso do especialista, a análise qualitativa de aceitabilidade e a avaliação quantitativa da concordância sobre os critérios subjetivos para avaliação da gravidade, o IFBRA poderia ser validado quanto à precisão, adotando a intersecção da classificação entre médicos especialistas e assistentes sociais.

Essas medidas permitiriam comparações estáveis para estabelecer pontos de corte futuros. Outros pesquisadores poderiam aplicar este método em outras configurações nacionais e culturais, sem a transposição mecânica de qualquer classificação baseada na soma das pontuações do IFBRA.

Por fim, consideramos que o IFBRA apresentou boa validade com referência a domínios pertinentes – abrangência, aceitabilidade, interpretação e precisão –, de acordo com um novo padrão de referência. Uma análise posterior abordará as etapas de cada uma das três fases de validação.

Contribuições de autoria

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* desenvolveu métodos quantitativos de validação, articulados com controles estatísticos e de engenharia de *software* para projetar as saídas do programa de computador, discutiu a análise e escreveu o texto deste relatório. Merchan-Hamann E (0000-0001-6775-9466)* coordenou a equipe de pesquisa acadêmica, respondeu à busca por financiamento e à execução e ao controle financeiro, discutiu métodos e participou da análise em todas as etapas, especialmente nas técnicas epidemiológicas, incluindo revisão e divisão dos tópicos de cada relatório. Pereira EL (0000-0002-7771-1594)* desenvolveu métodos qualitativos de validação, coordenou a participação de estudantes de pós-graduação no campo de pesquisa, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, organizou treinamentos para obter uniformidade na condução das avaliações de campo, e revisou e discutiu o relatório. Barbosa L (0000-0003-2268-3212)* desenvolveu métodos qualitativos de validação, coordenou alunos de pós-graduação para atuação em campo, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, revisou e discutiu o relatório. Rodrigues DS (0000-0001-7391-1794)* desenvolveu métodos qualitativos relacionados à reabilitação e à avaliação da gravidade, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, organizou treinamentos para obter uniformidade na condução das avaliações de campo, e revisou e discutiu o relatório. Souza WR (0000-0002-8915-4895)* desenvolveu técnicas de coleta de dados, formatação de bancos de dados, *software* e segurança contínua da coleta de dados, além de projetar saídas de computador para análise de dados de acordo com o planejamento estatístico. Silva GL (0000-0001-9650-2993)* coordenou a distribuição quantitativa do plano de amostragem, planejou a abordagem analítica para determinar o tipo de coleta de dados e as saídas do computador, executou procedimentos analíticos na Teoria

de Resposta ao Item, e coordenou a análise quantitativa adequada aos múltiplos domínios e respostas de deficiência em relação à CIF. Höefel MGL (0000-0003-2176-5013)*

executou ações de capacitação em campo em todo o País, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para treinar equipes de coleta de dados, revisou e discutiu o relatório. ■

Referências

1. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BR). Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com deficiência [Internet]. Brasília, DF: SDH-PR; 2012 [cited 2025 Jul 21]. Available from: <https://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>
2. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5 [cited 2025 Jul 21];Seção I:1. Available from: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1991 jul 25 [cited 2025 Jul 21];Seção I:14809. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm
4. Senado Federal (BR). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2008 [cited 2025 Jul 21]. Available from: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Convencao_direito_pessoas_deficiencia_2008.pdf?sequence=2
5. Franzoi AC, Costa AJL, Xerez D, et al. Elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros: relatório final de pesquisa [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; IETS; 2013.
6. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br). *Acta Fisiatr.* 2013;20(3):164-170. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130028>
7. Presidência da República (BR). Decreto nº 8145, de 3 de dezembro de 2013. Altera o Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 dez 3 [cited 2026 Jan 29]; Edição Extra;Seção I:1. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=03/12/2013>
8. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR); Previdência Social; Fazenda; Planejamento Orçamento e Gestão; Advocacia-Geral da União. Portaria Interministerial nº 1, de 27 de janeiro de 2014. Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2014 jan 30 [cited 2026 Jan 29]

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

29]; Seção I:2-6. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/01/2014&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=184>

9. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF short version. Geneva: World Health Organization; 2001. 228 p.
10. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2001;8(1):45-52. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010002>
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>
12. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o §1º do art 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 maio

9 [cited 2026 Jan 29]; Seção 1:1. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2013/leicomplementar-142-8-maio-2013-775948-norma-pl.html>

13. 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* [Internet], Brasília, DF. 2024 maio 29 [cited 2026 Mar 6]; Edição 103; Seção 1:3. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.874-de-28-de-maio-de-2024-562375438>

Recebido em 20/07/2025

Aprovado em 27/02/2025

Conflito de interesses: não existente

Disponibilidade dos dados: os dados de pesquisa estão disponíveis no repositório de dados da Saúde em Debate (<https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.EBKJWE>)

Suporte financeiro: Ministério da Previdência Social do Brasil Nº 44000.001814/2013-60 – FUB – Acordo de Cooperação Técnica de 21/11/2013

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

Discriminação experienciada por pessoas LGBTQIAPN+ e acesso aos serviços odontológicos: estudo transversal

Discrimination experienced by LGBTQIAPN+ individuals and access to dental services: A cross-sectional study

Igor Campos Guimarães¹, Ana Carla Batista Domiciano¹, Isabel Cristina Gonçalves Leite¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911103P

RESUMO Pessoas de minorias sexuais e de gênero são discriminadas cotidianamente, inclusive ao procurar cuidados de saúde. Este estudo transversal objetivou investigar a associação entre discriminação e procura, dificuldade no acesso e uso recente dos serviços odontológicos. 762 indivíduos LGBTQIAPN+ brasileiros responderam a um questionário online sobre suas características sociodemográficas, experiências discriminatórias sofridas e acesso a serviços odontológicos. Análises de regressão logística binária estimaram a associação entre variáveis independentes, organizadas em cinco blocos, e desfechos relativos ao acesso aos serviços odontológicos. Os resultados são apresentados em razão de chances (Odds Ratio – OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Dos participantes, 16,8% relataram hesitação em frequentar serviços odontológicos por não se sentirem aceitos, 30,4% não os procuraram no último ano e 5,4% tiveram dificuldade em acessá-los. A discriminação não manteve associação à procura, uso recente e dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, mas a hesitação em frequentá-los manteve-se associada à sua procura (OR = 0,55; IC 95%:0,33-0,91) e à dificuldade em acessá-los (OR = 4,35; IC 95%:1,40-13,54). Portanto, indica-se que, apesar da ausência de associação entre discriminação e acesso aos serviços odontológicos, essa população se mantém vigilante em relação à possibilidade de sofrerem discriminação nesses serviços.

PALAVRAS-CHAVE Minorias sexuais e de gênero. Saúde bucal. Equidade no acesso aos serviços de saúde. Discriminação percebida.

ABSTRACT Sexual and gender minority individuals experience discrimination daily, including when seeking health care. This cross-sectional study aimed to investigate the association between discrimination and the seeking of, difficulty in accessing, and recent use of dental services. A total of 762 Brazilian LGBTQIAPN+ individuals completed an online questionnaire on sociodemographic characteristics, experiences of discrimination, and access to dental services. Binary logistic regression analyses were used to estimate the association between independent variables, organized into five blocks, and outcomes related to access to dental services. Results are presented as Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI). Overall, 16.8% of participants reported hesitation in attending dental services due to a perceived lack of acceptance regarding their gender identity and sexual orientation; 30.4% had not sought dental services in the past year; and 5.4% reported difficulty accessing them. Discrimination was not associated with the outcomes, but hesitation in attending services remained associated with seeking dental care (OR = 0.55; 95% CI: 0.33–0.91) and with difficulty in accessing services (OR = 4.35; 95% CI: 1.40–13.54). Therefore, although discrimination was not directly associated with access to dental services, this population remains vigilant about the possibility of experiencing discrimination in these settings.

KEYWORDS Sexual and gender minorities. Oral health. Equity in access to health services. Perceived discrimination.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. isabel.leite@ufjf.br

Introdução

A população LGBTQIAPN+ abrange as minorias sexuais e de gênero, ou seja, pessoas homossexuais, bissexuais, pansexuais, assexuais, heterossexuais (contanto que seja intersexo ou não seja cisgênero), travestis, transgêneros, intersexo e indivíduos com outras identidades de gênero e/ou orientações sexuais^{1,2}.

Ela enfrenta inúmeras manifestações discriminatórias e violentas cotidianamente³, que podem ocorrer em diferentes cenários, como o familiar e o escolar, bem como em instituições públicas^{3,4}. Estudos prévios apontaram para ocorrência de discriminação motivada pela orientação sexual e/ou identidade de gênero durante atendimentos em serviços de saúde⁵⁻¹⁰ e odontológicos¹¹, tanto no Brasil⁵⁻¹¹ quanto em outros países¹². Dessa forma, aponta-se uma contradição nesses ambientes, que deveriam prover alívio às demandas, e não as agravar¹⁰.

Ademais, a discriminação é um dos fatores sociais e estruturais que criam um ambiente prejudicial à saúde mental de quem a sofre. Eles são conceitualizados no Modelo de Estresse de Minorias, que distingue estressores distais (eventos objetivos, como discriminação ou violência) e proximais (processos subjetivos, como expectativa por eventos discriminatórios, ocultação da própria identidade e internalização de estigmas)¹³. Um estudo conduzido na Suécia apontou que os eventos estressores são mais prevalentes entre jovens pertencentes a minorias sexuais¹⁴.

Embora a identidade minoritária possa aumentar a vulnerabilidade ao estresse^{13,14}, ela também pode ser fonte de resiliência, ao possibilitar conexões sociais e estratégias de enfrentamento¹³.

A discriminação e o estresse de minorias apresentam-se associados a disparidades na saúde física¹⁴ e mental^{8,15}, que apontam, inclusive, para uma maior disparidade na saúde de jovens de minorias sexuais em comparação a heterossexuais cisgêneros¹⁴.

O objetivo da pesquisa foi investigar a associação entre a discriminação vivenciada

por pessoas LGBTQIAPN+ no cotidiano, em serviços de saúde e, especificamente, odontológicos e as demais variáveis aos desfechos relativos à procura, à dificuldade no acesso e ao uso recente dos serviços odontológicos.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal conduzido na internet (*e-survey*), com uma amostra por conveniência, cujos critérios de inclusão foram: voluntários com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no Brasil, que declararam ser lésbicas, gays, bissexuais, assexuais, transgêneros, intersexo ou de outra orientação sexual ou identidade de gênero incluídas na comunidade LGBTQIAPN+. Indivíduos intersexo e transgêneros foram incluídos independentemente da orientação sexual declarada.

Os critérios de exclusão foram a seleção da opção ‘heterossexual’ enquanto orientação sexual, desvinculada da seleção das alternativas ‘transgênero’ ou ‘não binária’ enquanto identidade de gênero ou da alternativa ‘intersexo’ enquanto sexo biológico, ou seja, indivíduos heterossexuais cisgêneros ou que não fossem intersexo. Participantes que não preencheram o questionário integralmente foram considerados como perda na amostra, porque suas respostas não foram registradas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), instituição à qual os autores estão vinculados, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 81386324.8.0000.5147 e Parecer nº 7.032.189. Sua redação foi guiada pelas recomendações da ‘Declaração Strobe’ (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)¹⁶ e da ‘Declaração Cherries’ (Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys)¹⁷.

Devido à dificuldade técnica de selecionar uma amostra representativa da população LGBTQIAPN+ brasileira, a coleta de dados

foi conduzida por meio de um questionário estruturado contido em um formulário *online*, construído na plataforma Formulários Google® (Mountain View, Califórnia, Estados Unidos), o qual poderia ser acessado e respondido por qualquer indivíduo que acessasse o *link* do formulário, sendo, portanto, uma pesquisa aberta (*open survey*). Essa coleta de dados foi realizada no Brasil entre 17 de novembro de 2024 e 1º de maio de 2025.

Sua divulgação deu-se por um endereço virtual, compartilhado por meio do contato direto de associações, organizações, grupos, centros de convivência, eventos culturais e de militância, entre outros, que tenham a população LGBTQIAPN+ como público-alvo, via redes sociais ou em seus espaços físicos, a fim de atingir uma amostra de conveniência nacionalmente representativa. Essas instituições compartilhavam imagens padronizadas com frases que poderiam suscitar o interesse dos voluntários, por exemplo, ‘Você se identifica como uma pessoa LGBTQIAPN+? Poderia nos ajudar a obter um panorama sobre o acesso a serviços odontológicos e à saúde bucal no Brasil?’. Ademais, a cada voluntário, era solicitado o envio do formulário da pesquisa a outros cinco amigos, e nenhum incentivo era oferecido aos participantes.

Previamente à leitura e resposta do questionário, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foram informados a respeito do nome do pesquisador responsável, dos objetivos da pesquisa, seus riscos e as formas de diminuí-los, seus benefícios e o tempo médio de resposta ao questionário (definido a partir de um estudo-piloto conduzido previamente com dez pessoas LGBTQIAPN+, as quais não foram incluídas na amostra final da pesquisa, que também permitiu o teste da usabilidade e da funcionalidade técnica do formulário de coleta de dados da pesquisa).

Sua concordância foi uma condição necessária para o acesso ao questionário. Em caso de discordância, os candidatos foram informados que poderiam fechar o formulário,

sem quaisquer danos e/ou prejuízos. Nenhuma informação pessoal que permitisse a identificação dos voluntários foi coletada e registrada no processo de coleta de dados; portanto, não foi possível determinar se houve apenas uma visita ao formulário, as taxas de visita, de participação e de completude do questionário nem o tempo demandado por cada participante para a sua resposta integral.

O questionário de coleta de dados foi dividido em quatro partes, que somam 59 questões autoaplicáveis, provenientes de estudos previamente validados e publicados por outros pesquisadores¹⁸⁻²², além de uma primeira página com o TCLE e de uma página final de agradecimento. A ordem das perguntas e dos itens não foi randomizada, e o questionário não era adaptativo às respostas dos voluntários. Foi necessária a resposta integral de cada parte para o prosseguimento à seguinte e para o registro final das respostas, sendo possível retornar às páginas anteriores e alterar suas respostas sempre que necessário, desde que previamente ao seu envio e registro final.

A Parte I apresentou oito perguntas referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, como idade, cor/raça, sexo designado ao nascer, identidade de gênero, orientação sexual, renda, escolaridade e unidade da federação de residência atual^{18,19}. A Parte II continha 33 perguntas a respeito de eventos discriminatórios cotidianos e nos serviços de saúde, como a Escala de Discriminação no Dia a Dia (EDD; Everyday Discrimination Scale – EDS)²⁰, bem como perguntas adaptadas a partir de questões da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013²¹ e da pesquisa ‘Mapeamento de Pessoas Trans na Cidade de São Paulo’²². A Parte III apresentou 6 perguntas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal e sua caracterização, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil), realizada em 2020¹⁹. A Parte IV abrangia 12 perguntas referentes a desfechos subjetivos em saúde bucal¹⁹, dados não utilizados neste estudo. Para cada pergunta do questionário, havia uma opção de resposta ‘não sei/prefiro não responder’.

Os desfechos do estudo foram a procura pelos serviços odontológicos no último ano, a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano e o uso recente dos serviços odontológicos. As duas primeiras variáveis dependentes citadas baseiam-se na pergunta 'No último ano, você procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para ser atendido?'. O desmembramento dessa pergunta em duas variáveis dependentes deve-se ao fato de as categorias relativas à 'dificuldade no acesso aos serviços odontológicos' e à 'não procura por serviços odontológicos' não serem mutuamente excludentes.

Suas respostas foram dicotomizadas, no caso da procura pelos serviços odontológicos no último ano, em indivíduos que procuraram os serviços nesse período e os que procuraram há mais de um ano, independentemente de terem recebido o atendimento. Apenas as respostas 'Não sei/prefiro não responder' foram consideradas enquanto dados perdidos para esse desfecho.

No caso da dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano, as respostas foram dicotomizadas em indivíduos que apresentaram dificuldade no acesso ('sim'), no caso das respostas 'Procurei pelos serviços e não fui atendido', e os indivíduos que não apresentaram dificuldade no acesso aos serviços odontológicos ('não'), no caso das respostas 'Procurei pelos serviços e fui agendado para outro dia/outro local', 'Procurei pelos serviços e fui atendido'. Para esse desfecho, além das respostas 'Não sei/prefiro não responder', os indivíduos que não procuraram pelos serviços foram considerados enquanto dados perdidos e, por isso, desconsiderados nas análises.

O uso recente de serviços odontológicos foi caracterizado pela pergunta 'Quando você consultou o dentista pela última vez?'. As respostas foram dicotomizadas em 'sim', para as respostas 'até um ano', e 'não', para as respostas 'Mais de 1 ano a 2 anos', 'Mais de 2 anos a 3 anos', 'Mais de 3 anos'. As respostas

'Nunca foi ao dentista' e 'Não sei/prefiro não responder' foram consideradas dados perdidos e, por conseguinte, desconsideradas nas análises.

As variáveis independentes, selecionadas a partir da consideração de seus potenciais efeitos explicativos em relação aos desfechos^{5-7,9-11}, foram organizadas em cinco blocos, definidos a partir do Modelo de Estresse de Minorias¹³ e outro artigo que incorporou uma análise interseccional para a compreensão do acesso a serviços e desfechos em saúde de pessoas LGBTQIAPN⁺²³.

O bloco 1 agrupa as variáveis faixa etária, cor da pele/raça, sexo biológico (usada apenas para a descrição da amostra, porque o uso da identidade de gênero como categoria analítica foi preferível), identidade de gênero, orientação sexual e região de residência. O bloco 2 agrupa as variáveis escolaridade e renda familiar mensal. O bloco 3, a EDD, cuja codificação baseou-se na frequência dos relatos, por ser o método mais usual na literatura e utilizado na validação da escala para o contexto brasileiro¹⁸. O bloco 4, as experiências de discriminação nos serviços de saúde e odontológicos. No bloco 5, constam as variáveis relativas à hesitação em frequentar serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, ao tipo de serviço odontológico procurado, à adesão de algum plano odontológico, ao motivo da última consulta odontológica, à avaliação da última consulta odontológica e à autopercepção de necessidade de tratamento dentário.

Para estimativa de um número amostral satisfatório para este estudo, considerou-se a população brasileira no último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴, a proporção estimada de 3,8% de pessoas dessa comunidade no Brasil^{1,2,25}. Devido à variação de métodos para quantificar a experiência dos eventos discriminatórios, das diferenças nessas experiências entre populações da mesma comunidade e consequentes diferenças nas estimativas de sua prevalência^{3,8,22}, foi

considerada a menor prevalência identificada nos estudos consultados, de 11%²⁵. Dessa forma, adotando-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) e um poder de teste de 80% ($\beta = 0.2$), a amostra mínima calculada para a pesquisa foi de 455 pessoas.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 20.0 para Windows^{®26}, em que todas as análises estatísticas foram conduzidas. Foi realizada a análise descritiva, por meio do estabelecimento das frequências absoluta e relativa, nos casos das variáveis categóricas, e dos valores mínimo e máximo, intervalo de confiança, média, mediana e desvio-padrão, no caso das variáveis numéricas.

Foram utilizados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney, Qui-quadrado, teste-t para comparações entre grupos e a análise de regressão logística binária para a análise estatística da associação das variáveis dependentes com as independentes, adotando-se Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e a razão de chances (Odds Ratio – OR) como medida de associação. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Nenhum método estatístico foi utilizado para ajustar os dados para uma amostra não representativa.

No modelo multivariado hierárquico, foram incluídas as variáveis independentes de cada bloco que apresentaram associação com os desfechos ($p \leq 0,05$), visando obter modelos ajustados por bloco. Essa restrição na inclusão das variáveis aos modelos ajustados por bloco ocorreu devido à forte associação de um considerável número de variáveis nas análises bivariadas, e, no exercício de inserção das variáveis associadas a um nível de significância até 10%, não houve modificações de direção e intensidade substanciais. Por fim, apenas as variáveis independentes que mantiveram associação estatisticamente significativa na etapa prévia entraram no modelo final multivariado, permanecendo, no modelo final, as variáveis com valor de $p < 0,05$.

Resultados

A amostra inicial da pesquisa foi de 787 pessoas, contudo, após a aplicação dos critérios de exclusão, esse número reduziu para 762 pessoas (10 pessoas heterossexuais cisgêneras e/ou que não eram intersexo; 15 pessoas que indicaram uma data de nascimento que apontasse idade inferior a 18 anos completos). A *tabela 1* apresenta a distribuição das variáveis independentes em relação aos desfechos, e nas *tabelas 2, 3 e 4*, são apresentadas as medidas de associação brutas e ajustadas para cada desfecho.

Pessoas cisgêneras (549 / 73,3%) e homossexuais (433 / 57%) foram a maioria da amostra. Entre elas, homens cisgêneros foram a maioria dos participantes (339 / 46,1%), seguidos por mulheres cisgêneras (210 / 28,5%), pessoas não binárias ou com outra identidade de gênero (75 / 10,2%), homens transgêneros (60 / 8,2%), mulheres transgêneras (50 / 6,8%) e pessoas intersexo transgêneras (2 / 0,3%). Quanto à orientação sexual, indivíduos bissexuais representaram 25,2% da amostra (191); heterossexuais, 7,6% (58); assexuais, 3,3% (25); e indivíduos de outras orientações sexuais, 6,9% da amostra (52).

Sua composição se deu majoritariamente por pessoas com idade entre 25 e 39 anos (58,8%; idade média = $30,64 \pm 0,64$; mediana = 29, IQ = 10), de cor de pele branca (51%), residentes da região Sudeste (37,1%), com renda de até R\$ 2.400 (28,6%), com ensino superior completo (55,6%), que não relataram experiências discriminatórias nos serviços odontológicos (61,5%; IC 95%:58-65%), que não hesitam em frequentar serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (82,6%), que buscaram serviços odontológicos particulares, por planos de saúde, convênios ou outros (77,2%), que não possuem planos odontológicos (73,7%), que tiveram motivos preventivos ou de reavaliação para a última consulta odontológica (50,3%), que avaliaram a última consulta odontológica positivamente

(76,4%), que apresentam uma autopercepção de necessidade de tratamento odontológico (80,2%) e que relataram experiências discriminatórias nos serviços de saúde (74,4%; IC 95%:71,2-77,4%).

A EDD assumiu uma distribuição não paramétrica (média = 26,57 ±11,77; mediana = 25,00,

IQ = 15), com pontuação variando de 6 a 60.

A maioria dos participantes procurou os serviços odontológicos no último ano (69,6%; IC 95%:66,3%-72,8%), não apresentou dificuldade no acesso a esses serviços no último ano (64,2%; IC 95%:60,7%-67,6%) e os utilizou no último ano (66,7%; IC 95%:63,2%-70%).

Tabela 1. Distribuição das variáveis independentes pela frequência absoluta e relativa em relação aos desfechos de procura, dificuldade no acesso e uso recente dos serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Variáveis	Procura por serviços odontológicos		Dificuldade no acesso		Uso recente	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Faixa etária						
18-24 anos	126 (24)	68 (29,7)	10 (24,4)	116 (24)	115 (23,1)	70 (28,11)
25-39 anos	308 (58,7)	136 (59,4)	21 (51,2)	287 (59,3)	298 (59,8)	147(59,04)
40-59 anos	86 (16,4)	23 (10)	10 (24,4)	76 (15,7)	79 (15,9)	31 (12,45)
≥ 60 anos	5 (1)	2 (0,9)	0 (0)	5 (1)	6 (1,2)	1 (0,4)
Cor/raça*						
	§					
Branca	282 (54,2)	103 (45,6)	19 (46,3)	263 (54,91)	264 (53,55)	121 (49)
Amarela	5 (1)	6 (2,7)	0 (0)	5 (1,05)	6 (1,22)	5 (2)
Indígena	12 (2,3)	2 (0,9)	0 (0)	12 (12,5)	9 (1,82)	3 (1,2)
Preta/parda	221 (42,5)	115 (50,9)	22 (53,7)	199 (41,54)	214 (43,41)	118 (47,8)
Sexo biológico*						
	§					
Masculino	299 (57,9)	121 (53,5)	15 (38,5)	284 (59,5)	294 (59,9)	123 (50,4)
Feminino	217 (42,1)	104 (46)	24 (61,5)	193 (40,5)	196 (39,9)	120 (49,2)
Intersexo	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	1 (0,4)
Identidade de gênero*						
	§					
Homem cisgênero	252 (49,41)	84 (38)	9 (23,68)	243 (51,5)	247 (50,9)	88 (36,7)
Mulher cisgênera	147 (28,82)	63 (28,5)	9 (23,68)	138 (29,2)	138 (28,5)	71 (29,6)
Homem transgênero	40 (7,84)	20 (9)	9 (23,68)	31 (6,6)	33 (6,8)	25 (10,4)
Mulher transgênera	29 (5,7)	21 (9,5)	5 (13,16)	24 (5,1)	28 (5,8)	20 (8,3)
Não-binária ou outra	42 (8,23)	32 (14,5)	6 (15,8)	36 (7,6)	38 (7,8)	35 (14,6)
Intersexo transgênero	0 (0)	1 (0,5)	-a	-a	1 (0,2)	1 (0,4)
Orientação sexual*						
	§					
Heterossexual	39 (7,45)	18 (7,9)	9 (22)	30 (6,2)	36 (7,2)	20 (8,1)
Homossexual	315 (60,1)	113 (49,8)	16 (39)	299 (61,9)	306 (61,6)	119 (48,2)
Bissexual/assexual/outra	170 (32,45)	96 (42,3)	16 (39)	154 (31,9)	155 (31,2)	108 (43,7)
Região de residência*						
Norte	59 (11,25)	25 (10,9)	5 (12,2)	54 (11,2)	54 (10,9)	30 (12,05)
Nordeste	125 (23,85)	59 (25,8)	13 (31,71)	112 (23,2)	118 (23,7)	64 (25,7)
Centro-Oeste	60 (11,5)	22 (9,6)	6 (14,63)	54 (11,2)	58 (11,7)	25 (10)
Sudeste	198 (37,8)	80 (34,9)	11 (26,83)	187 (38,7)	189 (38)	91 (36,55)
Sul	82 (15,6)	43 (18,8)	6 (14,63)	76 (15,7)	78 (15,7)	39 (15,7)

Tabela 1. Distribuição das variáveis independentes pela frequência absoluta e relativa em relação aos desfechos de procura, dificuldade no acesso e uso recente dos serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Variáveis	Procura por serviços odontológicos		Dificuldade no acesso		Uso recente	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Renda familiar*	§		§		§	
Até R\$ 2.400	125 (24,4)	84 (38,2)	25 (61)	100 (21,2)	110 (22,7)	93 (38,75)
R\$ 2.401-R\$ 4.000	115 (22,4)	57 (25,9)	11 (26,8)	104 (22)	107 (22,1)	63 (26,25)
R\$ 4.001-R\$ 7.000	122 (23,8)	42 (19,1)	4 (9,8)	118 (25)	121 (25)	42 (17,5)
Acima de R\$ 7.001	151 (29,4)	37 (16,8)	1 (2,4)	150 (31,8)	146 (30,2)	42 (17,5)
Escolaridade*	§		§		§	
Até o ensino fundamental completo	2 (0,4)	10 (4,4)	1 (2,44)	1 (0,2)	6 (1,2)	5 (1,2)
Até o ensino médio completo	70 (13,3)	40 (17,5)	12 (29,26)	58 (12)	63 (12,7)	44 (17,7)
Superior incompleto	141 (26,9)	68 (29,82)	14 (34,15)	127 (26,2)	129 (25,9)	80 (32,3)
Superior completo	312 (59,4)	110 (48,24)	14 (34,15)	298 (61,6)	300 (60,2)	119 (48)
Discriminação nos serviços de saúde*	§		§		§	
Não sofreu	143 (27,2)	49 (21,4)	2 (4,9)	141 (29,1)	141 (28,3)	48 (19,3)
Sofreu	382 (72,8)	180 (78,6)	39 (95,1)	343 (70,9)	357 (71,7)	201 (80,7)
Discriminação nos serviços odontológicos*	§		§		§	
Não sofreu	327 (62,5)	134 (60,1)	11 (26,8)	316 (65,6)	312 (62,9)	139 (57,2)
Sofreu	196 (26,3)	89 (39,9)	30 (73,2)	166 (34,4)	184 (37,1)	104 (42,8)
Hesitação na procura por serviços odontológicos*	§		§		§	
Não	438 (86,6)	164 (73,9)	18 (45)	420 (90,1)	422 (87,9)	176 (72,7)
Sim	68 (13,4)	58 (26,1)	22 (55)	46 (9,9)	58 (12,1)	66 (27,3)
Tipo de serviço odontológico procurado*	b		§		§	
Público	119 (22,7)	0 (0)	31 (75,6)	88 (18,2)	92 (18,97)	27 (67,5)
Particular/plano de saúde/outros	406 (77,3)	0 (0)	10 (24,4)	396 (97,5)	393 (81,03)	13 (32,5)
Possui plano odontológico*	§		§		§	
Não	367 (70)	186 (81,9)	37 (90,2)	330 (68,3)	340 (68,4)	208 (83,9)
Sim	157 (30)	41 (18,1)	4 (9,8)	153 (31,7)	157 (31,6)	40 (16,1)
Principal motivo da última consulta*	§		§		§	
Revisão e/ou prevenção	269 (51,4)	105 (48,2)	11 (26,8)	258 (53,5)	258 (52,12)	115 (47,1)
Odontalgia	25 (4,8)	18 (8,3)	4 (9,8)	21 (4,4)	21 (4,24)	22 (9)
Exodontia	39 (7,5)	26 (11,9)	5 (12,2)	34 (7,1)	37 (7,48)	29 (11,9)
Tratamento	170 (32,5)	60 (27,5)	18 (43,9)	152 (31,5)	163 (32,93)	67 (27,5)
Outros	20 (3,8)	9 (4,1)	3 (7,3)	17 (3,5)	16 (3,23)	11 (4,5)
Avaliação da última consulta odontológica*	§		§		§	
Negativa	20 (3,82)	18 (8,3)	7 (17,95)	13 (2,7)	13 (2,6)	26 (10,83)
Regular	88 (46,83)	47 (21,8)	22 (56,41)	66 (13,6)	79 (15,9)	56 (23,33)
Positiva	415 (79,35)	151 (69,9)	10 (25,64)	405 (83,7)	405 (81,5)	158 (65,84)
Autopercepção de necessidade de tratamento dentário*	§		§		§	
Não	126 (24,3)	21 (9,5)	0 (0)	126 (26,4)	128 (26,1)	19 (7,8)
Sim	392 (75,7)	201 (90,5)	40 (100)	352 (73,6)	363 (73,9)	224 (92,2)
	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	(IC 95%)§	(IC 95%)§	(IC 95%)§	(IC 95%)§	(IC 95%)§	(IC 95%)§
Escala de discriminação no dia a dia ^c	25,96 (24,96-26,97)	27,89 (26,47-29,36)	34,68 (31,00-38,66)	25,22 (24,3-26,25)	25,93 (24,88-26,98)	27,66 (26,33-29,09)

Fonte: elaboração própria.

* Os casos omissos foram excluídos da análise; § $p \leq 0,05$; ^a Casos omissos; ^b Nenhuma estatística foi calculada porque o desfecho foi constante; ^c Teste U de Mann-Whitney.

Conforme observado na *tabela 2*, no modelo final ajustado da regressão logística binária, o desfecho ‘procura por serviços odontológicos no último ano’ esteve associado a: identidade de gênero não binária ou outra (OR = 0,48; IC 95%:0,26-0,87, p = 0,015); renda familiar de até R\$ 2.400 (OR = 0,45; IC 95%:0,26-0,77, p = 0,004) e entre R\$ 2.401 e R\$ 4000 (OR = 0,57; IC 95%:0,34-0,97, p = 0,04); escolaridade de até o ensino fundamental completo (OR =

0,19; IC 95%:0,04-0,99, p = 0,049); hesitação na procura por serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (OR = 0,55; IC 95%:0,33-0,91, p = 0,02); não possuir plano odontológico (OR = 0,59; IC 95%:0,38-0,91, p = 0,018); e autopercepção de necessidade de tratamento odontológico (OR = 0,35; IC 95%:0,20-0,62, p = < 0,001).

Tabela 2. Medidas de associação brutas e ajustadas para a procura por serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Procura por serviços odontológicos no último ano						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Bloco 1						
Cor/raça						
Amarela	0,30 (0,09-1,02)	0,054	0,24 (0,06-0,88)	0,031c		
Indígena	2,19 (0,48-9,96)	0,31	2,25 (0,49-10,43)	0,298		
Preta/parda	0,70 (0,51-0,97)	0,03	0,72 (0,51-1,00)	0,051		
Branca	1		1			
Identidade de gênero						
Mulher cisgênera	0,78 (0,53-1,14)	0,201	0,83 (0,55-1,25)	0,375	0,85 (0,56-1,30)	0,457
Homem transgênero	0,67 (0,37-1,20)	0,179	0,72 (0,33-1,56)	0,405	1,22 (0,61-2,46)	0,569
Mulher transgênera	0,46 (0,25-0,85)	0,013	0,49 (0,23-1,06)	0,07	1,00 (0,48-2,10)	0,992
Não-binária/outra	0,44 (0,26-0,74)	0,002	0,47 (0,27-0,84)	0,011	0,48 (0,26-0,87)	0,015
Homem cisgênero	1		1		1	
Orientação sexual						
Heterossexual	0,77 (0,43-1,41)	0,409				
Bissexual/assexual/outra	0,63 (0,46-0,88)	0,007				
Homossexual	1					
Bloco 2						
Renda familiar						
Até R\$ 2.400	0,36 (0,23-0,57)	< 0,001	0,43 (0,26-0,70)	< 0,001	0,45 (0,26-0,77)	0,004
R\$ 2.401-R\$ 4.000	0,49 (0,30-0,80)	0,004	0,53 (0,32-0,87)	0,011	0,57 (0,34-0,97)	0,04
R\$ 4.001-R\$ 7.000	0,71 (0,43-1,17)	0,185	0,74 (0,45-1,23)	0,246	0,79 (0,46-1,35)	0,456
Acima de R\$ 7.001	1		1		1	
Escolaridade						
Até o ensino fundamental completo	0,07 (0,01-0,33)	< 0,001	0,11 (0,02-0,55)	0,007	0,19 (0,04-0,99)	0,049
Até o ensino médio completo	0,62 (0,39-0,96)	0,033	0,83 (0,51-1,36)	0,461	1,07 (0,62-1,42)	0,577
Ensino superior incompleto	0,73 (0,51-1,05)	0,09	0,87 (0,59-1,27)	0,47	0,95 (0,62-1,45)	0,803
Ensino superior completo	1		1		1	
Bloco 3						
Escala de discriminação no dia a dia	0,99 (0,97-0,99)b	0,039	0,99 (0,97-0,99)b	0,06		

Tabela 2. Medidas de associação brutas e ajustadas para a procura por serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Procura por serviços odontológicos no último ano						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Bloco 5						
Hesitação no uso dos serviços odontológicos		< 0,001		0,004		0,02
Sim	0,74 (0,63-0,88)		0,53 (0,34-0,82)		0,55 (0,33-0,91)	
Não	1		1		1	
Possui plano odontológico		< 0,001		0,007		0,018
Não	0,84 (0,76-0,92)		0,56 (0,37-0,85)		0,59 (0,38-0,91)	
Sim	1		1		1	
Avaliação da última consulta odontológica						
Negativa	0,40 (0,21-0,78)	0,007				
Regular	0,68 (0,46-1,02)	0,06				
Positiva	1					
Autopercepção de necessidade de tratamento dentário		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Sim	0,77 (0,70-0,84)		0,39 (0,23-0,66)		0,35 (0,20-0,62)	
Não	1		1		1	

Fonte: elaboração própria.

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança; * Teste qui-quadrado de Pearson; a Regressão logística binária; b Exp (B) e IC 95%: Representa a mudança no status do desfecho a partir do aumento de um ponto na Escala de Discriminação no dia a dia; c Como esta categoria (amarela) não apresentou associação na OR bruta, apenas na OR ajustada no bloco, e a única categoria que apresentou associação na OR bruta (preta/parda) perdeu essa associação na OR ajustada no bloco, essa variável não foi incluída no modelo final da regressão logística.

Com relação ao desfecho ‘dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano’ (tabela 3), a hesitação na procura por serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (OR = 4,35; IC 95%:1,40-13,54, p = 0,011), à procura por serviços odontológicos

públicos (OR = 5,97; IC 95%:2,32-15,33, p = < 0,001) e a avaliação da última consulta odontológica negativa (OR = 5,49; IC 95%:1,31-22,89, p = 0,019) e regular (OR = 6,43; IC 95%:2,40-17,21, p = < 0,001) mantiveram associação no modelo final ajustado.

Tabela 3. Medidas de associação brutas e ajustadas para a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Bloco 1						
Identidade de gênero						
Mulher cisgênera	1,76 (0,68-4,54)	0,242	1,85 (0,69-4,99)	0,222		
Homem transgênero	7,84 (2,89-21,23)	< 0,001	6,36 (1,54-26,15)	0,01		
Mulher transgênera	5,62 (1,74-18,14)	0,004	4,60 (1,01-20,90)	0,048		
Não-binária/outra	4,50 (1,51-13,39)	0,007	4,85 (1,50-15,72)	0,008		

Tabela 3. Medidas de associação brutas e ajustadas para a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Homem cisgênero	1		1			
Orientação sexual						
Heterossexual	5,60 (2,28-13,77)	< 0,001				
Bissexual/assexual/outra	1,94 (0,94-3,98)	0,07				
Homossexual	1					
Bloco 2						
Renda familiar				< 0,001		
Até R\$ 2.400	37,50 (5,00-281,2)	< 0,001	29,24 (3,75-228,03)	0,001		
R\$ 2.401-R\$ 4.000	15,86 (2,01-124,77)	0,009	14,53 (1,83-115,27)	0,011		
R\$ 4.001-R\$ 7.000	5,08 (0,56-46,09)	0,148	4,51 (0,49-41,49)	0,183		
Acima de R\$ 7.001	1		1			
Escolaridade						
Até o ensino fundamental completo	21,28 (1,26-358,23)	0,034				
Até o ensino médio completo	4,04 (1,93-10,00)	< 0,001				
Ensino superior incompleto	2,34 (1,08-5,06)	0,03				
Ensino superior completo	1					
Bloco 3						
Escala de discriminação no dia a dia	1,06 (1,03-1,09)^b	< 0,001	1,06 (1,03-1,09)^b	< 0,001		
Bloco 4						
Discriminação nos serviços de saúde		< 0,001				
Sofreu	7,30 (1,78-29,83)					
Não sofreu	1					
Discriminação nos serviços odontológicos		< 0,001		0,001		
Sofreu	4,55 (2,33-8,87)		3,58 (1,67-7,68)			
Não sofreu	1		1			
Bloco 5						
Hesitação no uso dos serviços odontológicos		< 0,001		< 0,001		0,011
Sim	7,87 (4,46-13,89)		7,98 (3,18-20,04)		4,35 (1,40-13,54)	
Não	1		1		1	
Tipo de serviço odontológico procurado		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Serviço público	10,57 (5,34-20,93)		6,81 (2,68-17,28)		5,97 (2,32-15,33)	
Serviço particular/plano de saúde/outros	1		1		1	
Possui plano odontológico		0,003				
Não	3,95 (1,43-10,91)					
Sim	1					
Principal motivo da última consulta						
Odontalgia	4,46 (1,30-15,25)	0,017				
Exodontia	3,44 (1,13-10,52)	0,03				

Tabela 3. Medidas de associação brutas e ajustadas para a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Dificuldade no acesso aos serviços odontológicos no último ano						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Tratamento	2,77 (1,27-6,03)	0,01				
Outros	4,13 (1,05-16,25)	0,042				
Revisão e/ou prevenção	1					
Avaliação da última consulta odontológica						
Negativa	21,80 (7,16-66,34)	< 0,001	8,48 (2,18-32,94)	0,002	5,49 (1,31-22,89)	0,019
Regular	13,50 (6,11-29,79)	< 0,001	8,98 (3,46-23,32)	< 0,001	6,43 (2,40-17,21)	< 0,001
Positiva	1		1		1	
Autopercepção de necessidade de tratamento dentário						
Não	0,00 (0,00-)	0,996				
Sim	1					

Fonte: elaboração própria.

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança; * Teste qui-quadrado de Pearson; a Regressão de Poisson com variância robusta; b Exp (B) e IC 95%: Representa a mudança no status do desfecho a partir do aumento de um ponto na Escala de Discriminação no dia a dia.

Por sua vez, o ‘uso recente dos serviços odontológicos’ (tabela 4) manteve-se associado, no modelo final ajustado, apenas à procura por serviços odontológicos públicos (OR = 0,17;

IC 95%:0,07-0,41, $p = < 0,001$) e à avaliação da última consulta odontológica negativa (OR = 0,13; IC 95%:0,04-0,44, $p = 0,001$).

Tabela 4. Medidas de associação brutas e ajustadas para o uso recente dos serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Uso recente dos serviços odontológicos						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	pa	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	pa
Bloco 1						
Identidade de gênero						
Mulher cisgênera	0,69 (0,48-1,00)	0,55	0,76 (0,51-1,13)	0,176		
Homem transgênero	0,47 (0,26-0,83)	0,01	0,48 (0,23-1,02)	0,056		
Mulher transgênera	0,50 (0,27-0,93)	0,029	0,48 (0,22-1,03)	0,058		
Não-binária ou outra identidade de gênero	0,39 (0,23-0,65)	< 0,001	0,44 (0,25-0,77)	0,004		
Intersexo transgênero	0,36 (0,02-5,76)	0,467	0,35 (0,02-6,08)	0,474		
Homem cisgênero	1		1			
Orientação sexual		0,002				
Heterossexual	0,89 (0,72-1,09)					
Bissexual/assexual/outra	0,81 (0,72-0,91)					
Homossexual	1					

Tabela 4. Medidas de associação brutas e ajustadas para o uso recente dos serviços odontológicos por pessoas LGBTQIAPN+. Brasil, 2025

Uso recente dos serviços odontológicos						
Variáveis	OR Bruta (IC 95%)	p*	OR ajustada no bloco (IC 95%)	p ^a	OR ajustada no modelo final (IC 95%)	p ^a
Bloco 2						
Renda familiar		< 0,001		< 0,001		
Até R\$ 2.400	0,69 (0,60-0,80)		0,38 (0,23-0,61)	< 0,001		
R\$ 2.401-R\$ 4.000	0,81 (0,70-0,93)		0,52 (0,32-0,84)	0,008		
R\$ 4.001-R\$ 7.000	0,95 (0,84-1,07)		0,86 (0,52-1,41)	0,55		
Acima de R\$ 7.001	1		1			
Escolaridade		0,014				
Até o ensino fundamental completo	0,76 (0,44-1,31)					
Até o ensino médio completo	0,82 (0,69-0,97)					
Ensino superior incompleto	0,86 (0,76-0,97)					
Ensino superior completo	1					
Bloco 3						
Escala de discriminação no dia a dia	0,99 (0,97-1,00) ^b	0,06				
Bloco 4						
Discriminação nos serviços de saúde		0,007		0,008		
Não sofreu	1,16 (1,05-1,29)		1,65 (1,14-2,39)			
Sofreu	1		1			
Bloco 5						
Hesitação no uso dos serviços odontológicos		< 0,001				
Não	1,50 (1,24-1,83)					
Sim	1					
Tipo de serviço odontológico procurado		< 0,001				
Serviço público	0,79 (0,72-0,88)		0,18 (0,08-0,40)	< 0,001	0,17 (0,07-0,41)	< 0,001
Serviço particular/plano de saúde/outras	1		1		1	
Possui plano odontológico		< 0,001				
Não	0,77 (0,70-0,85)					
Sim	1					
Principal motivo da última consulta		0,011				
Odontalgia	0,70 (0,51-0,96)					
Exodontia	0,81 (0,64-1,01)					
Tratamento	1,02 (0,92-1,14)					
Outros	0,85 (0,62-1,17)					
Revisão e/ou prevenção	1					
Avaliação da última consulta odontológica		< 0,001				
Negativa	0,46 (0,29-0,72)		0,21 (0,07-0,69)	0,01	0,13 (0,04-0,44)	0,001
Regular	0,81 (0,69-0,94)		0,76 (0,30-1,93)	0,567	0,70 (0,27-1,80)	0,462
Positiva	1		1		1	
Autopercepção de necessidade de tratamento dentário		< 0,001				
Não	1,40 (1,28-1,53)					
Sim	1					

Fonte: elaboração própria.

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança; * Teste qui-quadrado de Pearson; ^a Regressão de Poisson com variância robusta; ^b Exp (B) e IC 95%: Representa a mudança no status do desfecho a partir do aumento de um ponto na Escala de Discriminação no dia a dia.

Discussão

A presente pesquisa fornece contribuições adicionais à compreensão do acesso de pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços odontológicos no Brasil, campo de estudo ainda incipiente^{11,27,28}, ao adicionar variáveis relativas à discriminação experienciada por essa população em diferentes contextos para compreender sua influência em relação aos desfechos de procura, dificuldade no acesso e uso recente dos serviços odontológicos. Dentre os resultados, destacam-se as associações entre a hesitação na procura por serviços odontológicos por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero e os desfechos relativos à procura e à dificuldade no acesso a esses serviços, bem como a associação entre a identidade de gênero e a procura pelos serviços odontológicos.

No entanto, apesar de as variáveis referentes à discriminação apresentarem-se associadas aos desfechos nas associações bivariadas e ajustadas no bloco, elas não se mantiveram associadas no modelo final da regressão logística. Um estudo qualitativo brasileiro encontrou resultados similares ao apresentar que, com base nos relatos colhidos, a discriminação sofrida por ser transgênero, como no uso indevido do nome de batismo, não impossibilita o acesso a serviços de saúde, pois adotam estratégias de enfrentamento, como a solicitação do direito ao uso do nome social e a busca pelos serviços de saúde com um acompanhante de confiança²⁹. Contudo, um estudo qualitativo distinto apresenta um contraponto ao identificar narrativas que indicam que, perante situações de discriminação dirigidas a minorias sexuais e de gênero, estas tendem a afastar-se dos serviços de atenção primária⁶.

Outros trabalhos quantitativos também confrontam esses resultados^{5,7}. Em uma investigação de corte transversal realizada no estado do Rio Grande do Sul, a prevalência de evitação no acesso a serviços de saúde foi 6,7 vezes maior entre indivíduos que sofreram discriminação em serviços de saúde⁵. Estudo com dados da

Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 observou uma associação entre a discriminação sofrida em serviços de saúde e menor uso de serviços odontológicos por motivos preventivos. No entanto, essa comparação deve ser cautelosa, visto que esse estudo investigou a população brasileira em geral e, portanto, não selecionou especificamente a população LGBTQIAPN+⁷. Fatores protetores, como suporte familiar e outros mecanismos de enfrentamento, adaptação e resiliência¹⁵, podem ser elencados como explicações para essa perda de associação.

Em contrapartida, a hesitação em frequentar esses serviços diante da percepção de estigma relacionado à identidade LGBTQIAPN+, variável que permaneceu associada à procura e à dificuldade no acesso a serviços odontológicos, pode ser considerada como uma forma de antecipação dessas vivências. Tanto a hesitação^{5,6,10} quanto o desconforto em frequentar os serviços de saúde^{5,12} foram observados em outras pesquisas com essa população.

Esse dado sinaliza que o estresse de minorias, representado pela antecipação de eventos negativos, como demonstrado em outras pesquisas relacionadas ao acesso a serviços de saúde^{4-6,10}, pode ser mais significativamente associado a questões relativas ao acesso aos serviços odontológicos do que à experiência discriminatória em si.

A percepção de desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde a respeito da população LGBTQIAPN+ e suas necessidades^{6,9,10,27} e a observação de tratamento diferenciado a usuários LGBTQIAPN+ por esses profissionais^{9,10,12} são fatores que podem influenciar esses sentimentos de hesitação e desconforto em relação aos serviços de saúde.

Estudos prévios indicaram que a população LGBTQIAPN+ reporta ser vítima de discriminação, ameaça e violência mais frequentemente que pessoas heterossexuais cisgêneras^{14,25}, mesmo em um país com elevada aceitação dessa população, como é o caso da Suécia¹⁴. No Brasil, essas pessoas apresentam mais que o dobro de chances de serem vítimas de violência em comparação a seus pares heterossexuais cisgêneros²⁵.

A falta de comparação com pessoas heterossexuais cisgêneras, tanto neste estudo quanto em estudos previamente conduzidos, é uma lacuna a ser preenchida na linha de pesquisa que investiga a associação da discriminação, da orientação sexual e da identidade de gênero ao acesso a serviços odontológicos no Brasil. Um estudo brasileiro, realizado com pessoas acima de 50 anos, apontou diferenças no acesso a serviços de saúde por pessoas LGBTQIAPN+ em relação a heterossexuais cisgêneras, ao identificar maior proporção das primeiras entre as pessoas com pior acesso aos serviços de saúde⁹.

A orientação sexual e a identidade de gênero perderam associação na regressão logística ajustada no bloco e no modelo final no presente estudo. Denota-se que, entre integrantes da comunidade LGBTQIAPN+, essas variáveis não influenciam o acesso a serviços de saúde, observação corroborada por um estudo brasileiro²⁵ e contrastada por outros^{11,27,30}. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América identificou que bissexuais apresentam maior prevalência de barreiras ao acesso a serviços odontológicos (30,1%) quando comparados a homossexuais e heterossexuais (19,2% e 19,3% respectivamente)³⁰.

Os dados referentes às pessoas não binárias ou de outras identidades de gênero refletem as vulnerabilidades de transgêneros no acesso a serviços de saúde, sinalizadas em estudos anteriores^{11,31}, mesmo em comparação a um grupo também marginalizado, como as pessoas cisgêneras de minorias sexuais e intersexo¹¹. Por sua vez, similarmente aos resultados encontrados na presente pesquisa, outros estudos brasileiros também não indicaram uma associação entre a dificuldade do acesso a serviços de saúde⁹ e odontológicos¹¹ e a cor ou raça autodeclaradas por pessoas LGBTQIAPN+^{9,11}.

Renda e escolaridade são fatores regularmente associados ao acesso a serviços odontológicos³². Na análise da regressão logística ajustada no bloco, a escolaridade perdeu associação à dificuldade no acesso aos serviços odontológicos e ao seu uso recente. Portanto, o fator financeiro aparenta ser mais

determinante para essa população específica, porque a sua elevada escolaridade não indica associação a melhores condições de renda².

Por outro lado, quanto ao desfecho da procura pelos serviços odontológicos no último ano, renda e escolaridade mantiveram associação no modelo final da regressão logística. Observou-se menor procura por esses serviços entre indivíduos com faixas de renda menores que R\$ 4.000 e que estudaram até o ensino fundamental completo. Um estudo brasileiro com pessoas LGBTQIAPN+ também identificou associação da dificuldade no acesso aos serviços de saúde, à renda e sua ausência em relação à escolaridade⁹.

A procura por serviços públicos odontológicos, mais prevalente entre mulheres e homens transgêneros, dado observado previamente¹¹, associou-se à maior dificuldade no acesso aos serviços odontológicos e à ausência do uso desses serviços no último ano. Esse é um problema crônico vivenciado por toda a população brasileira²⁹ e observado como associado à dificuldade no acesso a outros serviços de saúde por parte de pessoas LGBTQIAPN+^{9,11}.

Conforme detalhado na Declaração Cherries¹⁷, a validade externa do presente estudo pode ser parcialmente limitada pela sua condução suportada por um formulário *online*, que resulta em uma amostra por conveniência com ausência de representatividade da população total (devido a motivos como falta de acesso à internet ou de contato com as instituições que divulgaram a pesquisa por parte da população) e em um efeito de voluntário (decorrente da ‘autosseleção’ dos voluntários), e pela sub-representação de voluntários intersexo, de alguns grupos étnicos/raciais (indígenas e amarelos) e com menores graus de escolaridade, de usuários de serviços odontológicos públicos e com finalidade reabilitadora. Além disso, devido ao desenho transversal deste estudo, não se deve atribuir uma relação de causalidade a seus resultados.

A divulgação da pesquisa por instituições de defesa aos direitos de pessoas LGBTQIAPN+, predominantemente por meio virtual, pode

ter causado um viés de seleção de indivíduos mais engajados com essa temática e com níveis de escolaridade mais elevados. O viés de informação, devido à natureza sensível das perguntas do estudo, também constitui um fator limitante do presente estudo.

Apesar dessas limitações, a pesquisa verificou associações inéditas em relação ao acesso desse grupo minoritário a serviços odontológicos. Pessoas não binárias ou de outras identidades de gênero apresentaram menor procura por serviços odontológicos no último ano, e os LGBTQIAPN+ que hesitam em frequentar esses serviços por não sentir aceitação devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero também os procuraram menos frequentemente e apresentaram maior dificuldade em acessá-los.

Conclusões

Pode-se concluir que, apesar de a discriminação no cotidiano e no contexto de acesso aos serviços de saúde e odontológicos ser uma vivência comum na vida de pessoas LGBTQIAPN+, ela não foi o principal fator associado ao acesso aos serviços odontológicos.

No entanto, a hesitação em frequentar esses serviços por não se sentir aceito com base em sua orientação sexual e/ou identidade de

gênero, variável associada à procura e à dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, sugere um comportamento vigilante por parte de minorias sexuais e de gênero. Portanto, deve-se reforçar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com a finalidade de tornar os serviços de saúde mais inclusivos e acolhedores e reduzir os comportamentos de vigilância e hesitação nessa população. Em paralelo, deve-se atuar em variáveis relativas ao acesso a esses serviços pela população brasileira, a partir da ampliação da oferta de tratamentos odontológicos no SUS.

Contribuições de autoria

Guimarães IC (0000-0001-7000-4443)* contribuiu para concepção do estudo, coleta e análise de dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Domiciano ACB (0009-0005-8563-8760)* contribuiu para coleta e organização dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Leite ICG (0000-0003-1258-7331)* contribuiu para concepção do estudo, coleta e análise de dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*. 2021;11(1):2240. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
2. Spizzirri G, Eufrásio RÁ, Abdo CHN, et al. Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Sci Rep*. 2022;12(1):11176. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15103-y>
3. Torres JL, Gonçalves GP, Pinho AA, et al. The Brazilian LGBT+ Health Survey: methodology and descriptive results. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00069521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069521>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DCD, et al. Implementação da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190568. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>
5. Costa AB, Rosa Filho HT, Pase PF, et al. Healthcare needs of and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(1):115-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
6. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(8):2517-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
7. Junior OLDA, Menegazzo GR, Fagundes MLB, et al. Perceived discrimination in health services and preventive dental attendance in Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020;48(6):533-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12565>
8. Malta M, Jesus JG, LeGrand S, et al. 'Our life is pointless ...': Exploring discrimination, violence and mental health challenges among sexual and gender minorities from Brazil. *Glob Public Health*. 2020;15(10):1463-78. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1767676>
9. Crenitte MRF, Melo LR, Jacob-Filho W, et al. Transforming the invisible into the visible: disparities in the access to health in LGBT+ older people. *Clinics*. 2022;78:100149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100149>
10. Pinheiro TF, Carvalho PGC, Nolasco G, et al. Difficulties and advances in access to and use of health services by transgender women and travestis in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27(1):e240007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240007.supl.1>
11. Soares MO, Girianelli VR. Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+. *Saúde Debate*. 2023;47(1):8970. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18970P>
12. Tharp G, Wohlford M, Shukla A. Reviewing challenges in access to oral health services among the LGBTQ+ community in Indiana and Michigan: a cross-sectional, exploratory study. *PLoS One*. 2022;17(2):e0264271. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264271>
13. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
14. Bränström R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in physical health: age and gender effects in a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(2):289-301. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1116-0>
15. Scandurra C, Amodeo AL, Valerio P, et al. Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *J Soc Issues*. 2017;73(3):563-85. DOI: <https://doi.org/10.1111/josi.12232>
16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:559-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
17. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério Brasil 2024: critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2024.
19. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB BRASIL 2020 [acesso em 2025 abr 15]. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/projetosbbrasil2020CONSULTAPUBLICA.pdf>

20. Griep RH, Oliveira FEG, Aguiar OB, et al. Cross-cultural adaptation of discrimination and vigilance scales in ELSA-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;56:110. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004278>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: manual de entrevista [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52963>
22. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa [Internet]. São Paulo: CEDEC; 2021 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/AnexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf
23. Christian LM, Cole SW, McDade T, et al. A biosychosocial framework for understanding sexual and gender minority health: a call for action. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;129:107-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.004>
24. Panorama do Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
25. Vasconcelos NMD, Alves FTA, Andrade GND, et al. Violência contra pessoas LGB+ no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230005. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230005.supl.1.1>
26. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=-43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZC0BhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD-BwE&gclsrc=aw.ds
27. Almeida LE, Almeida PFS, Oliveira V, et al. Oral health-related quality of life in the LGBTIQ+ population: a cross-sectional study. *Braz Oral Res*. 2024;38:e041. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024-vol38.0041>
28. Prates SG, Jesuino RD, Paranhos LR, et al. Oral health self-perception for transgender people: a controlled cross-sectional study. *Biosci J*. 2021;37(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.14393/BJ-v37n0a2021-55794>
29. Monteiro S, Brigeiro M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00111318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>
30. Schwartz SB, Sanders AE, Lee JY, et al. Sexual orientation-related oral health disparities in the United States. *J Public Health Dent*. 2019;79(1):18-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12290>
31. Downing JM, Przedworski JM. Health of transgender adults in the US, 2014-2016. *Am J Prev Med*. 2018;55(3):336-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
32. Teixeira CNG, Pereira SMDS, Hilgert JB, et al. O uso dos serviços odontológicos no último ano na população brasileira: revisão sistemática com metanálise. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(4):1087-100. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.11452022>

Recebido em 04/09/2025

Aprovado em 26/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito. Os demais dados da pesquisa, não podem ser disponibilizados a pedido do parecerista do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e devido à afirmação de sigilo constante no parecer consubstanciado do Comitê

Suporte financeiro: bolsa de mestrado do autor Igor Campos Guimarães, subsidiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), sob número de processo 11654; bolsa de iniciação científica da autora Ana Carla Batista Domiciano, subsidiada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Pibic/CNPq), sob número de processo 174472/2024-2; Universidade Federal de Juiz de Fora

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

Biopolíticas de gênero e entraves na assistência ao aborto legal: autonomia reprodutiva em debate

Gender biopolitics and obstacles to legal abortion care: Reproductive autonomy under debate

Fernanda Teixeira de Barros Neta¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910444P

RESUMO Este ensaio é fruto de pesquisa de pós-doutorado em Psicologia, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal do Pará (UFPA), no período de abril de 2023 a maio de 2024. Pretendi fazer uma análise crítica sobre os direitos sexuais e reprodutivos a partir de problematizações sobre as políticas e práticas de saúde da mulher, em específico, sobre o aborto legal. Para tanto, como caminho metodológico, lancei mão da pesquisa documental, a partir da escolha de dois documentos publicados pelo organismo multilateral Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), e análise de cartilha do Grupo Curumim, uma organização não governamental (ONG) que atua na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente, de meninas e mulheres, para problematizar sobre os efeitos deletérios da pandemia da covid-19 no que tange ao acesso aos serviços de aborto legal. As principais dificuldades encontradas que dificultam a autonomia reprodutiva são: vazio assistencial; falta de informação e pouca visibilidade; deficiência na estrutura física dos hospitais; limite do tempo gestacional; objeção de consciência; valores morais e religiosos e a desconfiança da/do profissional com relação à palavra da paciente; formação insuficiente, falta de sensibilização e capacitação sobre atenção ao aborto.

PALAVRAS-CHAVE Direitos sexuais e reprodutivos. Aborto legal. Políticas de saúde. Saúde reprodutiva.

ABSTRACT This essay is the result of postdoctoral research in Psychology, carried out in the Postgraduate Program in Psychology at the Federal University of Pará (UFPA), from April 2023 to May 2024. The aim was to conduct a critical analysis of sexual and reproductive rights, based on problematizations of women's health policies and practices, specifically legal abortion. To this end, as a methodological approach, documentary research was used, based on the selection of two documents published by the multilateral organization United Nations Population Fund (UNFPA), and analysis of a booklet launched by the Curumim Group, a Nongovernmental Organization (NGO) that works to promote sexual and reproductive rights, especially for girls and women, to problematize the harmful effects of the COVID-19 pandemic on access to legal abortion services. The main difficulties encountered that hinder reproductive autonomy are: lack of care; lack of information and little visibility; deficiencies in the physical structure of hospitals; limit on gestational age; conscientious objection; moral and religious values and the professional's distrust of the patient's word; insufficient training, lack of awareness and training on abortion care.

KEYWORDS Reproductive rights. Abortion, legal. Health policy. Reproductive health.

¹Universidade Federal do Amapá (Unifap) - Macapá (AP), Brasil.
fernandatbn@gmail.com

Introdução

Este ensaio é fruto de pesquisa de pós-doutorado em Psicologia, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal no Pará (UFPA), no período de abril de 2023 a maio de 2024. Portanto, pretendi realizar uma análise crítica sobre a medicalização da sexualidade do corpo das mulheres, a partir de problematizações sobre as políticas e práticas de saúde, em específico, sobre o serviço de aborto legal. Para tanto, articulei discussões que tangenciam as temáticas de gênero, lutas feministas, colonialidades, medicalização, direitos sexuais e reprodutivos, autonomia sexual.

Direitos sexuais e reprodutivos e as reverberações nas políticas de saúde

A segunda onda do feminismo caracteriza-se por ter sido o momento do encontro do movimento com os estudos da mulher, com a história das mulheres, ao tornar visível aquela que fora ocultada – pois havia uma invisibilidade da mulher enquanto sujeito, uma ausência feminina nas ciências, nas artes, nas letras. Lançou luz para temas e problemáticas que, até então, não habitavam o espaço acadêmico. Ao abordar o cotidiano da família, da sexualidade, do ambiente doméstico, das emocionalidades, trouxe o caráter político sobre as vidas femininas. A discussão acerca de maior autonomia reprodutiva e sexual das mulheres (de quais mulheres?), sobretudo a partir do advento da pílula anticoncepcional, foi uma das pautas veementemente defendidas. Feministas ocidentais preocupavam-se em quando, como e se as mulheres queriam ter, e quantos filhos.

Como efeito, no ano de 1994, na Conferência de População e Desenvolvimento¹ da Organização das Nações Unidas (ONU), em Cairo, em 1995, na IV Conferência Mundial

sobre a Mulher², ocorre a promulgação dos direitos reprodutivos e sexuais, respectivamente, dentro do escopo dos direitos humanos. Estes se definem como:

Direito básico de todo casal e todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer [...]¹.

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência².

Em que pese não ser intenção deste trabalho se aprofundar sobre as condições de possibilidades, das lutas políticas, das articulações e alianças em torno da promulgação dos direitos acima, recorro, brevemente, às contribuições de Corrêa³ sobre os bastidores para analisar os efeitos sobre nossas políticas. Segundo a referida autora, na Conferência de Cairo, houve intermináveis negociações que pautaram a inclusão dos termos saúde sexual e direitos sexuais, contudo, foram eliminados do texto final, sendo retomados somente na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995. Sobre isso:

Na Conferência de Cairo a força motriz foi determinada pelas feministas envolvidas com saúde e direitos reprodutivos. Em Pequim, entraram em cena as redes lésbicas e a presença efetiva dos grupos gays só aconteceria a partir de 2001³(23).

No debate acerca dos direitos sexuais, a autora em tela traz o debate de que estes foram definidos com relação à saúde, pautados por um modelo biomédico, centrando-se em discussões sobre dispositivos da violência colonial/moderna, discriminações, coerções, não tendo espaço para discussões sobre o prazer, o exercício da autonomia, o que algumas

discussões contemporâneas vêm abordando sobre justiça erótica⁴. A importância de compreender esses bastidores implica analisar as escolhas e as reverberações em termos de políticas públicas instituídas no nosso País.

Em termos de políticas públicas de saúde, os direitos reprodutivos podem ser vistos nas políticas de acesso: aos métodos contraceptivos (preservativos, dispositivo intrauterino, laqueadura, vasectomia), ao planejamento reprodutivo, de atenção à gestação (pré-natal) e ao parto (humanizado e livre de violência obstétrica), atenção ao abortamento, à profilaxia referente à violência sexual e ao acesso ao aborto legal.

No Brasil, no que se refere à saúde reprodutiva da população negra, temos o dado histórico de que as mulheres negras escravizadas exerciam uma maternidade imposta pela conjuntura de estupro, ao mesmo tempo que seus úteros funcionavam como um ventre produtor de mão de obra escrava, principalmente, quando da proibição do tráfico transatlântico. A essas mulheres, foi negado o direito de maternar. Como uma forma contemporânea de violação dos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres negras foram vítimas de esterilização compulsória e cirúrgica na década de 1980, sob o discurso oficial de controle da natalidade e um discurso oficioso racista e eugênico de controle da criminalidade⁵.

Naquela década e na seguinte, houve uma campanha nacional contra a esterilização de mulheres negras, liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck, cujo lema era ‘Esterilização: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro’. O Ministério da Saúde (MS) realizou a pesquisa Nacional de Demografia em Saúde⁶ (1996), a qual revelou que 45% das mulheres negras em idade reprodutiva tinham passado por processo de esterilização, sendo que 20% delas não tinham 25 anos de idade. Segundo Damasco, Maio e Monteiro⁵, esse cenário tensionou o movimento feminista brasileiro e impulsionou o desenvolvimento do feminismo negro, a partir da indissociabilidade entre gênero e

raça, articulação tão bem deflagrada, estudada e escrita por pensadoras como Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro.

E, ainda hoje, como retrato da continuidade das violações desses direitos, segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas⁷ (UNFPA) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade⁸ (SIM), do DataSUS, as gestantes negras apresentam: maior risco de ter um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante durante o parto, peregrinação para o parto e maior possibilidade de receber anestesia local para a episiotomia; 71,4% das mortes maternas causadas por aborto inseguro e 61,2% das mortes maternas evitáveis são de mulheres negras.

É preciso problematizar a ideia subjacente dos direitos sexuais e reprodutivos como uma ‘escolha’, meramente, individual.

Estaríamos falando de uma autonomia reprodutiva ou uma tutela reprodutiva? Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1986), trazidos pela pesquisa de Damasco, Maio e Monteiro⁵, a pílula contraceptiva e a esterilização eram os dois métodos mais recorrentes entre as mulheres. Para Fonseca, Marre e Rifiotis⁹⁽¹³⁾, a noção de autonomia feminina “reforça sutilmente políticas neoeugênicas objetivando coibir a fertilidade de pessoas de certa classe e cor”.

As feministas e mulheres negras dos países do Sul e da América do Norte expandem as noções dos direitos reprodutivos como uma autonomia individual, e passam a falar em Justiça Reprodutiva, ampliando a discussão ao reconhecer as desigualdades e promover a justiça social. Assim, abrem espaço para que emergjam discussões sobre: mortalidade materna e perinatal, mutilação genital feminina, esterilização compulsória e indesejada, violência sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), acesso ao aborto seguro; discriminação de gênero, violência ginecológica, violência obstétrica, entre outras. Importa refletir que tão importante quanto o direito a não ter filhos é o direito de tê-los e criá-los em condições dignas. Atesta-se que necessidades sociais e questões estruturais (racismo, machismo, misoginia,

sexismo) podem impedir uma real ‘escolha’ sexual e reprodutiva. Nossa decisão não está atravessada por pressões, contextos culturais, socioeconômicos nos quais vivemos?

Tais problematizações nos levam a compreender a reprodução humana não como um fenômeno biológico, natural, como quiseram nos fazer acreditar. Há interesses biopolíticos, coletivos, forças políticas que perpassam o tecido social – questões de gênero, de sexualidade, de raça, de etnia, de mercado, de Estado, de regimes morais, de corporações médicas, de organismos internacionais, de economia, de controles legislativos que monitoram e controlam os comportamentos reprodutivos. Algumas antropólogas feministas têm usado o conceito de governança reprodutiva⁹.

Portanto, a concepção de gênero, de relações de gênero, são ferramentas política e analítica. No gênero, a prática social se dirige aos corpos, outrossim, as instituições e as práticas sociais são constituídas e constituintes das relações de gênero. Dessa forma, podemos e devemos conceber práticas de saúde generificadas.

Políticas de saúde da mulher (ou materna?) e a assistência ao abortamento

Evidencia-se que, no Brasil, o escopo da ‘saúde materno-infantil’ ganhou força na década de 20, reduzindo a saúde da mulher à saúde materno-infantil, atrelando-a à maternidade. Como se a única forma de a mulher ser cuidada, acompanhada por práticas e políticas de saúde fosse na performance de ‘mãe’. Tal prática estava condizente com os objetivos biopolíticos de controle sobre a reprodução humana e a construção de uma nação forte e sadia para o futuro do Brasil.

Tal direcionamento, por privilegiar essa política de saúde, a materno-infantil, ainda pode ser observado nas políticas mais atuais do MS. Um exemplo prático pode ser visto no lançamento da Rede Cegonha (instituído pela

Portaria nº 1.459, de 2011), a qual tinha como um dos objetivos:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses¹⁰.

A receptividade dessa política pelos movimentos feministas, de mulheres e da saúde não foi positiva e recebeu muitas críticas ao questionar o escopo do que seria a saúde integral da mulher e o reforço à maternidade compulsória.

Outro exemplo pode ser encontrado nas Residências Multiprofissionais ofertadas no estado do Pará, intituladas ‘Atenção à Saúde da Mulher e da Criança’, nas quais as(os) residentes, praticamente, não rodam em cenários de assistência referentes à saúde da mulher, mas, sim, em cenários que reafirmam que cuidar das mulheres se restringe à obstetrícia, ao pré-natal, ao parto e ao planejamento reprodutivo. Ao promover políticas, manuais, campos de atenção e ensino que se centralizam na mulher-gestante, mulher-puérpera, reduz-se a mulher à maternidade e anula-se o exercício de uma sexualidade que não seja para esse fim.

Nesse bojo, problemáticas de saúde, como controle do câncer de mama e do colo do útero, intercorrências ginecológicas, climatério, tratamento para aids e IST e violência sexual não recebem os mesmos holofotes. Vale ressaltar que, segundo relatório sobre ‘Estudo da Mortalidade de Mulheres, de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna’, produzido pelo MS¹¹ em 2006, as quatro principais causas de morte em mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos foram, respectivamente: neoplasias (24,4%), doenças do aparelho circulatório (19,6%), causas externas (15,5%) e doenças infecciosas parasitárias (12,5%). Os óbitos referentes a gravidez, parto e puerpério (3,3%) ocuparam o oitavo lugar.

A partir da minha vivência como psicóloga em hospital de referência em atenção à saúde da mulher e da criança no estado do Pará,

foi possível perceber que muitas mulheres atendidas em trabalho de parto nunca haviam feito o exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) ou o fizeram há muito tempo. O momento prioritário no qual a mulher encontra e acessa a saúde é na condição materna. Assim, nota-se a eleição da maternidade como foco de estratégia política na saúde.

Fazendo um contraponto como uma tentativa de tensionar o exposto acima, está tramitando no Senado Federal um projeto de lei que prevê que o tratamento para o climatério e a menopausa seja garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública de saúde da mulher, porém, caminhando ainda de forma muito tímida.

Apesar de ações que tentam ampliar a saúde da mulher para além do escopo da saúde materna, ainda se nota ausência de discussões e ações voltadas para refletir sobre algumas temáticas, a exemplo do aborto legal, o que reforça a contradição dentro do SUS acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

O Brasil ratificou e é signatário de tratados sobre os direitos sexuais e reprodutivos. O País não tem nenhuma legislação específica sobre educação sexual e, ao contrário, é atingido por uma onda conservadora que questiona a presença da educação sexual nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola; somam-se a esse cenário os números alarmantes de violência sexual sofrida por mulheres e o quantitativo expressivo de situações que configuram violência obstétrica, além do alto índice de gestações não planejadas.

Segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, referenciada em reportagem da BBC¹², realizada entre 2011 e 2012, 55% das gestações não foram planejadas no Brasil. Dados atualizados do Fundo de População das Nações Unidas (UFNPA)¹³ corroboram o exposto acima ao trazer o número de 21 milhões de gravidezes involuntárias em todo o planeta, anualmente. Destas, cerca de 60% terminam em aborto. O aborto é proibido e ilegal no Brasil, e, quando há a prerrogativa dos casos nos quais ele é legalizado, seu acesso é restringido pela falta

de informações, por poucos serviços ativos disponíveis, além de haver obstáculos para o acesso a métodos contraceptivos (sobretudo ao DIU e à esterilização voluntária – Lei nº 14.433/2022)¹⁴. Todas essas situações acima evidenciam a fragilidade para a efetivação desses direitos.

A criminalização do aborto opera como dispositivo de controle da sexualidade das mulheres, pois o significado da interrupção de uma gravidez questiona diretamente o imperativo da maternidade. É a própria figura da antinatureza. Todo esse pânico moral escamoteia o fato de que o aborto é um problema de saúde pública que se consolida como um desafio global mais negligenciado.

Conforme a Pesquisa Nacional do Aborto¹⁵, cerca de meio milhão de mulheres já cometeram um aborto em idade reprodutiva de até 40 anos, sendo que 67% têm filhos e 88% declararam ter alguma religião. Nota-se que o perfil das mulheres que abortam é o das ditas ‘mulheres comuns’, diferentemente de toda uma estratégia discursiva que quer caracterizá-las como monstruosas, desumanas. A criminalização do aborto é uma forma biopolítica de ‘deixar morrer’ e produzir o esquecimento dessas mulheres comuns.

Tais apontamentos demonstram que a ilegalidade do aborto não impede o seu acontecimento, mas impede que as mulheres (que não podem pagar) o façam de maneira segura. Tal ilegalidade arregimenta uma rede clandestina (venda de citotec, clínicas clandestinas, práticas invasivas e métodos perfurantes etc.) que envolve vários atores e interesses econômicos, que coloca em risco a vida da mulher, pois esta se submete à prática de abortos inseguros que podem levar à morte e/ou a danos à sua saúde, como aponta pesquisa de Diniz e Madeiro¹⁶. Segundo Santiago¹⁷, estima-se que 68.000 mulheres morrem, por ano, no mundo todo, em decorrência do aborto inseguro, fato esse que aponta para a manifestação de uma iniquidade social.

Todas as mulheres e/ou pessoas com útero pobres que, em algum momento, vivenciaram

o aborto, seja espontâneo ou autoprovocado, irão recorrer ao SUS, quer seja para acessar o Programa Aborto Legal, quer seja para tratar de um agravo à saúde em decorrência de um aborto inseguro (pessoas que chegam com hemorragia, com perfuração de órgãos e necessitam de acolhimento pós-abortamento). Portanto, é preciso articular gênero, raça e classe social como determinantes de saúde das mulheres para assegurar uma assistência de qualidade e trazê-la para uma discussão de cidadania.

É sabido que, no serviço público, as mulheres ficam à mercê da disponibilidade ou do posicionamento ideológico do profissional, mesmo quando buscam o atendimento alicerçado em um direito, que é o caso do aborto legal previsto em lei, e, nesses casos, são mais submetidas a um cuidado precarizado no âmbito da saúde, bem como a uma burocratização para acessá-lo. Um dos discursos bastante veiculados pelo imaginário social, e que está presente nas práticas de profissionais de saúde, baseia-se em julgamento moral acerca do livre exercício da sexualidade da mulher, segundo o qual ela ‘engravidou porque quis’ ou ‘por irresponsabilidade’. Tais discursos constroem a ideia de que a responsabilidade da contracepção é exclusivamente da mulher.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme destacado pelo MS¹⁸, todos os métodos contraceptivos são falíveis e podem levar a uma gravidez indesejada, sendo que, entre os disponíveis (esterilização feminina, DIU, uso de preservativos, coito interrompido, tabelinha, diafragma, hormonais orais e injetáveis), a esterilização masculina ocupa o lugar de menos falível. Curioso que o método mais eficaz é, justamente, aquele que depende do homem, sendo o menos usado e que tem menor divulgação e acesso em termos de criação de políticas públicas de saúde para tal fim.

Contudo, perante uma gravidez não desejada e com intenção de interrompê-la, são as mulheres que seguem sendo culpadas, criminalizadas quando do cometimento do aborto ilegal e mortas diante de um procedimento inseguro. Paradoxalmente, são os homens

que mais se recusam a usar preservativo, que praticam a sua retirada durante o ato sexual sem o consentimento da mulher (*stealthing*, que já figura como uma violência sexual), que forçam o sexo mesmo dentro de relações como namoro/casamento e que praticam o abandono afetivo paterno.

Diante de tais cenários, advoga-se que possamos ter pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como à autonomia sexual.

Uma das bandeiras de luta contemporâneas no Brasil em coletivos de mulheres, nos movimentos feministas e em articulação com alguns partidos políticos diz respeito à descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Inclusive, está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) uma ação apresentada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) pela liberação do aborto até a décima segunda semana, que está sob relatoria da ministra Rosa Weber, a qual leu seu parecer favorável na data de 22 de setembro de 2024, como último ato antes de sua aposentadoria.

Publicações, normativas e protocolos do aborto legal – caminhos metodológicos

Visando a um atendimento mais humanizado, o MS¹⁹ (MS) lançou uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento contendo diretrizes sobre assistência em saúde em todos os casos de abortamento, reforçando, sobretudo, o fato de que os profissionais de saúde que lidam com essa problemática devem pautar sua atuação pela égide do cuidado, do acolhimento, contrapondo-se à lógica da punição e da criminalização. Sobre isso, recentemente, em 14 de março de 2023, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) fixou entendimento de que o médico não pode acionar polícia para investigar aborto de paciente, prevalecendo o sigilo profissional.

Essa pesquisa visou, por meio da análise de documentos, a lançar problematizações sobre a medicalização da sexualidade e do

corpo das mulheres a partir da problemática do aborto legal, com vistas a refletir se e como aparece a discussão da interrupção voluntária da gestação prevista em lei. Em que medida esse direito tem sido assegurado? Como tem sido pensadas práticas de cuidado em saúde nessas situações? Quais têm sido as prescrições, orientações?

Para tanto, analisei dois documentos: o ‘Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações, e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde’²⁰; e ‘A pauta é: saúde sexual e reprodutiva das mulheres: um guia para compreender e comunicar melhor’²¹. Ambos os documentos foram publicados pelo organismo multilateral Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), sendo que o primeiro e o segundo tiveram parceria, respectivamente, do Projeto Enlace e do Instituto Patrícia Galvão.

O UNFPA é a agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões de desenvolvimento populacional, com foco nas áreas de saúde sexual, reprodutiva e igualdade de gênero.

O ‘Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações, e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde’²⁰ tem oitenta e uma páginas, foi escrito em parceria com o Projeto Enlace, o qual visa a reconhecer e fortalecer a atuação de enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizes, na perspectiva da promoção dos direitos humanos, dos direitos das mulheres e adolescentes e da saúde reprodutiva. Durante a leitura atenta e reflexiva, notou-se que ele é direcionado para os profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como centralidade as temáticas do parto, do nascimento e do planejamento reprodutivo, contribuindo para as ‘Boas práticas de pré-natal’ e assistência ao parto (fortalecendo o protagonismo da mulher); para a ‘Construção de um plano de parto’ e ‘Puerpério’.

É um documento potente no que tange às práticas de cuidado voltadas para a gestação

e o parto, contudo, em nenhum momento são abordadas as situações previstas em lei que configuram o aborto legal, nem sobre como acessá-lo, nem onde obter informações dessa natureza, nem como abordar mulheres, meninas e pessoas com útero que passam por gestações indesejadas. Há um emudecimento a esse respeito nessa cartilha, a qual apenas cita a existência desse direito, mas não se aprofunda.

Vale ressaltar que esse documento foi criado para ser um guia, um norte para a saúde sexual e reprodutiva, e, em sua apresentação, é dito que foram escolhidos assuntos estratégicos para assistência à saúde, porém, chama a atenção a não abordagem do aborto legal. Há o imperativo da valorização nas políticas de saúde dos úteros cheios em detrimento dos úteros vazios²², bem como uma prevalência da cisnormatividade, pois não é trazido para o debate como se daria o cuidado no ciclo gravídico-puerperal de pessoas trans que gestam.

Entendemos que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, é onde ocorrem as ações de promoção e prevenção em saúde. Sobre isso, a Anis – Instituto de Bioética e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade produziram uma cartilha, em 2021, intitulada ‘Gravidez Indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar’²³, a qual orienta como a APS pode ser uma estratégia de diálogo no cuidado humanizado à saúde integral das mulheres sobre todos os aspectos que envolvem a sua vida reprodutiva, incluindo o aborto legal.

O documento ‘A pauta é: saúde sexual e reprodutiva das mulheres: um guia para compreender e comunicar melhor’²¹ tem sessenta páginas, e pretendeu ser um ‘guia informativo para jornalistas e comunicadores/ras’ sobre como abordar algumas temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva na mídia.

O guia está dividido em seis eixos temáticos, quais sejam: A pauta é: Aborto; Câncer do Sistema Reprodutivo; Gravidez e Parto; IST; Planejamento Reprodutivo e Violência de Gênero. Na construção do texto de todas

essas pautas, é possível perceber uma leitura feminista, a partir de uma abordagem crítica, a qual busca evitar culpabilizações e propagação de preconceitos. Há uma abordagem específica com relação ao aborto, com dados atuais, informações confiáveis sobre a previsão do aborto legal no Brasil, e problematizando os abortos inseguros como uma grave violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

O acesso ao aborto legal durante e após a pandemia da covid-19: algumas problematizações

No que se refere à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a covid-19 foi uma ameaça também, pois, a partir da adoção de novos protocolos de segurança, os atendimentos dos serviços de planejamento reprodutivo foram paralisados ou diminuíram significativamente, em especial, nas situações que previam interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Sobre isso, a OMS lançou recomendação de que os serviços de aborto legal deveriam ser considerados essenciais e indispensáveis.

Apesar dessa recomendação, o MS no Brasil lançou a conflituosa e confusa Portaria nº 2.561/2020²⁴, a qual exigia que a polícia fosse acionada por médicos e demais profissionais da saúde de todos os casos confirmados ou com indícios de estupro; previa a guarda de material genético para exames de DNA; e indicava a visualização do feto por meio de ultrassonografia, sendo necessário o registro do desejo da gestante. Tal portaria mostrou-se um obstáculo ao acesso das mulheres ao serviço de aborto legal nos casos de violência sexual. Após diversas manifestações e movimentos contrários, ela fora revogada, no início de 2022, assim que houve a tomada de posse da nova Ministra da Saúde do governo Lula.

Políticas de saúde são construídas a partir de dados epidemiológicos, não pautadas por discursos moralistas e religiosos. Sobre o acesso

ao aborto legal, após 80 anos de previsão legal, desde o Código Penal de 1940, o Estado brasileiro não se mostrou capaz de apresentar uma resposta adequada para essa grave situação. São abortos inseguros, complicações e sequelas na saúde (hemorragia, perfuração de órgãos, infertilidade, infecções, óbitos de mulheres e maternos) que atingem as mulheres. Segundo dados epidemiológicos do MS²⁵, o aborto, no Brasil, aparece como a quarta causa de óbito materno.

Durante a vigência da pandemia de covid-19, tal quadro se agravou. O número dos serviços públicos em saúde é insuficiente, há escassez de serviços ativos, com barreiras de acessos dantescas – geográficas, de fluxos institucionais, burocráticas, recusa dos profissionais, que alegam objeção de consciência, morais, técnicas, de ausência de informação. Os entraves para a realização do aborto legal também estão nas entrelinhas.

Em 2021, o Grupo Curumim, uma Organização Não Governamental (ONG) feminista, fundada em 1989, que tem como missão desenvolver projetos relativos à temática da autonomia reprodutiva e do fortalecimento da cidadania e dos direitos sexuais e reprodutivos, lançou uma cartilha, cujo título era ‘Barreiras de acesso ao Aborto Legal na Bahia no período da pandemia da covid-19: 2020 e 2021’²⁶, elencando os principais entraves de acesso a esse direito. São eles: vazio assistencial; falta de informação e pouca visibilidade; deficiência na estrutura física dos hospitais; a curetagem como método mais utilizado em detrimento da Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) e do aborto ginecológico (estes últimos são os mais recomendados pela OMS); limite do tempo gestacional; objeção de consciência; valores morais e religiosos e a desconfiança da/do profissional com relação à palavra da paciente; formação insuficiente, falta de sensibilização e capacitação sobre atenção ao aborto.

Vazio assistencial

Pesquisa realizada por Madeiro e Diniz²⁷ atestou que, em 2015, havia, no Brasil, 68 instituições habilitadas para realização da

interrupção da gestação nos casos previstos em lei, entretanto, somente 37 dessas instituições realizavam, de fato, o procedimento. Dados mais atuais do DataSUS, de 2020, sinalizam a existência de 97 serviços de saúde cadastrados pelo MS.

No site ‘Mapa do Aborto’, segundo última atualização, em 28 de setembro de 2022, havia 132 equipamentos em saúde (entre hospitais, clínicas, centros de saúde e outros) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, 73 instituições são hospitais que realizam o aborto, e 20 que, apesar de cadastradas, não efetivam esse atendimento. Entre as instituições em saúde cadastradas, 9 (nove) estão na região Norte, tendo apenas uma no estado do Pará, na capital Belém – a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), desde 1997.

A FSCMP é a única instituição de saúde do estado do Pará na qual ocorre o Programa do Aborto Legal. Fato, por si só, que já questiona a acessibilidade e a garantia desse direito, visto que o Pará é um estado continental, com 144 municípios e diversas realidades regionais de dificuldades de acesso e deslocamento à capital. Em que medida esse direito tem sido assegurado?

Vale ressaltar que casos de baixa complexidade, que podem ser interrompidos via Amniotomia e uso de remédios, e que demandem uma estrutura menor, poderiam se realizar na APS. Dessa forma, facilitaria e ampliaria o acesso às mulheres que buscam esse serviço, pois, segundo dados de Farias e Figueiredo²⁸, 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a pessoa mora.

Falta de informações e pouca visibilidade

Nota-se um desencontro de informações sobre a interrupção voluntária da gestação prevista em lei. Poucas brasileiras têm acesso à informação quanto aos casos em que há previsão legal de aborto legal; muitas não sabem onde nem como buscar tais serviços; vários profissionais

da rede de saúde e socioassistencial também desconhecem os fluxos, os protocolos para orientar e viabilizar que as usuárias consigam acessar esse direito.

A título de exemplo, o próprio site da FSCMP não disponibiliza nenhuma informação acerca do Programa de Aborto Legal, apesar de ser a referência no assunto em todo o estado. Há um silenciamento proposital na circulação dessas informações, dificultando a autonomia reprodutiva e a dignidade das mulheres e pessoas que gestam. A pesquisa ‘Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil’, realizada pela Artigo 19²⁹, demonstrou que os órgãos de saúde pública fornecem poucas informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, principalmente sobre a temática do aborto legal.

Dessa maneira, a pesquisa identificou que i) apenas três sites dos 27 estados analisados, e um site municipal, dos 24 acessados, informam todas as situações em que a interrupção da gestação é legal; ii) diversos órgãos informam que o aborto é legal em casos de gravidez decorrente de estupro, mas não informam as outras situações em que o procedimento é permitido; iii) a maioria dos sites não publica lista de serviços ou unidades hospitalares com condições de oferecer suporte ao abortamento legal.

Há pouca ou quase nenhuma discussão sobre essa temática nos cursos de saúde de graduação, nos programas de residência médica e multiprofissional. Tendo em vista essa dificuldade, recentemente, a deputada federal Erika Hilton (SP-PSOL) apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 1.031/2024³⁰, que dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta de informações atualizadas, confiáveis e livres de estigmas sobre aborto legal nos serviços públicos que atuem junto às vítimas de violência sexual.

Fluxos institucionais e violência de gênero institucional

A porta de entrada para o serviço de aborto legal do hospital referência no Pará é a triagem, e, nesse setor, encontram-se as emergências

obstétricas, as quais seguem a classificação de risco, assim, diante de gravidezes de alto risco, partos prematuros, patologias obstétricas, as mulheres, meninas e pessoas que gestam que vêm em busca do serviço de abortamento previsto em lei não são prioridade, sendo comum a demora no atendimento.

Sobre isso, está em curso a construção de novos protocolos pela equipe, em parceria com o comitê de humanização da referida instituição, para que revejam o fluxo de atendimento nesses casos, desde a porta de entrada a todo o caminhar da mulher até sua saída do hospital, pois sabe-se que, além da burocracia inicial, há situações de negligência e violência ao longo do processo – como é o caso do longo tempo de espera para fazer a curetagem, por exemplo; ou, ainda, quando a mulher é obrigada a ouvir os batimentos cardíacos fetais enquanto é examinada, ou quando é interpelada por falas que tentam dissuadi-la de sua decisão. Percebem-se práticas de compulsoriedade da maternidade, de valorização dos úteros cheios, mesmo diante de vivência de útero vazio. Nunca é demais ratificar que não existe protocolo de elaboração de luto perinatal nos casos de aborto legal por violência sexual, isto é, esse protocolo que contém diretrizes de apoio para famílias que tiveram perdas gestacionais e/ou óbitos fetais – a exemplo dos rituais de despedida do bebê, a criação de memórias, vestir, carregar e tirar fotos com o bebê – só se aplica àquelas que vivenciaram natimortos, mortes neonatais e perdas gestacionais.

Paralelamente, pesquisas como a de Cruz³¹, Diniz e col.³² e Viana³³ apontam que, nos serviços de saúde que prestam a assistência ao abortamento legal, notadamente, nos casos de violência sexual, notam-se atendimentos arraigados de valores religiosos, julgamentos morais e práticas tutelares sobre o corpo feminino, onde há suspeição da narrativa da mulher. Conforme pesquisa de Giugliani et al.³⁴⁽⁹³⁾, “de todos os permissivos legais para a interrupção da gravidez prevista em lei hoje no Brasil, o que

encontra menos adesão pelos profissionais da saúde é o aborto por violência sexual”.

Nos casos de violência sexual, não é exigido o boletim de ocorrência para a condução do procedimento, contudo, observa-se que a mulher precisa provar que é vítima por meio de sua narrativa. Opera-se uma lógica pericial a partir do nexos causal, no qual a história relatada precisa estar de acordo com a idade gestacional, que é comprovada por meio do exame de ultrassonografia. Se, originalmente, a ultrassonografia era solicitada para definir a melhor conduta clínica, subliminarmente, tem servido para descredibilizar o testemunho da mulher e funciona como prática de inquérito pela verdade do estupro.

Vale ressaltar que, para conseguir acessar e efetivar o direito de interrupção de gestação nos casos previstos em lei, existe um protocolo composto por cinco documentos que precisam ser preenchidos, ou seja, não é simples para as mulheres acessarem o serviço. São eles:

1. Termo de relato circunstanciado;
2. Parecer técnico;
3. Termo de consentimento livre;
4. Termo de responsabilidade;
5. Termo de aprovação do procedimento de interrupção da gestação.

Objeção de consciência

A objeção de consciência consiste na negativa dos profissionais médicos em executar procedimentos os quais vão contra suas crenças pessoais. Não é incomum que tal negativa venha acompanhada de discursos que tentem dissuadir as mulheres de suas decisões de interrupção da gestação. Essa prática se torna uma violência institucional de gênero quando a instituição não prevê em seu quadro funcional outros médicos que o façam sem prejuízo para

meninas, mulheres e pessoas que gestam que buscam o serviço. Isto é, na prática, temos visto muitas usuárias terem que retornar outro dia para que seu procedimento seja efetivado.

Nota-se que, para acessar e garantir esse direito, as mulheres passam por uma verdadeira via-crúcis. Em todos os níveis de saúde (primária, secundária e terciária), a problemática do aborto autoprovocado e do acesso ao aborto legal figura como uma das principais formas de violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Giugliani et al.³⁴⁽⁸⁶⁾ corroboram essa ideia ao dizer que “parece haver dificuldade em compreender esse tipo de procedimento como um cuidado em saúde necessário dentro dos direitos sexuais e reprodutivos”. É preciso realizar um trabalho de garantia de direitos dessas mulheres, acionar ouvidorias, movimentos sociais para tensionar tais situações.

Limitação de 22 semanas de gestação

Fixar uma limitação de idade gestacional (22 semanas ou até 500g) para a realização do aborto legal é um parâmetro clínico e obstétrico que está de acordo com o entendimento de que, até 500g, trata-se de um abortamento, e, acima disso, já se trataria de um feto, sendo reconhecido como Óbito Fetal Intrauterino (Ofiu) nos casos de morte intraútero. Contudo, a legislação que regulamenta, no Brasil, a previsão de interrupção da gestação, o Código Penal de 1940³⁵, não prevê idade mínima gestacional para realização do procedimento. Do mesmo modo, a OMS, no documento ‘Diretriz sobre cuidados no aborto: um resumo’, de 2022, recomenda a descriminalização total do aborto e desaconselha leis ou outras regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites da idade gestacional.

Sabe-se que a justiça sexual e reprodutiva é um campo de batalha constante para tentar assegurar o mínimo de garantia desses direitos. Há muitos e muitas que querem e legislam sobre os corpos das mulheres. O ataque mais recente a tais direitos, no que tange ao aborto legal, fora a

Resolução nº 2.378/2024³⁶, do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em 03 de abril de 2024, a qual ‘Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro’. A assistolia fetal é uma técnica clínica segura, reconhecida e recomendada pela OMS para a interrupção de gestações previstas por lei acima de 22 semanas.

Essa resolução é discriminatória, ao impor restrições ao aborto legal a milhares de meninas e mulheres vítimas de violência sexual e estupro que buscam a assistência tardiamente. Cabe questionar por que a proibição se daria somente nesses casos? Qual a razão para proibir uma técnica em particular? Por que submetê-las à manutenção de uma gestação compulsória, privando-as do acesso ao procedimento e da assistência em saúde por vias legais? A resposta deveria ser científica, mas é moral.

Sabe-se que, mesmo nos casos previstos em lei, há uma dificuldade dantesca de acessar esse direito. Com tal resolução, diminui-se a proteção da saúde e a dignidade, bem como aumenta-se, sobremaneira, a possibilidade de que essas meninas, mulheres e pessoas que gestam tenham seus direitos violados, além de produzir sofrimentos.

Após a promulgação da resolução, houve intensas mobilizações da sociedade civil, de movimentos feministas, organizações de mulheres e de deputadas federais. Alguns desses atores são a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Anis Bioética e as deputadas federais Sâmia Bomfim e Erika Hilton, ambas do PSOL de São Paulo. Estas últimas deram entrada a uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 1.141) no STF solicitando a inconstitucionalidade de tal regulamentação. Paralelamente, o Ministério Público Federal cobrou explicações ao CFM sobre o veto ao procedimento.

No mais recente capítulo dessa história, a Justiça Federal suspendeu, em 18 de abril de 2024, a resolução e conferiu ao CFM cinco dias para sua manifestação. Em 27 de abril, o

CFM conseguiu na Justiça o restabelecimento da resolução mantendo a proibição do procedimento. E, em 17 de maio de 2024, o ministro do STF, Alexandre de Moraes, determinou a suspensão da resolução do CFM. Como reverteração dessa resolução, já há estabelecimentos de saúde que realizavam o aborto legal sendo fechados. Diante desse cenário, o Brasil está sendo acusado na ONU de violações aos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerações finais

Este ensaio trouxe como inquietação tensionar os direitos sexuais e reprodutivos, em especial, o aborto legal previsto em lei, tendo em vista que ter acesso a esse procedimento, seguro, pautado na ética do cuidado, é um fator de proteção psíquica e de redução do dano emocional. Sobre isso, a Universidade da Califórnia, de São Francisco, realizou o ‘Estudo Turnaway’³⁷, pesquisa longitudinal que objetivou descrever as consequências sobre a saúde mental, física e socioeconômica de fazer um aborto, em comparação com a manutenção da gravidez indesejada até o fim. Resultados preliminares apontam: o principal sentimento experienciado pelas mulheres foi de alívio; o aborto não causa depressão, ansiedade ou baixa autoestima em longo prazo; e 95% das participantes relataram que ter interrompido a gestação foi a decisão correta. Dessa forma, evidencia-se que garantir o cumprimento desse direito é fundamental para promoção de saúde mental.

Compreendendo que saber, poder e subjetivação se enredam, e sendo a Psicologia um saber-subjetivação que promove processos de subjetivação, de normalização e, portanto,

produz igualmente seu oposto, ou seja, processos de psicopatologização, constituindo sujeitos e emocionalidades, trazemos para o debate as contribuições de Gonzaga²², a qual nos convida a implicar a psicologia para fenômenos reprodutivos demasiadamente biológicos – aborto, gravidez, maternidade, amamentação, esterilização compulsória, violências ginecológicas e obstétricas –, que foram, até então, alheios à ciência e à profissão psicológica.

Na sociedade patriarcal, as funções reprodutivas não foram lidas como potenciais existenciais, afetivas e simbólicas. Quem escuta os ‘contratempos reprodutivos’? Engravidar ou não? Parir ou não? Amamentar ou não? É preciso saber ouvir as mulheres falarem sobre as hemorragias, sobre os alívios, sobre o medo da dor do parto, sobre solidão, desamparo, sobre não desejo de amamentação, sobre como querem parir, sobre abortos. É preciso construir uma “psicologia que entenda o útero como parte e não como todo, e mulheres como sujeitos, não como úteros”²²⁽²⁰²⁾.

Advogamos que as maternidades possam ser vividas sempre como decisão, não como destino, e que nós, mulheres, possamos ter, de fato, o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Se não há o poder de tomar as decisões sobre o nosso próprio corpo, não há democracia. Portanto, é fundamental que a defesa pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos seja um problema de todas e todos!

Contribuições de autoria

Barros Neta FT (0000-0003-0192-5868)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994 [Internet]. 1994 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>
2. Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher [Internet]. Pequim; 1995 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao-pequim1.pdf>
3. Corrêa S. O percurso global dos direitos sexuais: entre “margens” e “centros”. *Rev Bagoas Estud Gays Gênero Sex.* 2009;3(4):17-42.
4. Bonan C. Saúde coletiva, gênero e sexualidade: prática para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero. *Saúde Debate.* 2023;47(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18683P>
5. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975 a 1993). *Estud Fem.* 2012;20:133-151.
6. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
7. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório situação da população mundial 2023: 8 bilhões de vidas, infinitas possibilidades: em defesa de direitos e escolhas [Internet]. 2023 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2023-ptbr-web.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
9. Fonseca C, Marre D, Rifiotis F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horiz Antropol.* 2021;(61):7-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300001>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 27 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
11. Ministério da Saúde (BR). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
12. Passarinho N, Franco L. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. *BBC News Brasil* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>
13. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório situação da população mundial 2022: vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>
14. Presidência da República (BR). Lei nº 14.433, de 4 de agosto de 2022. Institui a campanha Agosto Lilás e o Programa de Cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 ago 5 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14433.htm
15. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National abortion survey – Brazil, 2021. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(6):1601-1606. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>
16. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e o aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(7):1795-1804.
17. Santiago RC. Saúde da mulher e aborto. In: Maia MB, organizador. *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto.* Belo Horizonte: Autêntica; 2008.

18. Ministério da Saúde (BR). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
19. Ministério da Saúde (BR). Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
20. Fundo de População das Nações Unidas. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org>
21. Fundo de População das Nações Unidas. A pauta é: saúde sexual reprodutiva das mulheres – um guia para compreender e comunicar melhor [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org>
22. Gonzaga PRB. Sobre úteros que sangram e mulheres inteiras: uma aposta que a Psicologia pode – e deve – ser feminista, antirracista e decolonial. In: Gonzaga PRB, Gonçalves L, Mayorga C, organizadores. Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto. Belo Horizonte: CRP-MG; 2019. p. 190-204.
23. Anis – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na atenção primária à saúde: as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. 2ª ed. Brasília, DF: Letras Livres; 2024.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.561, de 24 de setembro de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2020 set 25 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-24-de-setembro-de-2020-279185038>
25. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e da vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
26. Grupo Curumin. Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da covid-19: 2020 e 2021. Salvador: ISC/UFBA; 2023.
27. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(2):563-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
28. Farias V, Figueiredo P. 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a mulher mora. G1 [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://g1.globo.com>
29. Article 19. Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil [Internet]. São Paulo: Article 19; 2018 [acesso em 2026 mar 30]. Disponível em: https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2018/12/AbortoLegalTranspare%C8%82ncia_Reduzido.pdf
30. Hilton E. Projeto de Lei nº 1031/2024. Dispõe sobre a obrigatoriedade de oferta de informações sobre aborto legal nos serviços públicos que atuem junto às vítimas de violência sexual [Internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2024 [acesso em 2025 maio 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2424101>
31. Cruz CRP. Assistência às mulheres que sofreram violência sexual: debates em um serviço de profilaxia e abortamento previsto em lei [dissertação na Internet]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2018 [acesso em 2026 março 26]. Disponível em: <https://logosamazonico.com.br/tese/assistencia-a-saude-das-mulheres-que-sofreram-violencia-sexual-debates-em-um-servico-de-profilaxia-e-abortamento-previsto-em-lei/>
32. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev Bioét. 2014;22:291-298.
33. Viana FJM. Serviços de atendimento do aborto legal. In: Maia MB, organizador. Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica; 2008.
34. Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, et al. Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.

35. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1940 dez 31 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm
36. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.378, de 21 de março de 2024. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 abr 3 [acesso em 2025 maio 10]; Seção I:1. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2378>
37. Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH). Turnaway study: mental health outcomes [Internet]. Oakland (CA): University of California, San Francisco; 2018 [acesso em 2026 mar 30]. Disponível em: https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental_health_issue_brief_7-24-2018.pdf
-
- Recebido em 30/03/2025
Aprovado em 13/02/2026
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

Amazônia em disputa: COP-30, contradições estruturais e os impactos no Sistema Único de Saúde

Amazonia in Dispute: COP30, structural contradictions and impacts on Brazil's Unified Health System

Nádile Juliane Costa de Castro¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910675P

RESUMO A trigésima Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP-30) traz à tona estratégias a serem adotadas pelo Sistema Único de Saúde em cenários de massa e intensificação de fluxos humanos. A Amazônia emerge como território em disputa, onde interesses globais colidem com necessidades locais de saúde. Fundamentado na determinação social da saúde e em uma perspectiva crítica do Sul Global, este ensaio teórico-reflexivo problematiza como relações de poder e interesses econômicos condicionam prioridades de investimento, perpetuam a exclusão sanitária estrutural e limitam a sustentabilidade ambiental, a vigilância territorializada e a cogestão democrática. Está organizado em dois eixos: (1) o Sistema Único de Saúde frente a eventos de massa e suas contradições estruturais; e (2) desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada diante de demandas globais, necessidades locais e crises climáticas. A realização da COP-30, na Amazônia, à semelhança de megaeventos anteriores, tende a reproduzir uma lógica de intervenções voltadas à visibilidade internacional e desvinculadas das demandas históricas, e reflete o confronto entre dois projetos antagônicos: a perpetuação da lógica colonial-extrativista e a construção de alternativas baseadas em justiça sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Mudança climática. Sistemas de saúde. Serviços de saúde. Eventos de massa. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT The 30th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change (COP30) brings to the fore strategies to be adopted by Brazil's Unified Health System (SUS) in the context of mass gatherings and intensified human mobility. The Amazon emerges as a contested territory, where global interests collide with local health needs. Grounded in the Social Determination of Health and a critical Global South perspective, this theoretical-reflective essay problematizes how power relations and economic interests shape investment priorities, perpetuate structural health exclusion and constrain environmental sustainability, territorialized health surveillance and democratic co-management. The essay is organized into two axes: (1) the Unified Health System in the face of mass gatherings and its structural contradictions; and (2) challenges of financing, sustainability, and territorialized surveillance amid global demands, local needs and climate crises. The hosting of COP30, in the Amazon, similar to previous mega-events, tends to reproduce a logic of interventions geared toward international visibility and disconnected from historical demands, revealing a confrontation between two antagonistic projects: The perpetuation of a colonial-extractive logic and the construction of alternatives grounded in health justice.

KEYWORDS Climate change. Health systems. Health services. Mass gatherings. Public health surveillance.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.
nadiledecastro@hotmail.com

Introdução

Este estudo analisa as contradições que emergem na escolha da Amazônia brasileira como palco da trigésima Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP-30). Para além da aparente neutralidade tecnológica desse encontro global, evidencia-se como o evento expressa e potencialmente reconfigura os conflitos geopolíticos e socioambientais pelo controle dos territórios e recursos amazônicos¹, sob o discurso da mitigação e adaptação às mudanças climáticas². A COP-30, como espaço de negociação do Acordo de Paris, materializa tanto as desigualdades estruturais entre Norte e Sul Global quanto as contradições internas do Estado brasileiro em sua relação histórica com a Amazônia e seus povos e populações^{1,2}.

A escolha do município-sede para a COP-30, portanto, expressa uma lógica geopolítica que reproduz a subordinação histórica desse território ao sistema capitalista^{1,3}. Em 2022, foi oficialmente confirmada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a cidade de Belém, estado do Pará, no Brasil, situada na Amazônia³. É uma região que desperta interesses internacionais: projetos de créditos de carbono, atividades mineradoras e iniciativas conservacionistas transnacionais.

Isso ocorre em virtude do seu ecossistema, sua sociobiodiversidade, posição periférica estratégica no sistema econômico global e importância geopolítica¹. Configura-se como um território em constante disputa e com diferentes atores, os quais incluem grandes corporações transnacionais, governos estrangeiros, movimentos sociais locais e povos indígenas, atores em disputa pela governança territorial².

Em 2023, a realização simultânea da Cúpula da Amazônia oficial, restrita a chefes de Estado e representantes dos países da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), e dos ‘Diálogos Amazônicos’, evento paralelo com participação popular, evidenciou a contradição fundamental entre a governança tecnocrática

internacional, marcada pelo predomínio de agendas técnicas globais e participação restrita de atores locais, em oposição à cogestão democrática^{2,3}, que enfatiza o protagonismo popular. Essa contradição expressa a disputa entre diferentes projetos de Amazônia¹: ora como ‘estoque de carbono’ e ativo financeiro no mercado global de compensações climáticas¹, ora como território de vida e resistência dos povos originários e das comunidades tradicionais³.

O projeto de transição climática representado pela COP-30 está longe de ser neutro. Ao contrário, aprofunda as injustiças e o racismo socioambiental¹. Enquanto grandes corporações identificam oportunidades de lucro por meio dos créditos de carbono, as populações amazônicas vivenciam deslocamentos forçados e a apropriação de seus saberes e territórios sob o pretexto de iniciativas de conservação². Esse processo de racismo socioambiental afeta de forma desproporcional povos indígenas e comunidades tradicionais. Para compreender plenamente essas dinâmicas, é necessário adotar uma perspectiva que não separe saúde, clima e injustiça em esferas isoladas, mas as analise como fenômenos historicamente determinados pelas relações capitalistas que estruturam a região.

Este estudo tem como objeto de análise as potenciais transformações no Sistema Único de Saúde (SUS) diante da realização da COP-30, em Belém do Pará, com ênfase em três dimensões específicas: a reconfiguração político-sanitária da vigilância em saúde ambiental e territorial como expressão das disputas pelo controle do espaço amazônico¹; as contradições estruturais de uma rede assistencial estruturada sob subordinação histórica às dinâmicas capitalistas, e agora tensionada por demandas excepcionais; e a disputa pela democratização da governança sanitária^{4,5}, em um cenário onde interesses econômicos hegemônicos¹ confrontam as necessidades de condições materiais e sociais de reprodução das populações amazônicas^{6,7}.

Embora o estudo focalize, principalmente, o período atual de preparação para a COP-30

(2024-2025) e as possíveis implicações imediatas no SUS até o biênio seguinte (2026-2027), é necessário situar brevemente essas contradições no contexto histórico estrutural da relação subordinada da Amazônia com o sistema capitalista. A Amazônia foi progressivamente incorporada a diferentes regimes de exploração: durante o período colonial, como espaço vazio a ser conquistado; no desenvolvimentismo militar, através de projetos de infraestrutura que significaram deslocamentos forçados e violência contra povos indígenas¹; e, atualmente, pela lógica da financeirização da natureza, entendida como o processo pelo qual recursos naturais e serviços ecossistêmicos são transformados em ativos financeiros comercializáveis em mercados globais¹.

Essas questões permitem interpretar a COP-30 menos como inflexão e mais como rearranjo contemporâneo de padrões históricos de subordinação da Amazônia, agora recobertos por retóricas de legitimidade ambiental e compromisso climático. As contradições do SUS durante a COP-30 não se restringem à conjuntura do evento, mas expressam determinações estruturais que atravessam expressões histórico-estruturais e disputas contemporâneas, discutidas ao longo deste ensaio.

Diante da magnitude do evento e do histórico de desigualdades na região¹, questiona-se se a COP-30 conseguirá produzir transformações estruturais permanentes na rede de saúde do município-sede ou se resultará em benefícios localizados e efêmeros direcionados a interesses econômicos internacionais². A relevância deste estudo fundamenta-se na identificação de uma lacuna significativa de investigações que abordem ações estratégicas por meio do SUS frente a eventos de massa⁸⁻¹⁴ como a COP-30, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades históricas como a Amazônia^{6,7}.

Essa indagação se torna ainda mais pertinente quando se observa uma escassez de estudos⁸⁻¹⁴ que analisem como grandes eventos internacionais podem tanto acentuar contradições estruturais do sistema de saúde⁸

quanto abrir oportunidades para discussões sobre contradições dialéticas¹⁵. Raramente, a literatura examina de forma crítica: relações de poder, interesses econômicos, participação social e construção de legados sanitários. Também são limitadas as investigações sobre transformações na vigilância em saúde¹⁶ em cenários de crise climática⁸, nos quais se exige a integração das dimensões epidemiológica, ambiental e territorial.

Este estudo contribui, assim, para o debate sobre o fortalecimento da democracia sanitária e da justiça social em saúde em contextos de eventos de massa globais⁸⁻¹⁴, considerando as demandas historicamente negadas às populações amazônicas^{6,7} e as possibilidades de fortalecimento do SUS¹⁷ como sistema universal, integral e equitativo em territórios periféricos diante do capitalismo global¹.

Diante dessas lacunas, este estudo se orienta por três questões fundamentais que permeiam a análise: Como a COP-30 reflete e pode reconfigurar as contradições estruturais do SUS na Amazônia, considerando as tensões entre demandas excepcionais do evento e necessidades historicamente determinadas pela exploração colonial-capitalista? De que forma as relações assimétricas de poder econômico e político que permeiam a organização do evento condicionam as prioridades de investimento em saúde, e como a participação social pode incidir nesse processo para garantir um legado sanitário? Quais transformações na vigilância em saúde e na governança do SUS podem emergir dessa experiência, contribuindo para um modelo que integre as dimensões epidemiológica, ambiental e territorial em contextos de crise climática?

Essas questões são analisadas sob a perspectiva da determinação social da saúde^{18,19}, compreendendo que as transformações no SUS decorrentes da COP-30 não se constituem como processos meramente técnicos ou administrativos¹⁷, mas como expressões dialéticas do modo de produção capitalista na Amazônia¹⁻³. Portanto, este estudo fundamenta-se na perspectiva da determinação

social da saúde^{18,19}, e não na abordagem dos determinantes sociais.

Enquanto esta última fragmenta a realidade em fatores isolados, a determinação social compreende o processo saúde-doença como fenômeno social historicamente determinado¹⁸. Nessa perspectiva, as iniquidades em saúde na Amazônia^{6,7} não resultam de fatores isolados, mas da inserção subordinada desse território na divisão internacional do trabalho e das práticas coloniais¹, que condiciona tanto os processos de adoecimento quanto as possibilidades de resistência e transformação³.

Adota-se, neste ensaio, compromisso ético-político com a defesa integral do SUS^{4,5,20,21} como política de Estado, reconhecendo que eventos internacionais como a COP-30 devem estar articulados com a garantia do direito universal à saúde e à superação das profundas iniquidades estruturais em saúde que ainda caracterizam o território amazônico⁷, historicamente marcado por projetos de desenvolvimento que privilegiam a acumulação de capital¹, em detrimento da vida e da saúde de suas populações.

Percurso metodológico

Este estudo constitui-se como ensaio teórico-reflexivo, cujo objetivo é construir uma interpretação crítica, com orientação teórico-metodológica da determinação social da saúde^{18,19}. Nesta abordagem, a saúde é compreendida como produto histórico de relações sociais, atravessadas por conflitos e assimetrias de poder, requerendo leitura dialética da totalidade social, de suas mediações institucionais e de suas territorializações.

A estratégia metodológica combinou mobilização articulada de referenciais teórico-críticos e interlocução com literatura de referência sobre SUS, Amazônia, mudanças climáticas, eventos de massa e COP-30, priorizando produções contemporâneas e referências latino-americanas e amazônicas utilizadas como suporte argumentativo, sem

pretensão de exaustividade. A análise seguiu procedimento crítico-interpretativo baseado na identificação de contradições²² e mediações que articulam níveis^{18,19} estruturais (modelo de desenvolvimento, Estado, financiamento e produção de desigualdades), particulares (arranjos federativos, governança do SUS e organização regional da rede e da provisão de serviços) e singulares/territoriais (vulnerabilidades e conflitos socioambientais e sociopolíticos no território amazônico).

No plano conceitual, o ensaio assume a determinação social da saúde como eixo estruturante da análise, e articula-se, como mediação analítica, com aportes de ecologia política²³, ao examinar as disputas de poder, racionalidades e conflitos socioambientais que estruturam a apropriação da natureza, a distribuição desigual de riscos e danos, e seus efeitos sobre a vida e a saúde em territórios marcados por assimetrias. O ensaio ancora-se, também, na justiça ambiental na Amazônia, tomada como critério para interpretar a distribuição desigual de danos, e na invisibilização de populações. E nas epistemologias do Sul^{4,5,20}, como posicionamento epistemológico que orienta a valorização de saberes situados e a crítica às hierarquias de conhecimento.

Essa articulação permite compreender as contradições do SUS diante da COP-30³ não como questões técnico-administrativas isoladas, mas como expressões históricas das relações sociais que configuram a formação social amazônica¹ e condicionam, de modo desigual, as possibilidades de efetiva democratização e justiça social em saúde^{4,5} em territórios periféricos.

A construção dos dois eixos analíticos que estruturam este ensaio deriva da aplicação da perspectiva da determinação social da saúde¹⁸ ao contexto específico da COP-30 na Amazônia^{2,3}, estruturada pela articulação entre dimensões estruturais, institucionais e territoriais que condicionam a efetividade do direito à saúde.

O primeiro eixo – contradições estruturais e dialéticas do SUS no contexto frente a eventos

de massa – emerge da necessidade de compreender como as contradições históricas do sistema público de saúde se expressam e se intensificam diante de demandas excepcionais, revelando as tensões dos direitos sanitários formalizados, porém, frequentemente não realizados.

O segundo eixo – desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada – é entendido como prática sanitária que incorpora as dinâmicas sociais, políticas e ambientais específicas dos territórios, rompendo com visões tradicionais limitadas à dimensão epidemiológica²⁴. Essa divisão analítica, embora didática, preserva a compreensão dialética da totalidade, compreendendo ambos os eixos como expressões articuladas das mesmas contradições estruturais da formação social amazônica¹. A análise foi conduzida por síntese interpretativa orientada à apreensão da totalidade social, evitando leituras fragmentadas do fenômeno.

O Sistema Único de Saúde frente a eventos de massa e suas contradições estruturais

Esta seção dedica-se a analisar contradições estruturais e os desafios histórico-políticos enfrentados pelo SUS em contextos de grandes eventos internacionais, especialmente à luz de seus princípios – universalidade, integralidade e equidade –, que não são apenas normativos, mas expressões políticas do projeto de Reforma Sanitária brasileira que entende a saúde como direito e resultado das condições históricas de vida e trabalho.

Em megaeventos internacionais, como a COP-30, tais princípios do SUS, particularmente, a equidade e a orientação por necessidades territoriais, tendem a ser tensionados¹⁸ pelas relações estruturais do capitalismo e pela inserção subordinada de territórios periféricos como a Amazônia¹. Configura-se, assim, uma conjuntura sobredeterminada²², na qual prioridades sanitárias locais podem ser subsumidas

por uma racionalidade de excepcionalidade e visibilidade global, reordenando agendas, investimentos e dispositivos de governança.

Considerando a dimensão política e territorial da Amazônia, evidencia-se a necessidade de examinar como o SUS pode efetivamente promover a atenção à saúde diante das tensões entre demandas excepcionais de visitantes internacionais e as necessidades historicamente condicionadas. Nesse horizonte, coloca-se como desafio a consolidação de formas de cogestão democrática²¹ e de uma vigilância em saúde orientada pelo território, cuja análise será aprofundada no eixo seguinte, como mediação concreta para enfrentar a produção desigual de riscos e iniquidades na região^{6,7}.

Nesse processo, produzem-se e intensificam-se dinâmicas de vulnerabilização, pois as decisões de planejamento e investimento operam por seletividade territorial, favorecendo zonas de alta visibilidade político-midiática, em detrimento de populações periféricas urbanas, povos e comunidades tradicionais. Para compreender essa dinâmica, considera-se a lógica colonial-capitalista na Amazônia, reproduzida estruturalmente pelas políticas públicas^{4,5,20-22}, em diálogo com as colonialidades²⁴ que definem quem participa das decisões, quais racionalidades são legitimadas e quais necessidades permanecem sistematicamente despriorizadas.

Nesse sentido, os eventos de massa – esportivos, religiosos, culturais ou científicos – atraem grandes contingentes populacionais e geram impactos sobre saúde, segurança pública, mobilidade urbana e hospedagem⁸. Longe de serem neutros, reordenam fluxos urbanos, padrões de consumo, intensificando a produção social de riscos e a redistribuição desigual de danos. Configuram-se como conjunturas críticas em que se explicitam mecanismos^{18,19,23} estruturais de exploração econômica, dominação política e desigualdades socioambientais, aprofundando processos de vulnerabilização e injustiça ambiental.

Ao colocar a Amazônia sob os holofotes internacionais², a COP-30 pressiona gestores a

apresentar resultados rápidos e de alto impacto político-midiático, o que tende a privilegiar intervenções hospitalocêntricas e tecnocêntricas^{11,12,25}, orientadas por respostas emergenciais e indicadores de performance imediata. Esse deslocamento de prioridades frequentemente reforça uma lógica de ‘vitrine’, na qual a excepcionalidade do evento reorganiza o planejamento ordinário e territorializado do SUS, deslocando o cuidado longitudinal e a Atenção Primária à Saúde (APS) para um segundo plano, com potencial de intensificar iniquidades historicamente produzidas.

O efeito estrutural dessa racionalidade é a intensificação de iniquidades, sobretudo quando a mobilização extraordinária de recursos para atender visitantes e agendas internacionais se contrapõe à incapacidade histórica de assegurar cobertura cotidiana e contínua às populações amazônidas. Essas iniquidades, social e historicamente produzidas²² e politicamente sustentadas, expressam a determinação social da saúde em dimensões dialeticamente articuladas¹⁸.

Na dimensão estrutural, a COP-30 materializa as contradições do capitalismo contemporâneo e sua crise socioecológica. Na dimensão particular, evidencia-se como esses vetores se traduzem em arranjos federativos e regimes de governança do SUS que operam por seletividade territorial, reordenando prioridades, investimentos e a organização regional da oferta; na dimensão singular/territorial, tais processos se materializam nos corpos e territórios das populações através da precarização histórica dos serviços de saúde, barreiras de acesso e violações de territorialidades, em contextos atravessados por vulnerabilização. Nessa materialização concreta, compromete-se, também, a reprodução social do cuidado²⁶, entendida como a sustentação cotidiana da continuidade do cuidado por redes comunitárias, trajetórias e tempos sociais, ao fragilizar percursos e arranjos que viabilizam a assistência nos territórios.

Essas determinações materializam-se concretamente no cotidiano do SUS amazônico,

por meio da precarização sistemática do acesso e das profundas barreiras territoriais historicamente produzidas – em itinerários terapêuticos interrompidos, consultas não realizadas, medicamentos indisponíveis e distâncias intransponíveis, como os desafios geográficos e logísticos. Em conjunturas como a COP-30, a tendência de concentração de investimentos em centros urbanos para dar resposta ao evento pode intensificar a desigualdade de acesso em regiões remotas⁷, aprofundando iniquidades sanitárias já existentes.

Sob a perspectiva da cidadania sanitária²², priorizar acesso equitativo significa reconhecer as condições históricas de exclusão que afetam populações indígenas, comunidades tradicionais e periferias urbanas de Belém, cujo direito à saúde frequentemente se expressa mais como princípio formal do que como efetividade cotidiana. Essa assimetria não é contingencial, mas resulta de determinações estruturais que atravessam o Estado e o território, incidindo sobre a reprodução social da vida e da saúde¹⁸.

A análise da reprodução social da vida sob condições estruturais de exploração capitalista¹⁸ revela que, na atual crise de legitimidade do modelo de desenvolvimento, a COP-30 se insere e opera como mais um dispositivo do capital global ao reorganizar prioridades¹. Na Amazônia, isso se materializa na expropriação epistemológica e mercantilização dos saberes tradicionais de manejo sustentável para valorização mercantil da natureza como ‘capital natural’, enquanto populações originárias são expropriadas e seus direitos sanitários se precarizam.

Em suma, ao privilegiar valores de troca (visibilidade internacional e intervenções midiáticas e tecnológicas), em detrimento de valores de uso (cuidado integral, vínculo territorial, medicina tradicional integrada)¹⁸, sem a observância da equidade e dos saberes locais, a COP-30 escancara as contradições estruturais do modelo de atenção hegemônico do SUS na Amazônia, fragilizando ainda mais o acesso integral à saúde das populações tradicionais.

Nessa chave, a universalidade, integralidade e equidade não constituem princípios isolados, mas expressam uma unidade dialética que materializa as tensões históricas entre o projeto civilizatório da Reforma Sanitária^{4,5} – cidadania ativa, participação social e saúde como direito – e as determinações estruturais do capitalismo – valorização da eficiência técnica, do mercado de serviços e modelos fragmentados. A perspectiva da realização da COP-30 intensifica essas contradições, revelando como cada princípio, longe de ser meramente normativo, constitui campo de disputa²² entre diferentes projetos de sociedade.

A universalidade constitucional confronta-se com a universalidade real bloqueada pelas relações sociais que configuram o território amazônico¹⁹. A experiência de eventos anteriores¹¹ sugere que essa contradição tende a se acentuar durante a COP-30²⁷, pois a região que historicamente não assegura atenção básica receberá investimentos voltados ao público internacional, aprofundando injustiças sanitárias^{22,27}. Essa contradição expressa a inserção subordinada da Amazônia na divisão internacional do trabalho e da natureza¹, condicionando estruturalmente o acesso aos serviços de saúde.

A realização da COP-30 pode intensificar esse descompasso ao priorizar ações de alta visibilidade tecnológica, como o monitoramento epidemiológico em tempo real voltado ao evento, quando dissociadas de fortalecimento permanente da cobertura básica para comunidades amazônicas. Em experiências anteriores²⁸, esse tipo de resposta episódica reforçou a fragmentação do cuidado e aprofundou desigualdades de acesso, sobretudo em territórios historicamente atravessados^{1,24}.

Nessa disputa, a preparação da COP-30 explicita essa disputa estrutural²⁵ e expressa um antagonismo: a alocação dos recursos extraordinários em discussão pode tanto reforçar a modernização conservadora do modelo assistencial vigente, que aprofunda iniquidades estruturais, quanto abrir possibilidades para fortalecer alternativas contra-hegemônicas baseadas na justiça socioambiental.

A experiência de megaeventos anteriores no Brasil^{9,28} demonstra que, sem a participação efetiva das comunidades amazônicas na governança do evento e na definição dos critérios de alocação dos investimentos, há forte tendência de que a equidade permaneça como princípio formal que encobre a reprodução ampliada das iniquidades históricas e estruturais²². Os movimentos sociais amazônicos já alertam³ para o risco de que os preparativos reproduzam padrões históricos de exclusão.

Historicamente, grandes eventos no Brasil têm sido marcados por déficits críticos na articulação intersetorial e no planejamento integrado territorial – isto é, na articulação real entre poder público e comunidades –, gerando infraestruturas temporárias que logo são desmontadas, sem beneficiar estruturalmente as comunidades locais²⁸. Os exemplos da Copa do Mundo de 2014 e das Olimpíadas de 2016 são emblemáticos nesse sentido, ilustrando como promessas oficiais de legados permanentes se traduziram em benefícios efêmeros direcionados, principalmente, ao atendimento emergencial de visitantes estrangeiros, reforçando a marginalização das populações periféricas^{9,29}.

Embora medidas emergenciais sejam necessárias para responder às demandas excepcionais da COP-30, elas não devem deslocar o fortalecimento estruturante e territorializado do SUS, sob risco de produzir respostas pontuais sem continuidade e sem redução das iniquidades históricas^{4,5}.

Para que a excepcionalidade do evento não reforce a lógica de ‘vitrine’ e seletividade territorial do investimento, torna-se necessária uma governança participativa e territorialmente situada, com envolvimento de gestores do SUS, controle social e lideranças comunitárias, capaz de pactuar critérios de alocação de recursos orientados pela justiça socioambiental e pela equidade^{1,5}. Nesses termos, o legado da COP-30 deve ser compreendido como transformação estrutural e permanente da rede pública, vinculando investimentos à APS, à organização regional da oferta e à capacidade

pública de resposta às desigualdades e vulnerabilidades do território amazônico⁴.

Outro aspecto fundamental a ser considerado são os impactos socioespaciais relacionados à realização de eventos internacionais, que vão além da dimensão física das cidades, e incidem diretamente sobre as condições sociais de produção da saúde³⁰. Como mecanismo de vulnerabilização territorial, processos de remoção e reconfiguração territorial não apenas deslocam comunidades vulnerabilizadas, mas rompem redes sociais essenciais ao cuidado integral, rompendo itinerários terapêuticos, fragilizando a continuidade assistencial e ampliando as iniquidades historicamente produzidas.

Tais processos exacerbam as iniquidades socialmente produzidas que se expressam no campo da saúde²¹, criando territórios onde se concentram populações vulnerabilizadas e aprofundando a desterritorialização forçada como expressão da subordinação histórica da Amazônia¹ em prol dos interesses econômicos associados ao evento. No plano institucional, esses impactos se agravam quando a organização regional do SUS não se fortalece de modo permanente^{4,5}.

Na Amazônia, esses desafios adquirem contornos ainda mais críticos devido ao subfinanciamento crônico do SUS⁷, combinado à logística imposta pela rede hidrográfica, à rica diversidade cultural e às vulnerabilidades socioambientais já destacadas na Cúpula da Amazônia de 2023³. Esse arranjo territorial opera como mediação concreta da injustiça socioambiental, revelando a relação entre colonialismo, racismo ambiental e lógica extrativista¹, e limitam a capacidade de o sistema absorver as demandas adicionais geradas por megaeventos, escancarando as contradições estruturais do modelo hegemônico econômico frente ao SUS.

As contradições estruturais do SUS na perspectiva da COP-30 tendem a evidenciar as tensões históricas entre o ideal normativo⁵ e as condições reais enfrentadas cotidianamente pelas populações amazônidas. A preparação do evento, simultaneamente, expõe e pode

intensificar tais contradições, criando uma clara justaposição entre a capacidade extraordinária de mobilização de recursos pontuais para atender visitantes internacionais e as limitações históricas de financiamento, governança e organização regional da oferta para assegurar acesso cotidiano universal aos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, o SUS amazônico torna-se campo privilegiado para observar como grandes eventos internacionais podem reforçar ciclos perversos de precarização sanitária ou, alternativamente, servir como oportunidade de transformação estrutural da saúde pública na região, desde que haja compromisso político explícito com os princípios fundamentais da justiça social e da equidade^{21,22}.

Desse modo, as contradições evidenciadas no contexto de eventos de massa não se explicam apenas por falhas de gestão, mas por mediações estruturais^{19,22} que governam a produção e a distribuição de recursos no SUS em territórios historicamente subfinanciados e socioambientalmente vulnerabilizados. É nesse terreno que se articulam os desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada: não como tema apartado, mas como expressão concreta das mesmas determinações que, sob a COP-30, sobredeterminam prioridades, reordenam investimentos e reconfiguram a capacidade de resposta do sistema às necessidades locais e às crises climáticas.

Desafios de financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada no SUS frente às tensões entre demandas globais, necessidades locais e crises climáticas

Esse núcleo aprofunda, no plano das mediações político-institucionais, como a COP-30, enquanto conjuntura sobredeterminada, e

reordena prioridades e recursos do SUS amazônico, tensionando financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada³¹. Delimitam-se três contradições estruturantes¹⁸: a tendência histórica de megaeventos privilegiarem visibilidade internacional; a priorização de infraestrutura temporária, em detrimento do fortalecimento da APS; e a exclusão dos povos e populações tradicionais dos espaços decisórios sobre investimentos sanitários.

A Carta de Belém selou compromissos entre países da OTCA (Organização do Tratado de Cooperação Amazônica), Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela, para o desenvolvimento sustentável, revelando as contradições da ruptura metabólica entre sociedade e natureza²³ na Amazônia. Nesse sentido, a Amazônia é recolocada no centro geopolítico sem transformações reais nas relações de poder que definem suas condições materiais²². No campo, essa contradição se expressa na celebração da valorização simbólica como ‘pulmão do mundo’, enquanto se aprofunda a expansão do agronegócio sobre territórios tradicionais,¹ revelando como a dimensão simbólica do discurso ambiental pode ocultar as determinações estruturais do modelo de desenvolvimento capitalista-colonial¹⁸.

A versão final da Carta de Belém excluiu a contribuição da sociedade civil amazônica, demonstrando o caráter unilateral dos compromissos assumidos^{2,3}. Essa exclusão é reveladora da persistência de um modelo de decisão tecnocrático e verticalizado, que ignora as vozes locais mesmo quando os territórios em questão são colocados no centro do discurso internacional. Romper esse padrão colonial implica adotar cogestão²¹, garantindo que cada investimento da COP 30 seja precedido de consulta vinculante às populações afetadas, transformando-as de espectadoras em protagonistas.

A COP 30 expõe o paradoxo amazônico: Belém concentra o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) municipal do estado (R\$

33,4 bilhões), enquanto mantém-se entre as 10 cidades com piores índices de saneamento básico³² e opera através da exclusão sistemática dos sujeitos amazônicos dos processos decisórios. Diante a COP-30, Belém é mobilizada como capital simbólico nas negociações climáticas, mas suas urgências sanitárias permanecem invisibilizadas na alocação de investimentos e na definição do que conta como legado sanitário. Reverter essa racionalidade implica disputar uma agenda sanitária da COP-30, assegurando que as prioridades locais orientem os investimentos globais.

O padrão de financiamento orientado por visibilidade midiática e por respostas episódicas compromete o planejamento integrado do SUS, ao deslocar recursos para intervenções de curto prazo e baixa sustentabilidade institucional. A ausência de estratégias pactuadas, contínuas e territorializadas reduz a capacidade de organização regional da oferta e enfraquece a consolidação das redes de atenção, sem articulação com as necessidades permanentes das populações^{5,21}. Em vez de fortalecer as redes de atenção, esses fluxos tendem a reforçar iniquidades historicamente produzidas²², concentrando-se em regiões de maior interesse político ou midiático.

Experiências anteriores, como a Rio+20, indicam que, quando a participação social não incide efetivamente sobre a definição de prioridades e sobre o controle democrático dos recursos públicos, os legados tendem a ser frágeis e pouco sustentáveis para os sistemas locais de saúde²⁵. Nesse arranjo, os conselhos de saúde podem ser reduzidos a instâncias formais de acompanhamento, sem capacidade real de disputar critérios de alocação orçamentária⁵, reproduzindo a lógica episódica dos investimentos e limitando sua conversão em fortalecimento permanente^{4,5} da rede pública no território.

A efetivação da participação social esbarra em arranjos político-institucionais que tendem a esvaziar os espaços deliberativos, convertendo-os em instâncias de legitimação de decisões já tomadas. Esse padrão se agrava

na Amazônia, onde as dimensões territoriais e a diversidade sociocultural impõem desafios à inclusão democrática. A permanência de conflitos socioambientais e o distanciamento entre gestores e comunidades comprometem a construção democrática da saúde²², pois restringem a incidência real de vozes historicamente silenciadas sobre o processo decisório. Nessa perspectiva, democratizar a saúde implica instituir estratégias participativas territorialmente situadas, capazes de reconhecer as assimetrias históricas de poder e de produzir decisões vinculadas às necessidades concretas dos diferentes territórios amazônicos⁷.

Superar esse bloqueio requer reconfigurar os arranjos participativos na Amazônia por meio de formatos itinerantes e territorialmente situados de deliberação em saúde. Essa proposta se baseia em implementar os barcos-sede de cogestão itinerante, percorrendo as calhas dos rios da região, em um movimento contra-hegemônico, subvertendo a lógica extrativista e centralizadora que explora os territórios e seus minérios. Na medida em que subverte a centralização decisória e reconhece o território, seus modos de circulação e vida, toma-se como condição de possibilidade para a cogestão democrática no SUS.

Tal orientação reconhece os movimentos sociais e povos tradicionais como produtores legítimos de conhecimento sanitário. A cogestão, como método de gestão articulado entre saber técnico e saber popular, constitui caminho para romper as relações verticalizadas²¹. No contexto da COP-30, isso significa instituir diálogos entre povos dos terreiros, benzedeiros, pajés, parteiras, erveiros e agentes comunitários, para que tenham assento paritário com epidemiologistas e gestores nos territórios em que a dinâmica fluvial determina o acesso, a continuidade do cuidado e a vigilância territorializada³¹.

A COP-30 configura um cenário de processos críticos de determinação¹⁹, marcado por interações entre processos socioambientais e institucionais que atravessam a produção

do adoecimento. O fluxo populacional temporário torna visíveis as fragilidades da vigilância em saúde em regiões de desproteção histórica pelo Estado, especialmente quando a dinâmica fluvial e as barreiras de circulação condicionam acesso e resposta sanitária. A identificação precoce e o enfrentamento das determinações do adoecimento exigem, portanto, uma abordagem crítica interdisciplinar e intersetorial da saúde coletiva, em consonância com a vigilância territorializada³¹.

Na Amazônia, a lógica colonial-extrativista opera como mediação estruturante da determinação social da saúde, ao priorizar a acumulação e a mercantilização do território em detrimento da proteção social e da capacidade pública permanente. Nesse ensaio, a sustentabilidade é concebida como sustentabilidade forte do SUS no território: fortalecimento da capacidade pública instalada, valorização da sociobiodiversidade e reorientação de prioridades do SUS para enfrentar injustiça socioambiental e vulnerabilização. Trata-se de integrar os princípios do SUS às condições concretas do território amazônico⁷, assegurando respostas culturalmente situadas às populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas historicamente desassistidas¹⁻³.

A vigilância participativa frente aos investimentos associados à COP-30 constitui um elemento central para a democratização do uso do fundo público, sobretudo pela urgência de transparência e pactuação territorial de prioridades. A institucionalização de mecanismos participativos de acompanhamento, desde o planejamento até o pós-evento, fortalece a construção democrática da saúde²² e amplia o controle social sobre o processo decisório. Essa abordagem se alinha à ideia de reforma sanitária como processo social, no qual eventos estratégicos devem catalisar transformações estruturais e permanentes na relação entre Estado, território e sociedade no campo da saúde⁵.

O legado sanitário da COP-30 – entendido como mudanças estruturais duradouras e positivas na organização, no acesso e financiamento

do SUS local, capazes de atender a demandas históricas das populações amazônicas – não será definido pelas declarações oficiais ou pelos documentos técnicos internacionais. Ele se constituirá na disputa política em torno dos sentidos e usos dos recursos públicos mobilizados para o evento, bem como dos critérios de alocação de recursos no território amazônico^{2,3}.

Nessa perspectiva, a COP-30 pode ser lida como conjuntura crítica²² que reordena prioridades, intensifica disputas por recursos e torna explícitas as assimetrias históricas. O legado do evento, portanto, não se define por enunciados técnicos, mas pela correlação de forças⁵ entre projetos antagônicos: de um lado, a lógica da urgência e visibilidade que captura investimentos em respostas episódicas; e de outro, a possibilidade de converter recursos extraordinários em capacidade pública permanente, especialmente na APS e na organização regional da oferta, mediante financiamento redistributivo^{4,5}, sustentabilidade forte e vigilância territorializada³¹.

Os impactos socioespaciais desses eventos são contraditórios, embora possam promover intervenções urbanas e mudanças em práticas sociais locais, e, frequentemente, aprofundam desigualdades preexistentes, por meio da reconfiguração territorial e da disputa por espaços urbanos⁹. No pós-evento, tende a ocorrer o abandono de estruturas temporárias, inflacionamento de preços, aumento da produção de resíduos e remoção de populações vulneráveis das áreas centrais, acentuando a segregação socioespacial. Esses processos operam como mediações que fragilizam redes comunitárias, deslocam itinerários cotidianos e produzem barreiras adicionais ao acesso e à continuidade do cuidado, afetando de forma desproporcional as periferias¹⁵.

Além disso, a intensa circulação internacional de pessoas durante a COP-30 impõe desafios epidemiológicos complexos, especialmente em territórios com vulnerabilidades estruturais como a Amazônia¹². A mobilidade tende a ampliar a pressão sobre a vigilância

e a resposta sanitária local, intensificando riscos de introdução e circulação de agravos e expondo limitações históricas de capacidade instalada.

Nesse contexto, agravos como infecções respiratórias e doenças endêmicas persistentes podem ter sua dinâmica tensionada pela sobrecarga de fluxos e serviços. No caso do açaí (*Euterpe oleracea*), os riscos se articulam a condições de trabalho, armazenamento, transporte e processamento frequentemente marcadas por informalidade e baixa capacidade regulatória, o que demanda respostas territorializadas e intersetoriais de prevenção e controle³³.

A vigilância em saúde deve, portanto, superar o enfoque em ameaças externas para enfrentar as determinações estruturais locais, por meio de vigilância que observe condições de vida e processos produtivos¹⁹. Isso pode ser operacionalizado por meio de indicadores que articulem: condições ambientais (qualidade da água e pressões de desmatamento e contaminação); trabalho e produção (jornadas dos carregadores portuários, exposição a agrotóxicos, acidentes em serrarias); moradia e infraestrutura (palafitas em áreas de risco, ausência de saneamento, superlotação); e segurança alimentar (contaminações e perdas associadas a eventos climáticos). Esses indicadores permitem captar a determinação social do adoecimento como expressão do metabolismo sociedade-natureza no território.

Esses processos devem ser compreendidos em sua articulação dialética, não como fatores isolados¹⁹, pois expressam como formas hegemônicas de organização econômica na Amazônia¹ geram, simultaneamente, a destruição ambiental, a precarização social e o adoecimento coletivo.

Nesse contexto, a COP-30 tende a tensionar ao limite a rede assistencial amazônica, evidenciando como respostas pontuais e protocolos podem prevalecer sobre investimentos permanentes em saúde. A experiência recente da pandemia³⁴ mostrou que, quando o enfrentamento é reduzido a planos de contingência

e distribuição episódica de insumos, reforça-se uma racionalidade que individualiza por riscos coletivamente produzidos e reconfigura a proteção básica em mercadoria inacessível.

Superar essa abordagem paliativa exige reconhecer que a principal ‘contingência’ na Amazônia não é o evento em si, mas o subfinanciamento crônico e a precarização estrutural que atravessam o SUS^{35,36}. Nesses termos, a COP-30 escancara a lógica colonial-extrativista¹ que transforma saúde em mercadoria, e território em *commodity*, e rebaixa a saúde a uma resposta episódica, mas também pode abrir uma janela política para reorientar financiamento, sustentabilidade e vigilância territorializada como instrumentos de justiça sanitária e reparação histórica. O que está em disputa, portanto, é se o evento produzirá capacidade pública permanente ou apenas excepcionalidade de curto prazo.

Considerações finais

A realização da COP-30 na Amazônia constitui uma conjuntura que intensifica e revela as contradições estruturais do SUS em territórios periféricos. A atenção política temporária e os investimentos extraordinários expõem o descompasso entre agendas globais de mitigação climática e as necessidades locais, evidenciando como as relações entre mercado, território e vida seguem sobredeterminadas por um modelo de desenvolvimento produtor de injustiça socioambiental e desigualdade sanitária.

À semelhança de megaeventos anteriores, a COP-30 tende a acionar respostas emergenciais orientadas pela visibilidade e por legados de curta duração, frequentemente dissociados

das demandas históricas de povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e das periferias urbanas. O legado sanitário em disputa revela: de um lado, a reprodução da lógica colonial-extrativista, que naturaliza a seletividade dos investimentos; e de outro, a possibilidade de afirmar a saúde como direito por meio de financiamento redistributivo, cogestão democrática e valorização da sociobiodiversidade como eixo das políticas públicas.

Compreendida como evento de massa, e não apenas como conferência climática, a COP-30 incide sobre a organização, o financiamento e a governança do SUS, podendo aprofundar padrões históricos de exclusão ou abrir uma janela política para reorientar prioridades em direção à justiça sanitária. Ao situar a COP-30 como campo de disputa pelos sentidos e usos dos recursos públicos, este ensaio realoca o direito à saúde no centro do debate climático e reafirma o SUS como projeto civilizatório ancorado na equidade e na justiça social.

Como agenda analítica, permanece o desafio de investigar como se estruturam os processos decisórios, investimentos em saúde no ciclo da COP-30, bem como os modos pelos quais participação social, imprensa e narrativas e legitimidades sobre a saúde na Amazônia. Além disso, é fundamental compreender como essas dinâmicas influenciam a formulação de políticas públicas e o acesso efetivo aos serviços de saúde, especialmente para grupos historicamente marginalizados.

Contribuições de autoria

Castro NJC (0000-0002-7675-5106)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Castro EMR, Castro CP. Desmatamento na Amazônia, desregulação socioambiental e financeirização do mercado de terras e de commodities. *Novos Cad NAEA*. 2022;25(1):11-36. DOI: <https://doi.org/10.18542/ncn.v25i1.12189>
2. Costa EJM. A Amazônia, sustentabilidade e soberania: estabelecendo a arena para os debates durante a COP 30 em Belém. *Papers NAEA*. 2022;1(1). DOI: <https://doi.org/10.18542/papersnaea.v1i1.16818>
3. Castro NJC. Ecossistema amazônico, comunidades locais e alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: teia complexa entre saúde e clima. *Novos Cad NAEA*. 2022;27(3). DOI: <https://doi.org/10.18542/ncn.v27i3.15204>
4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
6. Sousa A, Herkrath FJ, Wallace C, et al. Atenção primária à saúde na Amazônia e seu impacto potencial nas iniquidades em saúde: uma revisão de escopo. *Rural Remote Health*. 2022;22(1):6747. DOI: <https://doi.org/10.22605/rrh6747>
7. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da atenção primária à saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-1618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202274.01112021>
8. Aghababaeian H, Etedali H. Urgent warning: evidence-based concerns regarding mass gathering events during Arbaeen in hazardous weather conditions. *Disaster Med Public Health Prep*. 2024;18:e258. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.173>
9. Colantuono ACS, Campos GH. A Olimpíada de 2016 no Rio de Janeiro: uma discussão sobre o legado deixado à Vila Autódromo após os jogos. *Desenv Questão*. 2023;16(45):135-153. DOI: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2018.45.135-153>
10. Wolin J, Friedman MS. Mass gatherings. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597369/>
11. Domènech-Montoliu S, Pac-Sa MR, Vidal-Utrillas P, et al. Mass gathering events and COVID-19 transmission in Borriana (Spain): a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256747. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256747>
12. Sah R, Alshahrani NZ, Shah P, et al. FIFA World Cup 2022 in Qatar: mitigating the risk of imported infections amid the COVID-19 pandemic, monkeypox outbreak and other emerging diseases. *Travel Med Infect Dis*. 2022;50:102450. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102450>
13. Zandi M, Alizadeh I, Mousavi FS, et al. Dengue virus and the 2024 Paris Olympics. *Front Public Health*. 2024;12:1452758. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1452758>
14. Lefèvre L, Vincent-Titeca C, Garcia-Marin C, et al. Paris 2024 Olympic Games: a risk enhancer for autochthonous arboviral diseases epidemics? *Int J Infect Dis*. 2024;146:107191. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107191>
15. Baumgaertner JF. Nos rastros da Copa do Mundo FIFA 2014: reflexões críticas sobre a produção do espaço urbano em Itaquerá, São Paulo, SP. *Rev Dep Geogr*. 2023;43:e210082. DOI: <https://doi.org/10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2023.210082>
16. Schmidt T, Beebejaun K, Latta A, et al. Mass gathering events and COVID-19: lessons learnt from the 2020 European football championship. *Bull World*

- Health Organ. 2024;102(11):803-812. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290044>
17. Ferreira ACC, Lima LD. Planos de contingência e ordenação estadual do SUS na pandemia de COVID-19. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e9229. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241429229P>
18. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31:13-27.
19. Sevalho G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cad Saúde Pública*. 2025;40(12):e00035724. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>
20. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008;18(4):625-644. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e00237521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>
23. Leff E. Ecologia política: da desconstrução do capital à territorialização da vida. Campinas: Unicamp; 2021.
24. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: etnocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso; 2000. p. 107-126.
25. Khan AA, Sabbagh AY, Ranse J, et al. Mass gathering medicine in soccer leagues: a review and creation of the SALEM tool. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):9973. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18199973>
26. Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
27. Fearnside PM, Filho WL. COP 30: as políticas brasileiras devem mudar. *Science*. 2025;387(6740):1237. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.adu9113>
28. Garcia MHDO, Paula Júnior FJD, Barbosa JR, et al. Copa do Mundo FIFA Brasil 2014: vigilância ativa e perfil dos atendimentos de saúde na cidade-sede de Fortaleza, Ceará. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25:499-510. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300006>
29. Silva LGT, Espírito Santo ÁN, Campos AGS. Atrativos vs. infraestrutura para o desenvolvimento do turismo como alternativa econômica nos territórios: um estudo de caso da Região Metropolitana de Belém-PA, antecedendo a COP 30. *Rev Bras Observ Tur*. 2024;3(1):322-331. DOI: <https://doi.org/10.59776/2764-5835.2024.6402>
30. Porto MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(3):865-874. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>
31. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):898-906. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades e estados [Internet]. 2022 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
33. Faier-Pereira A, Finamore-Araujo P, Brito CRDN, et al. The development of a one-step RT-qPCR for the detection and quantification of viable forms of *Trypanosoma cruzi* in açai samples from areas at risk of Chagas disease through oral transmission. *Int J Mol Sci*. 2024;25(10):5531. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms25105531>

34. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
35. Santos SS, Maciel FB, Sabino W, et al. Populações “das águas”: ambiente-saúde a partir da perspectiva da determinação social e da política de saúde na região do Baixo Amazonas-PA. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(1):e19462022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.19462022>
36. Miguez SF, Souza R da CB, Pinheiro R. Territórios da gestão socioambiental e saúde na Amazônia. *Saúde Debate*. 2024;48(Esp 1):e8734. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18734P>

Recebido em 26/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: 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: lenauralobato@uol.com.br

One Health como disputa de hegemonia: uma resposta na perspectiva da saúde coletiva

One Health as hegemony dispute: An answer from the perspective of Brazilian collective health

Lia Giraldo da Silva Augusto^{1,2}, Carlos Fidelis Ponte^{3,4}, Anamaria Testa Tambellini¹, Heleno Rodrigues Corrêa Filho^{1,3}, Marcelo Firpo Porto⁵, Karen Friedrich^{1,6}, Ana Maria Costa^{3,7}

DOI: 10.1590/2358-2898202614911441P

¹Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), GT Saúde e Ambiente – Rio de Janeiro. (RJ), Brasil.
lgiraldo@uol.com.br

²Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Rede Interseccional de Saúde Reprodutiva e Agrotóxicos – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa de Oswaldo Cruz (COC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁷Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

RESUMO Atendendo a acordos multilaterais e interesses corporativos, o Brasil passou a induzir a abordagem *One Health* (OH), que contradiz o modelo explicativo da determinação social para o processo saúde-doença, construído na América Latina. O conceito ampliado de saúde fundamentou a reforma sanitária brasileira e o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, colocando a saúde no centro das políticas sociais, em condições de enfrentar os desafios das crises sanitárias contemporâneas. Este ensaio objetiva: resgatar a história da abordagem OH; analisar possíveis danos na política sanitária brasileira; alertar possíveis retrocessos e repercussões da compreensão da saúde às décadas anteriores a 1970. Para seu desenvolvimento os autores realizaram um estudo bibliográfico documental sobre a tríade agente-hospedeiro-ambiente que orienta a OH a buscar soluções para situações complexas, porém desconsiderando que estas são decorrentes principalmente da espoliação do ambiente e dos corpos, da precarização do trabalho e dos territórios. Os autores mostram que a OH é uma repetição de fórmulas passadas e de intervenções estrangeiras que desconsidera a política de saúde soberana desenvolvida no Brasil. Como conclusão: A OH responde de modo funcionalista aos temas das zoonoses e das epizootias e sua linearidade dificulta atuar nos processos complexos de expropriação da natureza e da sociedade, no processo de colapso ecológico e mudanças climáticas.

PALAVRAS-CHAVES Saúde Única. Disciplinas das ciências biológicas. Saúde pública. Determinantes estruturais da saúde. Desigualdades de saúde.

ABSTRACT In response to multilateral agreements and corporate interests, Brazil began to promote the 'One Health' (OH) approach, contradicting the explanatory model of social determination of the process health-disease, which had been developed in Latin America. The expanded concept on health underpinned the Brazilian health reform and the health chapter in the 1988 Federal Constitution, placing health at the center of social policies and enabling it to face the challenges of contemporary health crises. This essay aims to: recover the history of the OH approach; analyze possible impacts on Brazilian health policy; and warn of possible setbacks in the understanding of health like was before decades prior to 1970. To develop it, the authors conducted a documentary study on the agent-host-environment triad that guides OH to solution complex situations, but without considering that these mainly result from the exploitation of nature and bodies, the precariousness of work and territories. The authors show that OH is a repetition of past formulas and foreign interventions that disregards the sovereign health policy developed in Brazil. In conclusion: Human orientation responds in a functionalist way to the issues of zoonoses and epizootics, and its linearity makes it difficult to act on the complex processes of expropriation of nature and society, ecological collapse, and climate change.

KEYWORDS One Health. Biological science disciplines. Public health. Social determinants of health. Health inequities.

Introdução

O contexto complexo de intervenções ambientais decorrentes dos modelos agropecuário e industrial, da produção de ração animal e dos ultraprocessados para consumo alimentar para humanos, de base químico-dependente, com uso intensivo de recursos hídricos e energéticos, produtor de desflorestamento, entre outras nocividades, vêm afetando profundamente os ecossistemas, favorecendo os saltos zoonóticos de patógenos responsáveis por epidemias e pandemias¹, com implicações científicas e políticas no contexto da saúde pública do Brasil.

Também as mudanças climáticas e suas emergências, em escala geológica (antropoceno), bem como as mudanças demográficas aceleradas, incidem sobre a biodiversidade e a saúde humana de modo desigual^{2,3}.

Estudos demonstram evidências que os transbordamentos de patógenos observados no final do século XX e as doenças daí emergentes observadas nas primeiras duas décadas do século XXI são eventos claramente vinculados ao agronegócio e ao padrão de consumo^{4,3} que, no Sul Global, manifestam-se com maior intensidade e iniquidade. Esse grave quadro ambiental e sanitário provocou o interesse em diversos campos de conhecimento técnico-científico e nas agências internacionais de saúde, entre outros interesses diversificados, tanto no setor público como empresarial, no encontro de caminhos conciliadores para o enfrentamento das crises sanitárias⁵.

Nessa busca, desde o início da década de 2000, foram tomadas iniciativas por entidades dos Estados Unidos da América (EUA) para incidir nessa complexa situação mediante uma abordagem denominada *One Health* (OH), que se apresentou como um ‘cadinho’ para experimentar modos de enfrentar a saúde das populações e de animais em face das doenças decorrentes de patógenos zoonóticos, segundo Kahn⁶ citado por Wallace⁷⁽²³¹⁾.

Com a pandemia de covid-19, o que já vinha sendo formulado desde 2004, nos EUA, como ‘Uma Única Medicina, Uma Saúde’, como se verá neste ensaio, foi então assumida como estratégia de governança global, como também é compreendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma comissão quadripartite ficou responsável pelo Plano Quinquenal (2022-2026) a ser executado nos países membros das Nações Unidas, como será explanado adiante.

Essa demanda foi recepcionada formalmente pelo governo brasileiro no ano de 2023, mas, insidiosamente, centralizada e estranha à legislação prevista no País, desde a Constituição Federal de 1988⁸ e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990⁹, na definição de políticas estratégicas que envolvem o tema da saúde. No ano de 2024, ficaram evidentes as decisões publicadas pela Presidência da República: 1) em janeiro de 2024, a lei que institui o Dia Nacional da Saúde Única¹⁰, e 2) em abril de 2024, o Decreto, que renomeia a Saúde Única como ‘Uma Só Saúde’, cria uma comissão para elaborar o Plano Nacional de Uma Só Saúde¹¹. Nesta comissão ficou excluída a participação dos Conselhos Nacionais: de Saúde, do Meio Ambiente e de Segurança Alimentar e Nutricional; da sociedade civil; dos pesquisadores do campo da saúde coletiva e de suas entidades, que historicamente são participantes da formulação da política nacional de saúde e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas ficaram à margem desse processo e só tardiamente vieram se inteirar das implicações dessa proposição.

A One Health é um contrassenso à saúde coletiva e ao SUS

Surgida nos EUA, na primeira década dos anos 2000, apoiada pelo Banco Mundial e OMS, a

OH ancora-se em um modelo que integra a tríade de causalidade entre humanos, animais e o ambiente. Apresenta-se como abordagem para uma grande diversidade de problemas relacionados a eventos, desde os mais localizados aos mais ampliados, como as epizootias pandêmicas, entre outras⁷.

A noção de dependência entre humanos, outros seres vivos e o ambiente não é novidade. Essa compreensão está presente, ao longo do tempo, fornecendo subsídios para as medidas de saúde pública, de acordo com os contextos históricos, ambientais, sociais e culturais de cada país.

O modelo multicausal da história natural das doenças e dos três níveis preventivos de Leavell e Clark¹², construído também nos EUA, na década de 1960, recebeu, nos anos de 1970, análises críticas por sua visão reducionista, pelo campo da medicina social latino-americana e pela vertente brasileira, que estava mobilizada nas universidades e institutos de pesquisa. A tríade da história natural da doença era sustentada no modelo biomédico (agente-hospedeiro-ambiente) que excluía, em sua teoria e práxis, a complexidade socioambiental da determinação da saúde-doença e a necessidade de ações conjugadas para enfrentar os problemas em sua ontogênese.

O trabalho de muitos intelectuais brasileiros, especialmente o seminal de Sergio Arouca, sobre o dilema preventivista, entre outros, teve um papel estratégico na concepção original da saúde coletiva no Brasil¹³, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e na construção do SUS no País. Essas formulações teóricas, conceituais, políticas e programáticas, no contexto do Brasil, ganharam forma como um campo de conhecimento interdisciplinar e de práticas em torno do objeto saúde-doença e dos processos de sua determinação, nomeado e reconhecido como saúde coletiva¹⁴. Certamente essa designação provém da contribuição do pensamento crítico, mas que também ainda é mais complexa e abrangente. Está vinculada às peculiaridades sociais e políticas da América Latina, e mais especificamente às do Brasil. O

modelo das determinações sociais foi construído metacrítico importante para a configuração do novo campo da saúde coletiva brasileiro. Esses aspectos significativos conferiram-lhe um estatuto epistemológico, que passou a orientar a perspectiva praxiológica de um sistema de saúde como o conhecemos no seu arcabouço legal.

Esse tem sido estratégico para a construção de políticas públicas, formação profissional e articulação com outros setores, incluindo a sociedade civil, claramente voltado à redução das desigualdades sociais, à garantia do direito à saúde e à capacidade de cuidado integrado e de orientação à produção científica, no qual não há inibição da produção biomédica a serviço da saúde pública, que aliás são as mais bem aquinhoadas no campo das medicinas.

Para isso, a teorização da determinação social (também compreendida contemporaneamente como socioambiental) da saúde, amalgamada na América Latina, volta-se à análise e ao enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, sendo estratégica para compreender contextos e conjunturas adversos e complexos no nível global, regional, nacional e local¹⁵, constituindo-se em uma caixa de ferramentas cognitivas para operar a pesquisa e as ações em problemas que envolvem as intrincadas relações entre a sociedade e natureza.

A constituição do SUS, como política e valor ético para a sociedade brasileira, foi um feito extraordinário, considerando os contextos políticos pouco favoráveis às políticas públicas estruturantes no País. A base teórico-conceitual da saúde coletiva, com sua capacidade interdisciplinar, política e reflexiva, e as consequentes conquistas históricas do SUS, têm sofrido oposição de setores não alinhados aos seus princípios e às suas diretrizes desde seu processo instituinte. Essas se radicalizam atualmente a partir do agravamento de várias crises — democrática, econômica, ambiental e sanitária — no Brasil, na América Latina e em nível global, principalmente nestas primeiras décadas do século XXI, em que as formas de exploração da natureza se intensificaram.

Dentre os problemas de grande relevância sanitária, têm destaque: patógenos multirresistentes a medicamentos, as epizootias e zoonoses epidêmicas, pandêmicas e sindêmicas. Esses eventos, naturalmente, intensificaram o interesse internacional de profissionais de saúde, das instituições científicas e dos governos em enfrentar esses desafios. O setor privado e a filantropia internacional se somam a esses debates de forma tática, seja para intervir, para silenciar vozes dissonantes, seja para, na perspectiva do capitalismo do desastre, lucrar com a oferta de soluções tecnológicas e também epistemológicas, sem criticar a necropolítica, conforme Ken et al.¹⁶ citado por Wallace⁷.

As implicações desse processo no Brasil, decorrentes da sua formulação e do seu modo de condução, acendem um alerta, uma vez que o SUS, dotado de princípios e diretrizes — universal, integral e público, para a garantia do direito à saúde e ao cuidado resolutivo — é o que motiva a elaboração do presente ensaio. Também preocupa o fato de que segmentos, deliberadamente ausentes e até mesmo em oposição ao SUS, agora estão empoderados pelo Decreto de abril de 2024, já referido na formulação do plano de ação de ‘Uma Só Saúde’.

Tendo por base os fundamentos do campo da saúde coletiva, pretende-se discutir as origens, as características e os potenciais problemas da abordagem da OH, considerando dimensões ideológicas, históricas, políticas, institucionais e científicas, bem como possíveis ameaças à sua soberania quanto ao desenvolvimento de análises metacríticas e capazes de produzir modelos interpretativos adequados à complexidade da determinação social da saúde para dar sustentação política e institucional ao SUS. Ao longo do artigo, busca-se analisar a OH, não como uma proposição nova, mas como um processo de disputa por hegemonia, pela construção de consensos e concepções de mundo, crenças e projetos que permitem às elites manterem sua liderança intelectual e moral enquanto estratégia para a direção política da sociedade.

O processo insidioso da implementação da *One Health* no Brasil

No ano de 2023 foi também realizada no Brasil a 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), um momento especial de reconstrução das políticas de saúde diante dos graves retrocessos do governo federal findo em 2022. Como já dito, sem diálogo com o processo da 17ª CNS, o Ministério da Saúde não considerou esse espaço como legítimo para discutir a abordagem da OH. Apesar disso, e em pleno governo Lula, no qual se propunha a retomada do social, esse tema foi tratado pelas autoridades do Ministério da Saúde do Brasil com pouca transparência e zelo, ignorando a ordem legal e a necessária pactuação social previstas nas instâncias máximas de definições da política de saúde no País, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outros estratégicos.

O modo como a OH chegou ao Brasil vem sendo alvo de críticas que se concentram em três características centrais:

1. verticalidade, desconsiderando os processos instituídos democraticamente no País na formulação de suas políticas de saúde e meio ambiente, sem um amplo debate com os profissionais que as operam e ignorando o necessário debate com as entidades que sempre estiveram à frente das políticas de saúde no Brasil, especialmente desde a sua redemocratização, bem como com a sociedade civil, em geral;
2. uso de narrativa sedutora e totalizante, tais como ‘Uma Medicina, Saúde Única’, ‘Um Mundo, Saúde Única’, que tira a complexidade e os conflitos do mundo real. O nome ‘Saúde Única’ tem o apelo da unidade entre humanos, animais e natureza, usando inclusive exemplos que são da cosmovisão dos povos originários; no entanto, não apresenta um desdobramento político inovador concreto na forma de atuar que já não esteja inscrito no arcabouço legal

institucional do SUS e do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama);

3. adoção de modelo biomédico já ultrapassado pela concepção histórica, sistêmica, complexa, interdisciplinar e intersetorial da determinação social formulada pela medicina social latino-americana e pela saúde coletiva, desde a década de 1970^{13-15,17,18}.

A saúde coletiva, como concepção crítica, inscrita e consolidada no sistema de ciência, tecnologia, inovação (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq), de formação pós-graduada (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes) e presente nos currículos dos cursos de profissionais de saúde, permanece em diálogo com os avanços do conhecimento científico e tecnológico desenvolvidos por milhares de grupos de pesquisa diversificados no País. Esse campo tem-se desafiado a mergulhar com mais ousadia e menos temor nos temas e problemas complexos da contemporaneidade, incluindo as zoonoses, a exemplo da pandemia de covid-19. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), nos anos de 2020 e 2021, com outras instituições de ensino superior e pesquisa, proporcionou um rico e audacioso debate, com proposições de ação, a despeito do negacionismo do governo federal e da corporação médica, em que o SUS demonstrou sua vitalidade para atuar em todos os níveis dessa enorme tragédia.

Além disso, também olha para outros temas que circundam as crises sanitárias, como a violência, o racismo, as condições de trabalho, a precarização dos territórios, a ecológica, o ambiente, a educação, a influência das redes sociais e a desinformação na saúde, o cuidado da saúde em todos os níveis e setores, enfim, os processos de determinação socioambiental da saúde, do diálogo intercultural e bioético, entre outros, com movimentos sociais, comunidades e povos originários, tradicionais, camponeses e das periferias urbanas.

No entanto, em pouquíssimo tempo, a Uma Só Saúde passou a receber o suporte de entidades nacionais, que antes pouco ou nada apoiavam o SUS, incluindo setores do agronegócio e segmentos corporativos, como o Conselho Federal de Medicina (CFM). Os posicionamentos recentes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e de alguns intelectuais da saúde coletiva estão dispostos a buscar o debate e a corrigir os desvios apontados¹⁹⁻²³.

Neste sentido, faz-se necessário trazer ao debate as questões em jogo relativas ao campo epistêmico, político, econômico, ideológico, ético e prático em face das implicações da Saúde Única para com a política de saúde no Brasil. A questão da soberania parece uma questão chave para esse debate, pois se trata de sua defesa diante das ameaças em relação às políticas públicas e ao próprio SUS, que desde 1988 está garantido na Constituição Federal⁸ e desde 1990 na Lei Orgânica de Saúde⁹.

Neste texto, serão descritos também alguns aspectos de como os EUA exerceram historicamente uma influência sobre o modelo de vigilância epidemiológica e sanitária no Brasil, especialmente no controle de doenças transmissíveis, inspirado na tríade ‘agente, hospedeiro, ambiente’. Na sequência, serão apresentados pontos de reflexão sobre os desafios à soberania do Brasil na defesa de sua Constituição e da política nacional de saúde.

One Health, crises sanitária e ecológica: o papel do agronegócio no cenário da saúde pública

Há uma interligação histórica entre saúde pública, agricultura e ambiente. Nas últimas três décadas, as crises sanitária e ambiental ficaram mais bem evidenciadas pelas epidemias zoonóticas e emergências climáticas. É nesse contexto que se busca maior aproximação entre organismos multilaterais intergovernamentais vinculados a esses

setores, em particular às organizações das Nações Unidas (ONU), entre outras. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE/WOAH), a OMS, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e o Banco Mundial. Dessas organizações emanam acordos e políticas, que por vezes, sobrepõem-se às dos Estados membros, dificultando a construção ou manutenção de processos soberanos, sustentáveis e solidários, para solução de problemas em seus territórios, em consonância com as dinâmicas sociais e culturais de cada país.

Particularmente, no tocante à crise ecológica e às emergências climáticas, desde a década de 1970 é evidente o processo de colapso ecológico no planeta³. O ambiente, pela primeira vez, ocupou uma Conferência das Nações Unidas em Estocolmo em 1972, tendo sido ampliado, vinte anos depois, no Rio de Janeiro, com o tema da sustentabilidade. Desde então, vários acordos têm sido construídos, como a Agenda 21, Acordo de Paris, e a Agenda 2030. Esta última, um plano adotado em 2015 com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No entanto, temos visto que nenhum desses acordos, de modo geral, alcançam as metas estabelecidas.

À medida em que os organismos multilaterais passaram a questionar as razões para a crise ambiental e propor medidas concretas de sustentabilidade socioambiental para o desenvolvimento, as contradições entre interesses de cada país começam a ficar mais evidentes. Por exemplo, os acordos sobre a biodiversidade e o clima, que não tiveram a adesão efetiva dos EUA, que há pouco tempo deixou o acordo de Paris e o aporte financeiro à OMS. Mais recentemente, esse país assumiu a difusão de divergências e negacionismos nas políticas sanitárias, a exemplo do movimento antivacina. Também cresceu a presença do *lobby* empresarial com a finalidade de disputar

e influenciar as agendas e as políticas ambientais e de saúde a favor de seus interesses, tema amplamente denunciado na Conferência das Partes (COP-30) pelo movimento social.

O Brasil é visto mundialmente com muito interesse no cenário ambiental e das mudanças climáticas em função da diversidade de seus biomas, em particular o da Amazônia, com sua importância para a regulação do clima no planeta. No entanto, o País, com a reprimarização, tem outros elementos econômicos e geopolíticos que se opõem às medidas de proteção ambiental, como: 1) a força política do agronegócio, com a produção de *commodities* agropecuárias, principalmente para ração animal; 2) a danosa indústria alimentícia de ultraprocessados; 3) a mineração com a exportação de *commodities* metálicas; e 4) o setor energético, que conflita diretamente com a perspectiva de redução de combustíveis fósseis.

Nesse cenário, identificamos que, no País, o modelo agrícola químico-dependente, hidroenergético intensivo, consumidor de solos e destruidor de florestas foi induzido desde a década de 1960, por meio de privilégios, proteção tributária e desregulação. As consequências daí decorrentes são muito graves para o ambiente e a saúde. Existem suficientes informações científicas de que o agronegócio tem sido um setor com grande responsabilidade pelo colapso ecológico, que se articula à crise sanitária mundial³.

Historicamente, em diversos momentos de crises sanitárias, os EUA — enquanto liderança do bloco capitalista ocidental — têm hegemonizado seu modo de intervenção, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. Nas décadas seguintes ao seu término, essa influência tornou-se ainda mais intensa. Inicialmente, por meio de fundações ditas ‘filantrópicas’, como a Fundação Rockefeller, articuladas a universidades e instituições de pesquisa. Nas décadas de 1960, 1970 e 1980, a influência dos EUA na América Latina e no Brasil foi particularmente acentuada na formulação de modelos para a agricultura, saúde pública, ciência e tecnologia.

Na saúde, tem-se o destaque em relação à vigilância sanitária e epidemiológica, áreas estratégicas para interesses econômicos devido ao seu papel na regulação e liberação comercial de tecnologias e produtos, como agrotóxicos e procedimentos para seu uso. Muitos desses produtos são de interesse do mercado global e têm sido apoiados pela Fundação Bill Gates, entre outras²⁴.

As décadas de 1960 e 1970 foram bastante marcadas, no Brasil, pela questão ambiental: a chamada Revolução Verde avançou no País, favorecida pelo regime ditatorial implantado em 1964. Nesse período, foi desenvolvido um plano para condicionar o crédito rural ao uso obrigatório de agrotóxicos, além de outros subsídios tarifários para a produção e uso desses insumos, tornando a agricultura brasileira químico-dependente²⁵, assim como ocorreu para a formação médica, induzida pelo relatório Flexner/Fundação Rockefeller, a dos agrônomos, que também recebeu aportes estrangeiros para sustentar o uso do pacote tecnológico de agrotóxicos.

Essa orientação, principalmente estadunidense, faz-se sentir até hoje no campo da saúde, especialmente no controle de doenças transmissíveis tradicionalmente denominadas tropicais. No entanto, na década de 1970, ocorreu uma inflexão pela atuação da saúde coletiva brasileira, que, mediante sólidas bases teóricas, pedagógicas e éticas, sustentou o processo da reforma sanitária, promovendo o SUS e o consolidando nos anos seguintes.

A saúde coletiva examinou com profundidade a relação da medicina com o capitalismo, analisando a mercantilização da saúde e dos seus processos de determinação social, a violência, as iniquidades sociais, entre outros problemas complexos que requerem outro modelo de compreensão para orientar as políticas de enfrentamento. Os avanços daí obtidos foram muitos, especialmente para um país gigantesco, diverso e desigual. As barreiras a serem vencidas ainda são muitas, entre elas as relacionadas ao fomento de pesquisa e à formação profissional que segue privilegiando

a ciência voltada para interesses empresariais e comerciais em detrimento daquelas voltadas a atender as necessidades de saúde e de proteção ambiental, e a ausência de carreiras profissionais que possibilitem melhor resolutividade no sistema de saúde. No seio dessas demandas há disputas que perpassam a definição de políticas e que exigem, por exemplo, da saúde pública, permanente ação sob conflito de interesses.

Cooperação internacional e a busca por hegemonia dos EUA na saúde pública mundial: uma questão candente de soberania

As agências fundadas no começo do século XX que pautaram a saúde, como a Fundação Rockefeller, direcionaram grande parte de sua atuação para doações voltadas a atividades científicas de universidades e institutos de pesquisa. Há diferenças marcantes de ênfases quanto ao modo operante dessas fundações²⁶. Um exemplo foi o apoio da Fundação Rockefeller ao ensino e à pesquisa na área biomédica, no estado de São Paulo, e nas disputas em torno das políticas para o setor da saúde pública nas décadas de 1920 e 1930. Segundo Faria²⁶⁽⁵⁶²⁾,

O movimento pela implementação de um sistema de saúde pública e de instituições de pesquisa no Brasil apresentou grandes diferenças regionais durante a Primeira República. As áreas de atuação da Fundação Rockefeller de certo modo refletem e reforçam as diferenças regionais. Alguns estados, por apresentarem situação favorável, econômica e politicamente, acabaram por receber tratamento prioritário por parte da instituição estrangeira. Este foi o caso de São Paulo.

O modelo de saúde concebido e promovido por fundações privadas vinculadas ao

complexo médico-industrial norte-americano, inicialmente apresentado mais como uma proposição pedagógica do que paradigmática, porém com pretensão de hegemonia, foi concebido por Abraham Flexner em 1910 e apoiado por seu irmão, Simon Flexner, médico patologista e Diretor do Rockefeller Institute for Medical Research²⁷. Abraham Flexner passou a dirigir o General Education Board, organismo filantrópico da família Rockefeller para a educação.

O objetivo de citar o modelo flexneriano neste artigo é apenas para exemplificar o modo operante dos EUA no exercício de sua hegemonia no campo da saúde pública e da educação profissional, particularmente dos médicos.

A reforma do ensino médico nos EUA após a Segunda Grande Guerra, outra vertente do relatório Flexner, foi o da medicina preventiva. Para sua difusão, vários eventos foram realizados nos EUA e na América Latina, sob o patrocínio especial da Fundação Rockefeller e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)²⁷. Almeida Filho²⁷ faz um resgate histórico das contribuições de Abraham Flexner e justifica as razões de sua refutação nas décadas de 1970 e 1980, períodos de luta pela redemocratização do Brasil, de formação em saúde coletiva e de construção do SUS. Nesse artigo de 2010, o autor polemiza o tema ao concluir que a proposição da saúde coletiva se antagonizou injustamente ao modelo flexneriano, ao buscar de ‘modo mítico’ superar o arcabouço conceitual ou as matrizes teóricas reducionistas positivistas, indutoras de formas autoritárias de gestão, que convergiam em modelos biomédicos de formação e de prática em saúde. Todavia, a crítica ao modelo flexneriano e de Leavell & Clark também foi contundentemente feita por outros pensadores internacionais²⁸⁻³⁰.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os EUA ganham enorme preponderância econômica e política no mundo ocidental. Encerrado um período de tentativa de reorganização do seu sistema de saúde na década de 1950, manteve sua tradição de manter separadas as ações de prevenção e de assistência, bem como

de vigilância e de cuidado, o que influenciou drasticamente a vigilância da saúde no Brasil até hoje. As vigilâncias sanitária e epidemiológica, nos EUA, constituem a chamada saúde pública, principalmente voltada para controlar epidemias pela vertente mais higienista de ‘limpar o meio’³¹.

À medicina cabe identificar os agentes de transmissão, diagnosticar e tratar as doenças transmissíveis. O arcabouço neoliberal dessa assistência fundamenta-se no individualismo, na livre escolha e nas leis de mercado³¹. Na divisão dominante do mercado, os aspectos preventivos (em geral, menos lucrativos) ficaram nas mãos do setor público, e o curativo, nas do privado. Este, mediante planos de assistência, que foram criados no começo do século XX e se consolidaram à medida que houve melhora do poder aquisitivo das classes médias no pós-Segunda Guerra Mundial. A inspiração europeia do *welfare state* nunca influenciou a sociedade norte-americana. A liberdade de escolha, tão defendida nesse sistema, é limitada ao bolso do consumidor, tornando o acesso à atenção à saúde nesse país profundamente desigual³¹.

Vicente Navarro³² aponta que, na realidade, os problemas da cobertura insuficiente e dos altos custos desse sistema têm raiz no caráter privado e lucrativo da medicina. Apesar da inépcia desse sistema, os EUA prescreveram seu modelo restrito e fragmentado de saúde para outros países, especialmente nas Américas, mediante o fomento de fundações filantrópicas.

É preciso ainda esclarecer que nos EUA a saúde pública está limitada aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Esses tiveram origem no Centro de Doenças Transmissíveis, inicialmente dedicado ao controle da malária. Em 1951, a preocupação com uma potencial guerra biológica durante a Guerra da Coreia levou à criação do Serviço de Inteligência Epidêmica (EIS), com a formação, em 1980, de profissionais em epidemiologia de campo, conhecidos como ‘detetives de doenças’, em mais de oitenta países.

No Brasil, na década de 2000, o CDC capacitou epidemiologistas para a constituição do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSus)^{33,34} e para a criação dos laboratórios Nível 3 (NB3) e Nível 4 (NB4) dedicados aos agentes infecciosos perigosos, tema de interesse para enfrentar um possível bioterrorismo.

É interessante notar que, no Brasil, durante a ditadura militar, foram implantadas nos anos de 1970 as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, fiéis à origem biomédica tecnicista de controle de doenças transmissíveis e sob forte influência do CDC³⁵ e que assim permanecem em essência até os dias atuais.

O modelo da tríade ecológica nos EUA e seus desdobramentos

A análise histórica demonstra que os modelos unicausais da saúde perderam força após a Segunda Guerra Mundial, quando os países industrializados vivenciaram um período de transição epidemiológica, no qual as doenças infecto-parasitárias deixaram de ser a principal causa de adoecimento e morte em relação às doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicausal na explicação das doenças associadas à complexidade de elementos interatuantes favoreceu o surgimento de modelos multicausais³⁶. Entre os primeiros esforços para repensar essa abordagem, cita-se os ‘modelos da balança, da rede de causalidades’ e, por fim, no rastro da modelagem flexneriana, o ‘modelo ecológico’ concebido por Leavell e Clark¹².

Leavell e Clark¹² sistematizaram assim a teoria da história natural da doença, conhecida como Tríade Ecológica — agente, hospedeiro e ambiente —, que foi anunciada em 1928 por

Wade Hampton Frost, com o nome de Tríade Epidemiológica com a mesma formulação de relações: agente, hospedeiro e ambiente (Frost 1928/1976)³⁷.

Embora esse esquema tenha sido um avanço diante do modelo monocausal dominante, continuou a representar o enquadramento funcionalista de base biomédica das doenças transmissíveis, isto é, o de haver um agente etiológico (patógeno) e um hospedeiro, em um ambiente físico que favorece a maior suscetibilidade para o adoecimento. Leavell e Clark¹²⁽⁴⁶⁾ sugeriram que a doença é resultante de um

conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do hospedeiro ao estímulo, até que as alterações levem a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Na verdade, essa formulação surge na sequência das proposições apresentadas no Relatório Flexner³⁸.

Ayres³⁹ explica que, no início do desenvolvimento da epidemiologia, o raciocínio centrava-se no conceito de causa. Buscava-se apurar a variação quantitativa de fenômenos de saúde em populações e estabelecer a constituição ambiental desfavorável à saúde. À medida que a Epidemiologia foi se formalizando, o conceito de meio externo foi sendo substituído pelo conceito de risco, que passou no século XX, progressivamente, a ser uma abstração probabilística. O cálculo do risco passou a estar presente nos modelos que sucessivamente foram sendo estabelecidos³⁹.

No *quadro 1* são apresentados os precursores do desenvolvimento do modelo de causalidade biomédico de doença e sua influência na prática científica da medicina, como desejavam os reformadores estadunidenses nas primeiras décadas do século XX.

Quadro 1. Precusores do modelo de causalidade biomédico de doença nos EUA nas primeiras décadas do século XX

Período	Quem	O quê	Circunstâncias	Contribuição
Décadas de 1910 a 1930 EUA	Abraham Flexner, Psicólogo e educador. Estudou na Universidade Johns Hopkins. Atuou na Fundação Carnegie e Rockefeller. Criou um Instituto de Estudos Avançados.	Relatório Flexner.	Políticas re-formistas do ensino superior nos EUA.	Introduziu o ensino pragmático da medicina. Disseminou o modelo biomédico.
Anos de 1919 a 1938 EUA	Wade Hampton Frost, Médico Epidemiologista. Em 1931 passou a ser Diretor do Departamento de Epidemiologia da Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (SHPH), em Baltimore, Estados Unidos. A SHPH foi financiada pela Fundação Rockefeller.	Esboça a teoria das epidemias que se baseia no equilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente.	Conferir cientificidade à Epidemiologia das doenças epidêmicas. No contexto pós-gripe espanhola e de crise sanitária nos EUA.	Propõe a lógica da História Natural da Doença. Propõe o modelo da Tríade epidemiológica: agente, hospedeiro, ambiente (TE), anunciado em 1928 e publicado em 1976. Desenvolve um método para estimar a taxa de mortalidade da pandemia de 1918, conhecido como método de mortalidade excessiva.

Fonte: elaboração própria (2025).

A Europa, especialmente a Alemanha, com base na ciência experimental, exerceu profunda influência sobre a proposta de Flexner para reforma do ensino médico nos EUA. Sua missão dirigiu-se inicialmente aos EUA e ao Canadá e posteriormente à Europa, América Central e do Sul. No Brasil, moldou os currículos dos profissionais de saúde desde a reforma do currículo do ensino da medicina realizada após a promulgação do SUS, em 1988.

Para Frost, o termo ‘ambiente’ foi usado como um termo genérico para agrupar todos os elementos externos ao organismo. No entanto, como o fato de que alguns patógenos são transmitidos diretamente de pessoa para pessoa, o entendimento foi de que o hospedeiro e o ambiente, nesses casos, confundiam-se, um dilema que fragilizou sua proposição³⁹. A solução, então, foi deixar o ambiente extrínseco, com foco apenas na relação agente-hospedeiro para as medidas de prevenção e cuidado. Assim, a causa da doença ficou restrita ao agente etiológico³⁹. Mesmo considerado um modelo incompleto, foi difundido pelo processo das reformas de ensino médico mundial.

A contraposição da saúde coletiva ao modelo da história natural da doença

Na década de 1970, no Brasil e na América Latina, foi criado um campo teórico-conceitual para orientar e auxiliar a organização das políticas de saúde de caráter inclusivo e equânime. Para tanto, foi mobilizado o pensamento crítico e solidário para reconceituar a questão da prevenção¹³ do mercado de trabalho⁴⁰, da prática médica⁴¹, da causalidade em saúde^{15,17,29,42}, entre outros.

A partir daí, abriu-se no Brasil e em outros países da América Latina um debate profundo sobre o modelo da Tríade Ecológica, que não reconhecia os processos complexos de determinação social das doenças, as iniquidades sociais e as vulnerabilidades decorrentes da pobreza, da exploração do trabalho, dos processos produtivos e ambientais.

Simultaneamente, nessa mesma década, na América Latina, surgiram críticas à epidemiologia clássica, na direção de uma

epidemiologia social contextualizada na complexidade do processo saúde-doença. Assim, a corrente de pensamento crítico, latino-americano, propôs um diálogo com outros campos de conhecimento. Para além da biomedicina, incorporou os saberes da sociologia, economia, antropologia, geografia, ecologia, demografia, engenharia, dentre outras⁴³, ganhando assim significativa força social, conhecida como movimento da reforma sanitária, que fundamentou a constituição da saúde coletiva. Esse repercutiu, também, nas lutas sociais por políticas públicas, que no Brasil vêm mantendo sua vitalidade para enfrentar os desafios que se apresentam nos territórios, como vimos ocorrer na pandemia de covid-19, apesar das barreiras criadas no nível federal pelo governo da época e pelo crônico desfinanciamento.

Embora, inicialmente, esse movimento tenha reverberado nos acontecimentos europeus iniciados no pós-Segunda Guerra Mundial, em que ocorreram reformas inovadoras de saúde e formulações orientadas pela concepção dos determinantes sociais da saúde⁴⁴ foi na América Latina, desde a década de 1970, que a compreensão da determinação social da saúde distinguiu-se por sua formulação mais abrangente com base na reprodução social e na complexidade dos fenômenos envolvidos na lógica da natureza e do social.

Essa potente formulação tem sido sistematicamente ignorada pelos países do norte global. Como evidência, no relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, publicado em 2025⁴⁵, foi feita apenas uma referência à teoria da determinação da saúde. Jaime Breilh, autor chave da América Latina nessa formulação, afirma que, desde o final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, houve um contexto mundial que impulsionou o cientificismo médico. O autor explorou esse tema em sua dissertação de mestrado em Medicina Social realizada na Universidade Autônoma Metropolitana de Xochimilco, México²⁹⁽³⁸⁾, onde se lê que:

A expansão imperialista das potências, primeiro as europeias e depois a estadunidense, se desenvolveu em grande medida nas regiões tropicais da Ásia, África e América Latina [...] a avidez por matérias-primas e produtos para exportação agrícola e a construção de vias terrestres de acesso produziram a dispersão de elementos naturais propensos a gerar doenças infecciosas transmissíveis. A imposição de formas de produção e trabalho e em geral de reprodução social inumanas converteu-se em modos de soluções baratas para mitigar danos no limite dos interesses capitalistas. Se enquadra nesse modelo as investigações as denominadas doenças infecciosas tropicais. Assim, nesses centros de poder, com respaldo técnico e financeiro dos grandes monopólios, se investiu nas escolas médicas e institutos de investigação micro bacteriológica [...]. A premissa oculta desse tipo de desenvolvimento da medicina foi, e segue sendo, que a agressão ao ser humano imputada a causas supostamente naturais, exonera de responsabilidade à organização social dominante.

Outra questão importante que nos interessa sinalizar diz respeito à crise da medicina na década de 1960, com o surgimento da medicina ‘comunitária’, uma virada significativa nas características da prática sanitária e no questionamento do fazer médico nos processos de formação social, o que motivou experiências positivas em diversos territórios²⁹.

A retomada da tríade agente-hospedeiro-ambiente pela One Health e sua adoção pela OMS

Apesar de toda a vitalidade da saúde coletiva durante as últimas décadas e sua influência exitosa nas políticas públicas de saúde, na formação profissional, no desenvolvimento de pesquisas e inovações tecnológicas, no Brasil, paradoxalmente, parece haver uma inflexão

inversa, por decisão monocrática governamental, de incorporação da abordagem da OH. No Brasil, como a OH chegou de modo paralelo aos avanços alcançados no seu sistema de saúde, faz-se necessário examinar como vem se dando essa proposição e seu modo operante no País.

Como é sabido, as zoonoses sempre fizeram parte da atuação da saúde pública, incluindo a intersectorialidade para o seu enfrentamento com divisões de responsabilidade entre os vários órgãos. No Brasil, a saúde dos animais silvestres é cuidada pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA), enquanto a saúde dos animais envolvidos na produção intensiva de carne para alimentação humana está sob os cuidados do Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa), inclusive no que tange à produção de ração para alimentação desses animais, sendo este o Ministério que define a lista das doenças animais e regula as atividades dos veterinários no processo produtivo relacionado à pecuária e ao cuidado da saúde animal. Quanto à saúde humana, o Ministério da Saúde monitora os reservatórios animais e vetores de zoonoses, epizootias e arbovírus. Alguns exemplos de intersectorialidade envolvendo a articulação entre os órgãos são as ações relativas à febre amarela, doença de chagas, raiva e, mais recentemente, à gripe aviária e à pandemia de covid-19, que marcou o primeiro quarto do século XXI.

A Organização Mundial de Saúde Animal (antiga OIE, agora chamada WOAH) teve um papel fundamental na construção da abordagem da OH. Trata-se de uma instância internacional criada, em 2003, como desdobramento do antigo Gabinete Internacional de Epizootias⁴⁶. As normas, orientações e recomendações em saúde animal emitidas pela OIE são designadas como referência sobre as doenças de animais e as zoonoses e têm papel significativo no controle do comércio de animais e seus derivados (incluindo carne bovina), que são uma fonte potencial de agentes causadores de doenças em animais. Esta tem também por missão fornecer normas sob os auspícios da

Organização Mundial do Comércio (OMC) e é uma referência para a OMS.

Em 2003, ocorreram eventos que buscavam elaborar a abordagem da OH. Um deles foi o programa da Saúde Animal e Humana para o Meio Ambiente (Ahead)⁴⁷, lançado no V Congresso Mundial de Parques da União Internacional pela Conservação da Natureza (UICN) em Durban, África do Sul⁴⁸. A questão que se colocava nesse evento era o problema transfronteiriço relacionado às fazendas de gado e à vida animal selvagem dos parques; tinha como objetivo encontrar maneiras colaborativas de enfrentar os desafios na interface entre a saúde da vida selvagem, a saúde do gado e a saúde e os meios de subsistência humanos. Esse congresso é realizado a cada dez anos pela UICN⁴⁹.

No ano seguinte aos ventos de 2003, em setembro de 2004, foi realizado pela Wildlife Conservation Society (WCS) um simpósio sediado pela Universidade Rockefeller, com o objetivo de estabelecer uma abordagem para as interações entre pessoas, animais e ambiente no campo da saúde. Participaram desse evento representantes de várias organizações: OMS; FAO; CDC; Centro Nacional de Saúde da Vida Selvagem do Serviço Geológico dos Estados Unidos; Departamento de Agricultura dos Estados Unidos; Centro Cooperativo Canadense de Saúde da Vida Selvagem; Laboratório Nacional de Saúde Pública de Brazzaville, República do Congo; Comissão de Direito Ambiental da UICN; e a própria WCS, entre outras⁴⁷.

Nesse simpósio, de 2004, foram elaborados doze princípios denominados ‘Princípios de Manhattan — Um Mundo, Uma Saúde’, com a abordagem chamada OH⁵⁰. Uma série de encontros sensibilizadores foi realizada em diversos países no mundo, entre eles no Brasil em 2007⁵¹ e 2009⁵². No *folder* vê-se o elenco de entidades promotoras, incluindo setores empresariais da indústria de alimentos e farmacêutica.

Os Princípios de Manhattan foram atualizados em 2019, sendo denominados Princípios de Berlim⁵³. Nesse caminhar, deve-se destacar a

atuação da Associação Americana de Medicina Veterinária (AVMA), que tinha, desde o início, adotado a abordagem OH como uma missão importante⁵⁴. Essa abordagem guarda uma história de construção própria dos EUA no campo do controle de doenças infecciosas. Além do Banco Mundial, o fomento à OH conta com o apoio das fundações americanas Rockefeller e Bill Gates, além de outras, como a inglesa Wellcome Trust.

Em 2008, a OIE, a OMS e a FAO iniciaram o desenvolvimento de estratégias conjuntas, tendo em vista o tema das epizootias, trabalhando em torno da abordagem em construção da OH. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE/WOAH), sem citar referências bibliográficas, elaborou um Manual sobre a abordagem OH⁴⁶, apresentando modelo teórico das interações entre patógenos, hospedeiros e ambientes, praticamente com a mesma formulação desenvolvida por Frost (1928/1976)³⁷ e por Leavell e Clark (1976)¹², isso é, agente-hospedeiro-ambiente. Propõem representá-la pelo Triângulo ecológico da doença⁴⁶.

Para a OIE/WOAH, a ecologia é o estudo das interações dos organismos vivos entre si e seus entornos (ambiente). Segundo ainda a OIE, a importância de controlar as doenças humanas e animais tem como objetivo “reduzir seu impacto socioeconômico ou ecológico” e, para isso, propõem, como tratamento, “manipular os aspectos da ecologia dessas doenças”⁴⁶.

O triângulo ecológico das doenças foi considerado pela OIE “uma estrutura confiável para entender a forma em que se desencadeia o aparecimento de uma doença”⁴⁶⁽⁹⁾ e para orientar as ações. Para essa formulação, não basta ter o patógeno, pois há determinada ‘forma’ para se dar a transmissão. Cita como exemplo os vírus da raiva e da *Yersinia pestis*, os quais “precisam permanecer antes em algum tipo de reservatório animal a partir do qual se opera a transmissão”⁴⁶⁽⁹⁾. Quanto aos ‘fatores ambientais’, são referidos como numerosos, mas há os que são facilitadores da transmissão de cada patógeno para um novo hospedeiro⁴⁴. Quanto ao hospedeiro, esse “será

infectado, ou não, em função de seu estado imunitário”⁴⁶⁽⁹⁾.

A OIE conclui, ao final, que “esses fatores formam parte da causa de uma enfermidade”⁴⁶⁽⁹⁾, e que

esses mesmos fatores decidirão igualmente se a aparição de uma doença afetará poucos ou muitos animais hospedeiros ou se a enfermidade se registrou uma só vez ou será recorrente⁴⁶⁽⁹⁾.

Em complementação, afirma que os fatores ambientais e as mudanças nos hospedeiros são os que mais influenciam na aparição ou não de uma enfermidade, assim como em sua magnitude e amplitude⁴⁶⁽¹⁰⁾. Como pode se observar, toda a formulação está centrada na doença e em ‘fatores’ causais. Em 2021, foi criado um ‘Painel de Especialistas de Alto Nível’, sob a influência da abordagem OH, para fornecer aconselhamento científico e político aos organismos internacionais.

Após a covid-19, a OMS estabeleceu um novo acordo internacional sobre prevenção, preparação e resposta às pandemias. Em 2022, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) foi integrado a essa articulação, formando a Aliança Quadripartite (OMS, FAO, OIE/WOAH e PNUMA), que lançou, nesse ano, o Plano de Ação Conjunto.

Em 2023, em um momento de recomposição e recuperação de várias políticas públicas destruídas ou degradadas pelo governo anterior, no Brasil, de modo açodado e sem o devido debate, começa a se instituir a OH.

Na página eletrônica da One Health Commission de 2025⁵⁵, vemos dois mapas: 1. a distribuição dos países em que foram realizados seminários (*workshops*) denominados ‘Priorização facilitada de doenças zoonóticas sob a perspectiva de Saúde Única’, pelos Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos (US CDC); e 2. onde está representada a distribuição dos países onde aquele plano estratégico está em curso. Nele se observa que há uma maior concentração na África

e em alguns países da Ásia; porém, praticamente nada está representado nas Américas e na Europa⁵⁵. Comparando-se os dois mapas, vê-se que há mais países sinalizados como receptores da indução do CDC do que aqueles com algum grau de implantação do Plano de Ação Conjunto estabelecido pela Aliança.

No contexto brasileiro, vem-se expandindo para além do escopo proposto pela OMS. Em 2024, foi criado, por decreto, o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde, para o Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, enviado para consulta pública, por um mês, encerrada em agosto de 2025⁵⁶. A abordagem Uma Só Saúde (OH) vem sendo colocada no Brasil como uma formulação novidadeira para enfrentar diversas outras questões de saúde, incluindo as relacionadas às mudanças climáticas. Isso provavelmente foi motivado pela necessidade de o País apresentar na Conferência do Clima COP-30, realizada no Brasil, na cidade de Belém (PA), em novembro de 2025, com uma proposição na qual a saúde pudesse estar melhor posta.

Assim, o tema da OH não tem ficado circunscrito às zoonoses, epizootias e ao uso abusivo de antibióticos, entre outros. Agora, quase tudo que sempre se fez em saúde pública, que envolve zoonoses, pode ser nomeado como abordagem OH. Cerca de um ano e meio antes da Cop-30 o governo brasileiro fez os primeiros atos para instituir a OH no País^{9-11,57} e durante a sua realização, juntamente com algumas entidades nacionais, deixou de apresentar ao mundo a potência de sua política de saúde, que há 37 anos (desde 1988) vem mostrando sua capacidade de enfrentar as crises sanitária e climática no País.

Ao contrário do que era esperado, foi propagandeada a OH, que está ainda no estágio inicial de seu plano de ação^{58,59}. O Cebes tem alertado sobre o intempestivo processo^{22,23,60}. No levantamento bibliográfico realizado para este ensaio, observa-se que a Fiocruz, em 2016, entrevistava técnicos especialistas na temática da biodiversidade e dos animais silvestres, mas sem uma clara defesa da OH^{61,62}.

Outras respostas possíveis

A saúde coletiva, com sua perspectiva crítica, aborda os processos fundamentais subjacentes à saúde, incluindo multiespécies nos processos da determinação social da saúde, mesmo porque não separa sociedade e natureza²⁹. As histórias de tempo profundo e específicas de cada lugar, a infraestrutura cultural e as geografias econômicas que impulsionam o surgimento de doenças não são incorporadas na modelagem da OH. Uma questão que se apresenta é como se explica que, em apenas dois anos, o protagonismo tecnocrático dado à Uma Só Saúde no Brasil? Ou ainda, a centralidade do governo nessa abordagem durante a COP-30, com apoio da The World Federation of Public Health Associations (WFPHA)⁶³ e da Associação Chinesa de Medicina Preventiva (da sigla em inglês, SCPMA, para China Preventive Medicine Association) que, com a participação da OMS chegaram dispostos a fortalecê-la nesse evento, como uma estratégia também para mitigação e adaptação das mudanças e emergências climáticas pela saúde pública.

Uma razão importante que explicaria como os EUA, Brasil, China, além de outros poucos países que compõem a Europa, assumiram posições em defesa da Saúde Única é o fato de que, para todos esses, o agronegócio exerce um papel estratégico em termos econômicos, seja na produção, exportação ou importação de *commodities* agropecuárias e derivados. Embora estratégias geopolíticas e de interesses político-econômico-ideológico-culturais possam variar bastante diante das crises ambiental, climática e sanitária (como se viu na pandemia de covid-19), para todos esses países, o agronegócio exerce forte influência política nos governos e precisa participar das soluções institucionais e econômicas para a estabilidade do comércio global, desde que o modo de produção não seja mudado.

Esse contexto faz com que se busque consensos nas organizações multilaterais que possam reforçar políticas institucionais que compatibilizem os modelos de produção

agrícola com a prevenção e mitigação de pandemias e emergências climáticas. No caso brasileiro, isso é reforçado pela existência de um governo de coalizão e uma forte bancada no Congresso Nacional que defende os interesses do agronegócio.

Segundo estudo da Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA) e do Centro de Estudos Avançados em Economia Aplicada (Cepea), o Produto Interno Bruto (PIB) do agronegócio, em 2024, atingiu R\$ 2,72 trilhões, sendo R\$ 1,9 trilhão do ramo agrícola e R\$ 819,26 bilhões do ramo pecuário, com uma previsão de aumento de mais de 20% em 2025⁶⁴. É evidente que esse setor apoie a OH, enquanto disputa político-institucional e ideológica simultaneamente. No entanto, não é aceitável que seja privilegiada como estratégia de governança internacional e nacional e que embarace a construção de um país soberano, democrático, sustentável e saudável.

A proposição da abordagem OH no Brasil irá encontrar resistências por: 1) ignorar a meta-crítica histórica realizada ao modelo da tríade ecológica, que possibilitou uma compreensão muito mais ampla e completa do que a que se apresenta na OH; 2) contrariar os preceitos democráticos instituídos na política de saúde; 3) desrespeitar o processo de pactuação do SUS, seus avanços sob uma estrutura orientada por princípios e diretrizes das justiças social, sanitária, ambiental e cognitiva ou epistêmica; e 4) desconhecer os autores latino-americanos do campo da medicina social e da saúde coletiva²⁰.

A abordagem da OH vem sendo apresentada como salvadora em vista das futuras epidemias e pandemias^{19,21,22,60,65}. Não introduz em sua modelagem as forças motrizes da determinação socioambiental das zoonoses, onde incidem os circuitos nacionais e transnacionais do capital, as mudanças associadas às paisagens agroecológicas, a evolução genética e a disseminação espacial de patógenos xeno específico e que exigem respostas estruturais^{7,66,67}.

Wallace, biólogo evolucionista, propôs em 2015, em seu livro 'Pandemia e agronegócio', uma abordagem crítica que buscou integrar

saúde pública, ecologia e economia política para compreender como a disseminação das gripes suína e aviária estava fortemente relacionada com a expansão do agronegócio e suas cadeias de *commodities* pecuárias no âmbito do sistema econômico mundial na era do neoliberalismo⁶⁶. A consequência desse modo de produção e da sua expansão não afetou apenas o equilíbrio dos ecossistemas, mas criou as condições de emergência de novas pandemias globais. O autor produziu uma poderosa análise realizada anos antes da covid-19, colocando o capitalismo e o agronegócio no centro da questão²⁰.

Trata-se de análises científicas originais compatíveis com a perspectiva da saúde coletiva. Para Wallace⁷, a OH é uma abordagem colonialista. Embora esse estudioso tenha participado, nos últimos quatro anos, de vários eventos no Brasil, inclusive no âmbito da Abrasco, Fundação Oswaldo Cruz e da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, e algumas de suas mais importantes publicações já tenham tradução para português, tem sido pouco estudado.

Outras visões críticas recentes sobre a OH encontram-se nos livros:

1. 'More-than-one health: humans, animals, and the environment post-covid'⁶⁸. Trata-se de uma coletânea que examina as complexas interligações entre a saúde humana, animal e ambiental com contribuições de autores provenientes das humanidades, ciências sociais, ciências naturais e medicina. O livro defende que pensar a saúde e as possibilidades de sua gestão passa pelo reconhecimento da interdependência entre as entidades vivas e a pluralidade de saberes, ou seja, mais que OH (Uma Só Saúde). Essa perspectiva exige a descolonização da saúde pública e a defesa de sua soberania com suporte do pensamento crítico. Acreditamos que, no contexto latino-americano e do Brasil, em particular, a saúde coletiva vem tendo um papel estratégico nessa direção.

2. *'One Health: Um Planeta, Uma Saúde, Uma Ética'*⁶⁹. Essa publicação desafia a abordagem OH a considerar questões fundamentais e outras, recentes, de inclusão das arenas sociopolíticas e decoloniais, com pensamento amplo e com ação coletiva na abordagem dos horizontes mais amplos de cuidado em prol do nosso planeta e de todos os seus habitantes. Nele, o autor Santos⁷⁰ adverte que para a linguagem totalizadora da OH, que seduz aqueles pouco afetos à complexidade dos processos, em que as interações produzem fenômenos que requerem compreensões transdisciplinares e assim perdem de vista as questões centrais, tanto no nível planetário quanto no da saúde.

Para concluir, os reducionismos produzidos pela abordagem OH, desde suas formulações totalizantes: 'Um mundo, Uma Saúde'; 'Uma Só Medicina, Uma Só Saúde'; 'Um Planeta, Uma Saúde', etc., todas derivadas da tríade agente-hospedeiro-ambiente, são negações da complexidade, da realidade e da própria ciência. Diante dessa questão epistêmica e política algumas perguntas precisam ser respondidas em debates responsáveis e transparentes: Por que a Opas/OMS desconsiderou o avanço brasileiro no setor saúde ao demandar a inserção da OH no País sem levar em conta o SUS e o campo da saúde coletiva, ambos já consolidados? Por que o Ministério da Saúde do Brasil não fez a mediação necessária e desconsiderou a importância da participação social estabelecida no País tão fundamental na

sustentação do SUS? Por que possibilitou que essa abordagem fosse de modo sorrateiro e intempestivo introduzido e difundido como uma distopia frente a política de saúde brasileira, que tem princípios e diretrizes garantidos na Constituição Federal? Por que o Ministério da Saúde não fez as gestões necessárias para adaptar a demanda da OMS (para os temas colocados nas relações socioambientais envolvidas nas zoonoses) à formulação conceitual da saúde coletiva e do SUS já que estão bem mais consolidadas no Brasil?

Para enfrentar as crises sanitárias da contemporaneidade, para um Brasil soberano, democrático, sustentável e saudável deve-se pautar o aprofundamento dos caminhos que possibilitaram criar políticas de saúde audaciosas para um país carente de justiça social, de educação, entre outras que são capazes de mobilizar competências de modo integradas, intersetoriais, interdisciplinares e participativas nos territórios, onde se realizam a reprodução social e da natureza em sua determinação.

Contribuições de autoria

Augusto LGS (0000-0002-9322-6863)*, Ponte CF (0000-0003-1976-6287)*, Tambellini AT (0000-0001-5363-5024)*, Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)*, Porto MF (0000-0002-9007-0584)*, Friedrich K (0000-0002-3661-6179)* e Costa AM (0000-0002-1931-3969)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Kock RA, Alders R, Wallace R. Wildlife, wild food, food security and human society. In: Animal health and biodiversity: preparing for the future. Compendium of the OIE Global Conference on Wildlife; 2011 Feb 23-25; Paris, France.
2. Ding Y, Mearns L, Wadhams P, editores. Mudanças climáticas 2013: a base científica física. Contribuição do Grupo de Trabalho I para o quinto relatório de avaliação do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013 [acesso em 2025 dez 6]. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg1/>
3. Marques L. O decênio decisivo: propostas para uma política de sobrevivência. São Paulo: Editora Elefante; 2023.
4. Jones BA, Grace D, Kock R, et al. Zoonosis emergence linked to agricultural intensification and environmental change. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 maio 21;110(21):8399-404. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1208059110>
5. Anderson T, Capua I, Dauphin G, et al. FAO-OIE-WHO joint technical consultation on avian influenza at the human-animal interface. *Influenza Other Respir Viruses*. 2010 maio;4(Supl 1):1-29. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1750-2659.2009.00114.x>
6. Kahn LH, Monath T, Bokma BH, et al. One Health, One Medicine. In: Aguirre A, Ostfeld R, Daszak P, editores. New directions in conservation medicine: applied cases of ecological health. New York: Oxford University Press; 2012. p. 33-44.
7. Wallace R. Grandes fazendas produzem grandes gripes: doenças infecciosas, agronegócio e a natureza da ciência. São Paulo: Editora Igrá Kniga; 2025.
8. Assembleia Nacional Constituinte (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 1988 out 5 [acesso em 2024 set 9]; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
9. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990 set 20 [acesso em 2024 set 9]; Seção I:18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
10. Presidência da República (BR). Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024. Institui o Dia Nacional da Saúde Única [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2024 jan 8 [acesso em 2024 set 9]; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14792.htm
11. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024. Institui o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2024 abr 26 [acesso em 2024 set 9]; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12007.htm
12. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
13. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
14. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* [Internet]. 1998 [acesso em 2025 dez 8];32:299-316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/>
15. Breilh J. Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia. São Paulo: Editora Hucitec; 2024.

16. Ken I, León KS. Necropolitical governance and state-corporate harms: COVID-19 and the U.S. pork packing industry. *J White Collar Corp Crime*. 2022;3(2):76-89. DOI: <https://doi.org/10.1177/2631309X211011037>
17. Samaja J. Reprodução social e saúde. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
18. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Publica* [Internet]. 2000 [acesso em 2025 dez 8];34(6):11-34. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345/4930>
19. Rizzotto ML, Costa AM, Dias AP, et al. Saúde única: um conceito ambíguo sob debate. *Saude Debate*. 2024 dez 19;48:e143ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024143ED-P>
20. Porto MF, Nunes JA. A saúde coletiva é muito mais que uma só saúde. Informe ENSP [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2025 set 12 [acesso em 2025 dez 7]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/56695>
21. Augusto LG. Reforma sanitária e democracia sob ataque: contradições e desafios. *Alames Notícias* [Internet]. 2025 ago 20 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://cebes.org.br/reforma-sanitaria-e-democracia-sob-ataque-contradicoes-e-desafios/39222/>
22. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde única: o que está em disputa? Entrevista epidemiologista Heleno Corrêa Filho [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2025 nov 26 [acesso em 2025 nov 29]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-o-que-esta-em-disputa/40404/>
23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. “One Health” é uma repaginação ultrapassada, afirma Lia Giraldo [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2025 nov 24 [acesso em 2025 dez 7]. Disponível em: <https://cebes.org.br/one-health-e-uma-repaginacao-ultrapassada-afirma-lia-giraldo/40353/>
24. Gouveia N, Lieber RR, Augusto LG. Os verdadeiros desafios da saúde global. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400029>
25. Lignani LB, Brandão JL. A ditadura dos agrotóxicos: o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas e as mudanças na produção e no consumo de pesticidas no Brasil, 1975-1985. *Hist Cienc Saude Mangui-nhos* [Internet]. 2022;29(2):337-59 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200003>
26. Faria LR. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *Hist Cienc Saude Mangui-nhos* [Internet]. 2002 [acesso em 2025 dez 8];9(3):561-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6dWWRkXSZYpZGRWVRX9fz8m/>
27. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>
28. Brown ER. Rockefeller medicine men: medicine and capitalism in America. Berkeley: University of California Press; 1980.
29. Breilh J. Crítica a la interpretación ecológica funcionalista de la epidemiología: un ensayo para desmitificar el proceso salud-enfermedad [dissertação na Internet]. Ciudad de México: Unidad Xochimilco, Universidad Autónoma Metropolitana; 1977 [acesso em 2025 dez 9]. Disponível em: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2475>
30. Canguilhem G. Études d’histoire et de philosophie des sciences [Internet]. 7th ed. Paris: Vrin; 1968 [acesso em 2025 dez 7]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=HRx580iW9aMC>
31. Noronha JC, Ugá MA. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995 [acesso

- em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf>
32. Navarro V. Federal health policies in the United States: an alternative explanation in The Politics of Health. In: Lee PR, Estes CL, editores. The nation's health. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1990.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Memórias dos 10 anos do EPISUS: 10 anos de respostas às emergências em saúde pública [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_episus_10_anos_colaborando_respostas_emergencias_saude_publica.pdf
34. Cardoso DR, Cardoso TA. Bioterrorismo: dados de uma história recente de riscos e incertezas. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700013>
35. Barata RB. Vigilância epidemiológica: breve histórico e a experiência dos Estados Unidos e do estado de São Paulo. Epidemiol Serv Saude. 2022;31(2):e2021115. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-962220220002000028>
36. Lana FC. Determinantes sociais de saúde. Palestra de abertura do ano letivo 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2015 mar 26 [acesso em 2025 dez 9]. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsvj/determinacao-social-da-saude>
37. Frost WH. Some conceptions of epidemics in general. Am J Epidemiol. 1976;103:141-51. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112212>
38. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number 4 [Internet]. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
39. Ayres JR. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. Cad Saúde Pública. 2011;27(7):1301-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700006>
40. Donnangelo MC. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira; 1975.
41. Nogueira RP. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1977.
42. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
43. Nunes ED. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
44. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al., editores. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
45. World Health Organization. World report on social determinants of health equity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [acesso em 2026 mar 23]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/751c8ee4-9ab1-46a0-9c0f-515f9274be31/content>
46. Organização Mundial de Saúde Animal. Manual de formación sobre las enfermedades y la vigilancia de los animales silvestres [Internet]. Paris: World Organisation for Animal Health; 2010 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/International_Standard_Setting/docs/pdf/WGWildlife/E_Training_Manual_Wildlife.pdf
47. Cook RA, Karesh WB, Osofsky SA. The Manhattan Principles on 'One World One Health' [Internet]. 2004 [acesso em 2025 dez 9]. Disponível em: http://www.oneworldonehealth.org/sept2004/owoh_sept04.html

48. Osofsky SA, Atkinson SJ, Ramsden N, et al. Two decades of One Health in action: enabling sustainable wildlife conservation and livestock production in southern Africa. CABI One Health [Internet]. 2025 [acesso em 2025 dez 8]16;4:0006. Disponível em: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/10.1079/cabio-nehealth.2025.0006>
49. International Union for Conservation of Nature. Benefits beyond boundaries: proceedings of the Vth IUCN World Parks Congress [Internet]. Gland: IUCN; 2005 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://iucn.org/resources/publication/benefits-beyond-boundaries-proceedings-vth-iucn-world-parks-congress>
50. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (DE). Initiative area One Health in development cooperation [Internet]. Germany: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development; 2021 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Strategiepapier550_one_health_en.pdf
51. One World One Health. One World, One Health: Brazil 2007 meeting October 2-4 [Internet]. 2007 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: https://www.oneworldonehealth.org/oct2007/owoh_oct07.html
52. One World One Health. One World, One Health: Brazil 2009 meeting October 22 [Internet]. 2009 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.oneworldonehealth.org>
53. Gruetzmacher K, Karesh WB, Amuasi JH, et al. The Berlin principles on One Health: bridging global health and conservation. Sci Total Environ. 2021;764:142919. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142919>
54. King LJ, Anderson LR, Blackmore CG, et al. Executive summary of the AVMA One Health Initiative Task Force report. J Am Vet Med Assoc. 2008;233(2):259-61. DOI: <https://doi.org/10.2460/javma.233.2.259>
55. One Health Commission. One health strategic action plans [Internet]. 2025 [acesso em 2025 dez 9]. Disponível em: https://www.onehealthcommission.org/en/resources_services/one_health_strategic_action_plans/
56. Agência Gov (BR). Consulta pública propõe diretrizes para enfrentar riscos sanitários no Brasil. Agência Gov [Internet]. 2025 ago 11 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202508/consulta-publica-propoe-diretrizes-para-enfrentamento-de-riscos-sanitarios-no-brasil-1>
57. Ministério da Saúde (BR). Plano de ação conjunta: linhas de ação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude/plano-de-acao-conjunto>
58. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz firma acordos pelo desenvolvimento sustentável durante a COP30. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2025 [acesso em 2025 dez 7]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-firma-acordos-pelo-desenvolvimento-sustentavel-durante-cop30>
59. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. COP30: Abrasco lidera consenso internacional e protagoniza elaboração do plano de ação em saúde de Belém [Internet]. 2025 nov 18 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/cop30-abrasco-lidera-consenso-internacional-e-protagoniza-elaboracao-do-plano-de-acao-em-saude-de-belem/>
60. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. COP30 expõe avanços, tensões e soluções na agenda de clima e saúde [Internet]. 2025 nov 21 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://cebes.org.br/cop30-clima-saude-justica-socioambiental/40340/>
61. Fundação Oswaldo Cruz. Animais silvestres são foco internacional e nacional da vigilância sanitária para a saúde humana e de animais domésticos: entrevista com Rodrigo Silva Pinto [Internet]. 2016 maio 19 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.biodiversidade.ciiss.fiocruz.br/animais-silvestres-sao-foco-internacional-e-nacional-da-vigilancia-sanitaria-para-saude-humana-e-de>

62. Fundação Oswaldo Cruz. OIE – organização mundial de saúde animal [Internet]. 2016 maio 19 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.biodiversidade.ciiss.fiocruz.br/oie-organizacao-mundial-de-saude-animal>
63. World Federation of Public Health Associations. Strengthening the One Health approach for climate change mitigation and public health protection [Internet]. WFPHA; 2025 nov 17 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.wfpha.org/one-health-approach-for-climate-change-mitigation/>
64. Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil; Centro de Estudos Avançados em Economia Aplicada. PIB do agronegócio [Internet]. 2025 abr 9 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.cnabrazil.org.br/noticias/pib-do-agronegocio-fecha-2024-com-crescimento-de-1-81>
65. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? [Internet]. 2024 set 11 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
66. Wallace RG, Bergmann L, Kock R, et al. The dawn of structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Soc Sci Med*. 2015;129:68-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.013>
67. Wallace R. Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência. São Paulo: Editora Elefante; 2020.
68. Braverman I. More-than-One Health: humans, animals, and the environment post-COVID [Internet]. London: Routledge; 2023 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9781003294085>
69. Ramalho-Santos J, Horta S, organizadores. One Health: um planeta, uma saúde, uma ética [Internet]. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2023 [acesso em 2025 dez 8]. 240 p. Disponível em: <https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes/monografias/novo-lancamento-one-health-um-planeta-uma-saude-uma-etica>
70. Santos RR. One Health: uma (nova) ciência da sobrevivência? In: Ramalho-Santos J, Horta S, organizadores. One Health: um planeta, uma saúde, uma ética [Internet]. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2023 [acesso em 2025 dez 8]. p. 31-51. Disponível em: <https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes/monografias/novo-lancamento-one-health-um-planeta-uma-saude-uma-etica>

Recebido em 16/12/2025

Aprovado em 08/04/2026

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

Cuidados paliativos oncológicos e luto: uma revisão de escopo

Oncological palliative care and bereavement: A scope review

Carla Cristina Alvarez Serrão¹, Allya Ariadne Alves Malcher¹, Marcelo Marques Cardoso¹, Victor Augusto Cavaleiro Corrêa¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910657P

RESUMO Este artigo objetivou mapear as estratégias e intervenções utilizadas nos Cuidados Paliativos Oncológicos para o acompanhamento do luto, identificando abordagens que auxiliem familiares no enfrentamento da perda. Trata-se de uma revisão de escopo, as etapas atenderam ao Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews Checklist. A pesquisa dos dados foi realizada em quatro etapas, entre setembro e outubro de 2024, por dois pesquisadores independentes, cegos entre si. Para sustentar o critério de busca, a pergunta de investigação foi elaborada a partir do acrônimo População, Conceito e Contexto. Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultadas as bases de dados PubMed, SciELO, BVS e Cochrane Library. Concluiu-se que a introdução precoce dos cuidados paliativos é fundamental para melhorar a qualidade de vida de pacientes oncológicos e seus familiares, promovendo alívio do sofrimento e apoio psicossocial contínuo. Este estudo identificou que uma morte entendida como digna e sem sofrimento contribui para uma experiência de luto menos traumática, impactando positivamente a adaptação dos cuidadores e familiares.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Luto. Câncer.

ABSTRACT This article aimed to map the strategies and interventions used in Oncology Palliative Care for monitoring grief, identifying approaches that help family members in coping with loss. This is a scoping review, the stages of which followed the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews Checklist. The data search was carried out in four stages and conducted between September and October 2024, by two independent researchers, blinded to each other. To support the search criteria, the research question was developed based on the acronym Population, Concept, and Context. To identify relevant studies, the PubMed, SciELO, BVS, and Cochrane Library databases were consulted. It is concluded that the early introduction of palliative care is essential to improve the quality of life of cancer patients and their families, promoting relief from suffering and continuous psychosocial support. This study identified that a death understood as dignified and without suffering contributes to a less traumatic grieving experience, positively impacting the adaptation of caregivers and family members.

KEYWORDS Palliative care. Bereavement. Cancer.

¹Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.
cserrao@ufpa.br

Introdução

Atualmente, as doenças crônicas são as principais responsáveis por incapacidades funcionais, sofrimento e óbitos, com destaque para o câncer¹. O diagnóstico oncológico apresenta um crescimento progressivo em todas as idades e no Brasil. Frequentemente, é diagnosticado em estágios avançados, o que resulta em desafios significativos para o sistema de saúde².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, o câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo, com cerca de 10 milhões de mortes em 2020. Ele é caracterizado pelo crescimento descontrolado de células que podem invadir tecidos adjacentes e se disseminar para outras partes do corpo, num processo conhecido como metástase⁴.

O diagnóstico oncológico pode suscitar no indivíduo reflexões acerca da vida e da finitude. Esse processo pode despertar distintas sensações e reações de acordo com o modo com que a experiência é vivenciada. Quando a morte se apresenta como uma possibilidade, sentimentos de surpresa e choque podem ocorrer inicialmente, em geral, mediante um diagnóstico de prognóstico ruim⁵.

Diante dessa situação, é crucial adotar uma abordagem integral e humanizada que atenda às necessidades reais dos pacientes e suas famílias. É nesse contexto que surgem os Cuidados Paliativos (CP). Segundo a OMS⁶, os CP são definidos como uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam doenças que ameaçam a vida. O objetivo é aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento de problemas físicos, psicossociais e espirituais⁷.

Ainda que haja produções importantes sobre o tema, parece ser momento oportuno para a identificação de métodos e formas trabalhadas em CP oncológico, que podem ser discutidas, experimentadas e aprofundadas em situações oncológicas e de perdas (luto) por essa doença. Nos CP associados a doenças oncológicas e outras condições terminais, o

princípio central é a dignidade humana. Os profissionais envolvidos se esforçam para aliviar o sofrimento do paciente e promover uma morte digna, contribuindo para a qualidade de vida do paciente⁸.

Os CP tiveram origem no Reino Unido, na década de 1960, com a criação do St. Christopher Hospice, o primeiro serviço a oferecer um cuidado integral ao paciente. Essa iniciativa foi impulsionada pelos esforços de Cicely Saunders, que desenvolveu uma abordagem abrangente para o alívio da dor e sofrimento no final da vida, englobando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares⁹.

Na prática dos CP, o objetivo é o cuidado, não a cura, aceitando o limite da vida e respeitando a dignidade humana. Esses cuidados devem ser iniciados desde o diagnóstico de doenças graves e incuráveis, promovendo conforto e bem-estar. Além disso, incluem a assistência durante o processo de finitude e o luto vivenciado pelo paciente e sua família, sendo o luto uma resposta normal à perda e vivenciado de maneira pessoal e contextual².

O luto é um processo que se transformou no decorrer do tempo, na medida em que outrora era percebido como um evento possivelmente evocador de enfermidade biopsíquica, mas, no presente, é tido como um decurso natural e previsto frente à ruptura de um vínculo¹⁰.

O luto pode ser compreendido como um processo psicológico, emocional, comportamental e ocupacional que ocorre após a perda significativa de uma pessoa ou algo importante¹¹. Tradicionalmente, foi definido como um processo em estágios, como proposto por Kübler-Ross¹², definidos como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Conceituar o processo de luto não é fácil, pois distintos autores sugerem classificações variadas sobre o tema, sendo as principais as que distinguem entre o luto dito normal e o luto complicado. O primeiro refere-se à forma como tal vivência é experienciada, sendo compreendido como um processo em que há entendimento e aceitação da perda

do familiar ou ente querido, propiciando um estado adaptativo de prosseguir vivendo na ausência daquela pessoa¹⁰.

O luto complicado, no que lhe concerne, é interpretado como ‘uma desorganização prolongada que a impede de retomar suas atividades com a qualidade anterior à perda’¹³. Ou seja, acarreta práticas, hábitos ou comportamentos disfuncionais que impactam as Atividades de Vida Diária (AVD).

Diante disso, realizou-se uma pesquisa prévia nas plataformas Joanna Briggs Institute (JBI) e Open Science Framework (OSF) acerca dos CP Oncológicos e a relação com o luto. Observou-se que há na literatura muitos estudos envolvendo os três objetos de estudo deste artigo, embora poucos façam conexões entre os mesmos. Além disso, a temática deste artigo é necessária, visto que há um aumento no diagnóstico oncológico, mas que ocorre de forma tardia, o que interfere diretamente nas medidas de cuidados ofertados.

O interesse por esta temática surgiu da necessidade de conhecer o que se tem publicado acerca da relação entre CP Oncológicos e Luto com o intuito de favorecer a apropriação do tema e identificar o que a literatura traz nesse contexto. Apesar do reconhecimento da importância dos CP Oncológicos no suporte ao paciente e sua família, ainda há lacunas na compreensão das formas utilizadas para lidar com o luto nesse contexto. Diante disso, este artigo objetivou mapear as estratégias e intervenções utilizadas nos CP Oncológicos para o acompanhamento do luto, identificando abordagens que auxiliem familiares no enfrentamento da perda.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão de escopo recomendada pelo JBI¹⁴ em atenção à proposta revisada de Arksey e O'Malley. O protocolo da pesquisa foi registrado na base OSF e pode ser verificado pelo *link* de registro: https://osf.io/msjyx/?view_only=3d556d093b1c43199a781e6dea0d5808 e DOI: 10.17605/OSF.IO/MSJYX.

6dea0d5808 e DOI: 10.17605/OSF.IO/MSJYX.

As etapas atenderam ao Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR) Checklist¹⁵. A pesquisa dos dados foi realizada em quatro etapas, sendo que a primeira etapa – identificação – consistiu na aplicação do critério de busca na plataforma científica escolhida para coletar os títulos encontrados; a segunda etapa – triagem dos dados – envolveu a leitura dos títulos ou resumos para filtrar os textos pertinentes à questão de pesquisa; a terceira etapa – elegibilidade – focou na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados nesta pesquisa; por fim, a quarta etapa – inclusão – resultou na extração dos metadados dos artigos selecionados para análise. Essas etapas são detalhadas abaixo.

Estratégia de busca

As buscas foram realizadas entre setembro e outubro de 2024 por dois pesquisadores independentes cegos entre si e seguiram o fluxograma Prisma-ScR adaptado para revisão de escopo¹⁵.

Para sustentar o critério de busca, a pergunta de investigação foi elaborada a partir do acrônimo PCC – População, Conceito e Contexto, a saber: ‘Quais estratégias e intervenções têm sido utilizadas nos CP Oncológicos para o acompanhamento do luto de familiares?’. Sendo que População é a equipe que atua em CP; Conceito é o luto; e Contexto são os CP oncológicos.

Inicialmente, identificaram-se quais descritores conseguiriam captar os artigos referentes à temática desta pesquisa. Para tanto, foram analisados os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) com os termos “Cuidados Paliativos”, “Neoplasia” e “Luto”.

Fez-se a extração dos descritores, sua combinação com as possibilidades de variação descritas no DeCS e, em seguida, a construção da *string* de busca com o uso do operador booleano ‘AND’ e ‘OR’. Ao final, gerou-se a seguinte *string* de busca em Português:

“cuidados paliativos” OR “cuidado paliativo” OR “Assistência Paliativa” OR “cuidado paliativo de apoio” OR “tratamento paliativo” AND neoplasia OR câncer OR neoplasias OR tumor AND luto OR enlutamento OR perda.

Na *string* de busca em inglês, adotaram-se os seguintes termos: “*palliative care*” OR “*Care, Palliative*” OR “*Palliative Supportive Care*” OR “*Palliative Treatment*” OR “*palliative Treatments*” AND *Neoplasms* OR *Cancer* OR *tumor* OR “*Malignant Neoplasm*” OR *tumors* AND *Bereavement* OR *Bereavements*.

Por fim, em espanhol, utilizou-se a *string* de busca: “*Apoyo en Cuidados Paliativos*” OR “*Asistencia Paliativa de Apoyo*” OR “*Atención Paliativa*” OR “*Tratamiento Paliativo*” AND *Neoplasias* OR “*Neoplasias Malignas*” OR *Cáncer* OR *Tumor* AND *Duelo* OR *pena* OR *Pérdida*.

Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultadas as bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cochrane Library. O processo de busca seguiu com ajustes progressivos no critério para otimizar a recuperação de estudos pertinentes ao tema.

Inicialmente, foram testadas três construções da *string* de busca, aplicadas em todas

as bases de dados. Durante esse processo, observou-se a necessidade de refinamentos para aprimorar a especificidade e sensibilidade da busca. Um dos principais ajustes foi a substituição do termo oncologia por ‘neoplasia’, uma vez que o primeiro resgatava predominantemente artigos voltados às ciências biomédicas, desviando do foco na abordagem dos CP.

Outro ajuste importante envolveu os termos relacionados ao luto. A busca inicial utilizou apenas o termo luto, resultando em um número reduzido de estudos. Para ampliar a abrangência, foram incorporados termos mais amplos, como perda e enlutamento, permitindo uma maior recuperação de artigos. Foi seguida de uma triagem qualitativa na leitura dos dados encontrados para garantir a relevância dos estudos selecionados.

O refinamento do critério ocorreu de forma sequencial e baseada em testes iniciais nas bases PubMed e BVS. Após os ajustes necessários, a busca final foi conduzida nas quatro bases de dados selecionadas. A *tabela 1* apresenta um resumo dos principais procedimentos adotados ao longo desse processo.

Tabela 1. Estratégia de busca – Resumo dos principais procedimentos adotados				
String de busca	BVS	PubMed	SciELO	Cochrane Library
Português: ((“cuidados paliativos” OR “cuidado paliativo” OR “Assistência Paliativa” OR “cuidado paliativo de apoio” OR “tratamento paliativo”) AND (neoplasia OR câncer OR neoplasias OR tumor) AND (luto OR enlutamento OR perda))	573	0	19	0
Inglês: ((“ <i>palliative care</i> ” OR “ <i>Care, Palliative</i> ” OR “ <i>Palliative Supportive Care</i> ” OR “ <i>Palliative Treatment</i> ” OR “ <i>palliative Treatments</i> ”) AND (<i>Neoplasms</i> OR <i>Cancer</i> OR <i>tumor</i> OR “ <i>Malignant Neoplasm</i> ” OR <i>tumors</i>) AND (<i>Bereavement</i> OR <i>Bereavements</i>))	436	24	3	18
Espanhol: ((“ <i>Apoyo en Cuidados Paliativos</i> ” OR “ <i>Asistencia Paliativa de Apoyo</i> ” OR “ <i>Atención Paliativa</i> ” OR “ <i>Tratamiento Paliativo</i> ”) AND (<i>Neoplasias</i> OR “ <i>Neoplasias Malignas</i> ” OR <i>Cáncer</i> OR <i>Tumor</i>) AND (<i>Duelo</i> OR <i>pena</i> OR <i>Pérdida</i>))	89	0	2	0

Fonte: elaboração própria, 2024.

Seleção dos estudos e elegibilidade

Os títulos identificados nas bases de dados foram exportados para o gerenciador de referências Rayyan^{®16}, em extensão compatível com o programa. Utilizou-se o Rayyan^{®16} para retirada de duplicidades e triagem dos artigos por dois pesquisadores.

Inicialmente, foram removidos os títulos duplicados, seguindo-se a análise independente entre os pesquisadores, realizada mediante seleção cega e em atenção à pergunta de pesquisa e objetivos definidos. A primeira etapa compreendeu a leitura de títulos, resumos e palavras-chave. Os artigos que atenderam aos critérios de relevância para responder à pergunta de investigação foram analisados na segunda fase via leitura dos manuscritos na íntegra.

Na etapa de elegibilidade, ainda de forma cega, os critérios de inclusão e de exclusão foram incluídos no Rayyan^{®16}. Os critérios de inclusão abrangem: os artigos publicados entre 2018 e 2023 em português, inglês e espanhol, de livre acesso, que tivessem como população do estudo pessoas enlutadas e a relação com CP, especificados no campo da oncologia e que respondessem à pergunta de investigação. O período de inclusão de 2018 a 2023 foi escolhido com o objetivo de garantir a atualização das evidências científicas sobre as formas e intervenções voltadas ao acompanhamento do luto em CP oncológico. Essa escolha considera que houve avanços significativos na compreensão do luto nesse contexto, impulsionados por novas diretrizes, práticas baseadas em evidências e um olhar mais aprofundado sobre o suporte a familiares.

Não foram considerados a literatura cinzenta, trabalhos duplicados ou publicados nos anos anteriores ao período de busca estabelecido; fizeram-se exclusões baseadas na qualidade metodológica e de artigos que não possuíam relevância temática e que não abordaram diretamente o luto no contexto dos CP oncológicos. Ressalta-se que a coleta e atualização dos trabalhos ocorreu no período de setembro e outubro de 2024.

Somente a partir desse momento, divergências nos pareceres dos pesquisadores cegos foram encaminhadas para discussão entre eles às claras. Após esse momento, os artigos resultantes foram incluídos para a extração dos metadados e posterior inferência dos desfechos.

Tratamento dos dados

Um mestrando e outro doutorando foram os pesquisadores escolhidos para executar as etapas do Prisma-ScR15, cuja autonomia no estudo foi definida para valores de concordância no coeficiente de kappa superiores a 0,61, o que indica uma concordância substancial¹⁷. Os demais pesquisadores eram doutores com expertise na área e exerceram o papel de revisores das condutas e análise dos achados.

Extração, organização e análise dos dados

A organização e extração dos dados seguiram um protocolo previamente estabelecido, baseado nas diretrizes do JBI¹⁴. Para garantir a confiabilidade do processo, foi conduzida uma pilotagem do instrumento de extração de dados em um subconjunto de artigos antes da extração completa, permitindo ajustes, quando necessário. Inicialmente, elencaram-se apenas os dados de identificação do artigo, objetivo e desenho metodológico e resultados.

No entanto, com intuito de responder adequadamente à pergunta de investigação, especificaram-se mais os metadados a serem utilizados, como autor e ano de publicação, título, objetivo, desenho do estudo, população alvo, tipo de luto abordado, intervenções identificadas, estratégia de suporte ao luto, resultados e principais conclusões.

A construção dos resultados e da discussão versou pela análise de conceitos e definições que respondem à problemática dessa pesquisa de acordo com o contexto. A análise pautou-se a partir do conteúdo dos estudos que foram lidos na íntegra, com enfoque nos objetivos,

resultados e conclusões de cada artigo incluído. Para isso, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin¹⁸ para discutir as temáticas encontradas. Tal análise possui três passos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise compreendeu uma leitura flutuante do material, com o objetivo de promover um primeiro contato com os dados e favorecer a organização inicial das ideias. Essa etapa permitiu a familiarização com os textos selecionados, facilitando a identificação de temas recorrentes e relevantes.

Em seguida, procedeu-se à exploração do material, etapa na qual os dados foram codificados e classificados. Destacaram-se os principais tópicos abordados nos estudos, como a conceituação de luto e de CP oncológicos, os tipos de luto identificados – antecipatório, complicado, prolongado –, a prevalência do luto no contexto dos CP, as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares e cuidadores, e a relação entre o processo de luto e os CP oncológicos em diferentes contextos de cuidado, como o domiciliar e hospitalar. As unidades de registro e de contexto foram delimitadas com base na recorrência temática e na relevância conceitual para o objetivo deste estudo.

Na terceira etapa, referente ao tratamento dos resultados obtidos, foi realizada uma análise interpretativa, por meio da qual se efetuou a inferência dos dados, a captação de

significados subjacentes ao conteúdo explícito e a comparação com outros estudos presentes na literatura científica. A análise foi norteadada pela técnica de categorização temática, conforme proposta por Bardin¹⁹, possibilitando a construção de eixos temáticos que emergiram a partir da leitura crítica do material lido.

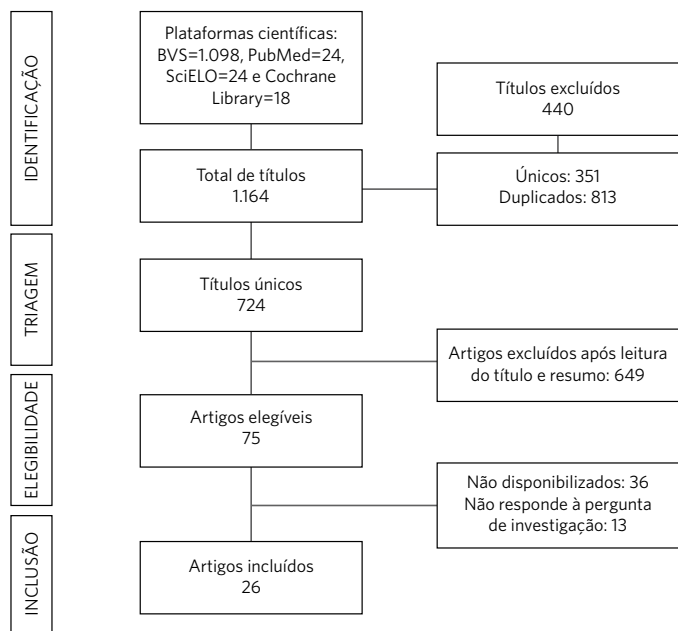
As categorias foram organizadas de forma a facilitar a compreensão das contribuições dos CP oncológicos para o processo de luto, permitindo, assim, mapear os pontos mais relevantes emergidos das evidências científicas analisadas. Ressalta-se que, nos artigos estrangeiros, foi realizada a tradução livre pela autora, sempre que necessário, com o objetivo de manter a fidelidade ao conteúdo original.

Resultados

Após ser aplicada a *string* de busca nas bases selecionadas (BVS, PubMed, SciELO e Cochrane Library), restou um total de 1.164 artigos. Nessa revisão, o grau de concordância obtido foi de 0,61, o que indica uma concordância substancial entre os pesquisadores.

Dos 1.164 títulos, 724 artigos foram selecionados. Os critérios de elegibilidade filtraram 75 artigos para a análise completa dos textos. Desses, 26 foram incluídos para a extração dos metadados. A *figura 1* apresenta o fluxograma do processo de seleção das publicações desta revisão.

Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos dados



Fonte: elaboração própria, 2024.

Os 26 artigos remanescentes foram descritos no *quadro 1*:

Quadro 1. Apresentação dos estudos que compõem a revisão

Ordem dos artigos	Objetivo	Desenho do estudo	População alvo	Tipo de luto abordado	Intervenções identificadas	Estratégia de suporte ao luto	Resultados	Conclusão
Heymann-Horan AV et al. (2018) Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial								
E1	Avaliar impacto dos CP domiciliares e intervenção psicológica sobre ansiedade e depressão dos cuidadores	Ensaio clínico randomizado	Cuidadores de pacientes com CP domiciliar	Luto antecipatório	Intervenção psicológica para cuidadores	Redução de ansiedade e depressão	O suporte psicossocial reduziu sofrimento emocional	CP domiciliar associado a menores níveis de sofrimento
Applebaum KE et al. (2022) A Qualitative Exploration of the Feasibility and Acceptability of Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers								
E2	Explorar a viabilidade e aceitação da psicoterapia centrada no significado para cuidadores de pacientes com câncer	Estudo qualitativo	Cuidadores de pacientes oncológicos	Luto antecipatório e pós-morte	Psicoterapia centrada no significado	Suporte emocional e reflexão sobre o significado da perda	A intervenção foi bem aceita e pode ajudar no enfrentamento do luto	A psicoterapia centrada no significado pode ser uma estratégia útil para reduzir o sofrimento de cuidadores

Quadro 1. Apresentação dos estudos que compõem a revisão

Ordem dos artigos						Estratégia de suporte ao		
Objetivo	Desenho do estudo	População alvo	Tipo de luto abordado	Intervenções identificadas	luto	Resultados	Conclusão	
Hansson HRN et al. (2021)		End-of-life palliative home care for children with cancer: A qualitative study on parents' experiences						
E3	Compreender as experiências de pais que recebem cuidados paliativos domiciliares para seus filhos com câncer	Estudo qualitativo	Pais de crianças com câncer	Luto antecipatório e pós-morte	Cuidados paliativos domiciliares	Acompanhamento de profissionais de saúde no domicílio	Pais relataram desafios emocionais, mas valorizam o suporte recebido	O suporte domiciliar pode ajudar os pais a se prepararem para a perda e reduzir o impacto do luto
Shimizu Y et al. (2023)		The Impact of Stressful Life Events after Bereavement: A Nationwide Cross-sectional Survey						
E4	Analisar o impacto de eventos estressantes após o luto	Estudo transversal	Familiares enlutados	Luto complicado	Identificação de fatores de risco para sofrimento prolongado	Monitoramento de fatores de estresse pós-luto	Eventos estressantes aumentam o risco de luto prolongado	Estratégias de suporte contínuo podem reduzir os impactos do luto complicado
Hill NK et al. (2023)		Factors associated with mental health service use among families bereaved by pediatric cancer						
E5	Identificar fatores que influenciam o uso de serviços de saúde mental por famílias enlutadas	Estudo quantitativo	Famílias de crianças falecidas por câncer	Luto complicado e pós-morte	Serviços de saúde mental	Encaminhamento para suporte psicológico	Muitos familiares não acessam serviços de saúde mental apesar da necessidade	Melhor divulgação e acesso a serviços de saúde mental são necessários
Dhiliwal SR et al. (2022)		Development of a model of Home-based Cancer Palliative Care Services in Mumbai - Analysis of Real-world Research Data over 5 Years						
E6	Desenvolver um modelo de cuidados paliativos domiciliares para pacientes com câncer	Estudo observacional longitudinal	Pacientes oncológicos e familiares	Luto antecipatório	Cuidados paliativos domiciliares	Suporte psicológico e espiritual contínuo	O modelo melhorou o bem-estar dos pacientes e preparou os familiares para o luto	Cuidados domiciliares bem estruturados podem reduzir o impacto emocional da perda
Hiratsuka R et al. (2022)		The Association of Family Functioning With Possible Major Depressive Disorders and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Patients With Cancer: Results From the J-HOPE4 Study, a Nationwide Cross-Sectional Follow-Up Survey in Japan						
E7	Investigar a associação entre funcionamento familiar, depressão e luto complicado em familiares enlutados de pacientes oncológicos	Estudo transversal	Familiares de pacientes com câncer	Luto complicado	Avaliação de fatores familiares no impacto do luto	Suporte familiar como fator protetor contra luto complicado	Famílias com maior suporte apresentaram menor incidência de luto complicado	Estratégias de suporte devem considerar o funcionamento familiar para mitigar sofrimento pós-perda
McNeil MJ et al. (2022)		"You are not alone": Connecting through a bereaved parent mentor program for parents whose child died of cancer						
E8	Avaliar o impacto de um programa de mentoria entre pais enlutados	Estudo qualitativo	Pais enlutados	Luto pós-morte	Programa de mentoria entre pais enlutados	Compartilhamento de experiências para suporte mútuo	O programa ajudou os pais a lidarem melhor com o luto	A troca de experiências entre pais enlutados pode ser uma intervenção eficaz
Shimizu Y et al. (2021)		Changes in depressive symptoms among family caregivers of patients with cancer after bereavement and their association with resilience: A prospective cohort study						
E9	Analisar a relação entre sintomas depressivos e resiliência em familiares enlutados de pacientes com câncer	Estudo longitudinal	Familiares de pacientes falecidos por câncer	Luto pós-morte	Avaliação de resiliência	Identificação de fatores protetivos contra depressão pós-luto	Indivíduos mais resilientes apresentaram menor impacto emocional após a perda	Estratégias que promovam a resiliência podem reduzir sintomas depressivos pós-luto

Quadro 1. Apresentação dos estudos que compõem a revisão

Ordem dos artigos	Objetivo	Desenho do estudo	População alvo	Tipo de luto abordado	Intervenções identificadas	Estratégia de suporte ao luto	Resultados	Conclusão
O'Connor M et al. (2021)		"It's Always Been a Second Class Cancer": An Exploration of the Experiences and Journeys of Bereaved Family Carers of People with Sarcoma						
E10	Explorar as experiências de familiares enlutados de pacientes com sarcoma	Estudo qualitativo	Familiares de pacientes com sarcoma	Luto pós-morte	Suporte psicológico e emocional	Narrativas sobre o impacto do diagnóstico e perda	Familiares relataram dificuldades emocionais e falta de suporte específico	O luto pode ser agravado quando há falta de reconhecimento da gravidade da doença
Ullrich A et al. (2021)		Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study						
E11	Identificar necessidades de suporte e uso de serviços por cuidadores de pacientes em CP oncológico	Estudo longitudinal	Cuidadores de pacientes com câncer avançado	Luto antecipatório	Serviços de suporte paliativo	Encaminhamento para suporte emocional e espiritual	Cuidadores com suporte adequado relataram menor impacto emocional após a perda	Melhor estruturação dos serviços pode reduzir o sofrimento dos cuidadores
Lundberg T et al. (2020)		Poor Psychosocial Well-Being in the First Year and a Half After Losing a Parent to Cancer – A Longitudinal Study Among Young Adults Participating in Support Groups						
E12	Analisar o impacto do luto em jovens adultos que perderam pais para o câncer e a eficácia dos grupos de apoio	Estudo longitudinal	Jovens adultos enlutados	Luto pós-morte	Grupos de apoio psicossocial	Participação em grupos de suporte	Jovens que participaram dos grupos relataram menor sofrimento emocional	O suporte em grupo pode ser uma estratégia eficaz para auxiliar jovens enlutados
Jawahri AE et al. (2021)		Psychological Distress in Bereaved Caregivers of Patients with Advanced Cancer						
E13	Investigar o sofrimento psicológico em cuidadores enlutados de pacientes com câncer avançado	Estudo transversal	Cuidadores enlutados	Luto complicado	Avaliação da saúde mental	Encaminhamento para apoio psicológico	Cuidadores enlutados apresentaram altos níveis de sofrimento emocional	Maior acesso a serviços de saúde mental pode ajudar a mitigar o impacto do luto
Petursdottir AB et al. (2020)		The Impact of Receiving a Family-Oriented Therapeutic Conversation Intervention Before and During Bereavement Among Family Cancer Caregivers						
E14	Avaliar os efeitos de intervenções terapêuticas orientadas à família no processo de luto	Estudo qualitativo	Cuidadores familiares de pacientes com câncer	Luto antecipatório e pós-morte	Conversas terapêuticas em família	Preparação emocional antes da perda	A intervenção ajudou os cuidadores a lidarem melhor com o luto	Estratégias terapêuticas familiares podem reduzir o sofrimento pós-luto
Reblin M et al. (2019)		Communication of emotion in home hospice cancer care: Implications for spouse caregiver depression into bereavement						
E15	Explorar a relação entre comunicação emocional no cuidado domiciliar e depressão pós-luto em cuidadores	Estudo qualitativo	Cuidadores conjugais	Luto pós-morte	Comunicação emocional no fim da vida	Expressão emocional durante o cuidado	Melhor comunicação reduziu sintomas depressivos pós-luto	Estratégias de comunicação podem influenciar positivamente a adaptação ao luto
Zordan RD et al. (2019)		Long-term prevalence and predictors of prolonged grief disorder amongst bereaved cancer caregivers: A cohort study						
E16	Identificar fatores preditores do luto prolongado em cuidadores de pacientes oncológicos	Estudo de coorte	Cuidadores enlutados	Luto prolongado	Avaliação dos fatores de risco	Rastreamento precoce do risco de luto complicado	Fatores como baixa rede de apoio aumentaram o risco de luto prolongado	Estratégias preventivas devem focar no suporte social antes da perda

Quadro 1. Apresentação dos estudos que compõem a revisão

Ordem dos artigos		Desenho do estudo			Tipo de luto		Intervenções		Estratégia de suporte ao luto		
Objetivo		População alvo		abordado		identificadas		Resultados		Conclusão	
Wiener L et al. (2018)		Personalized and yet standardized: An informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology settings									
E17	Desenvolver um modelo de cuidado ao luto em oncologia pediátrica	Estudo qualitativo	Famíliares de crianças com câncer	Luto antecipatório e pós-morte	Suporte psicossocial padronizado	Desenvolvimento de diretrizes para cuidado ao luto	A abordagem estruturada ajudou famílias a lidarem melhor com a perda	Protocolos de suporte ao luto devem ser incorporados ao CP pediátrico			
Arnouta AB (2020)		The grief of loss among breast cancer patients during the COVID-19 pandemic: How can palliative care workers help?									
E18	Explorar o impacto do luto em pacientes com câncer de mama na pandemia	Estudo qualitativo	Pacientes com câncer de mama	Luto antecipatório	Apoio emocional em tempos de crise	Intervenção remota e suporte virtual	A pandemia intensificou o sofrimento emocional das pacientes	Estratégias de suporte virtual podem ser eficazes			
Gerlach C et al. (2023)		What do bereaved relatives of cancer patients dying in hospital want to tell us? Analysis of free-text comments from the International Care of the Dying Evaluation (i-CODE) survey: a mixed methods approach									
E19	Analisar feedbacks de familiares enlutados sobre cuidados em hospital	Estudo misto	Famíliares de pacientes falecidos em hospital	Luto pós-morte	Análise de feedbacks qualitativos	Melhorias sugeridas na assistência ao final da vida	Famíliares apontaram falhas na comunicação e suporte emocional	Melhorias na comunicação e suporte poderiam reduzir sofrimento			
Lee JT et al. (2022)		Dying of mesothelioma: A qualitative exploration of caregiver experiences									
E20	Explorar a experiência de cuidadores de pacientes com mesotelioma em fim de vida	Estudo qualitativo	Cuidadores de pacientes com mesotelioma	Luto antecipatório e pós-morte	Apoio psicossocial	Estratégias para aliviar o sofrimento familiar	Cuidadores relataram impacto emocional significativo	Maior suporte no CP pode minimizar sofrimento antecipatório			
Mah K et al. (2021)		Caregiver bereavement outcomes in advanced cancer: associations with quality of death and patient age									
E21	Examinar a relação entre a qualidade da morte do paciente e o luto do cuidador	Estudo quantitativo	Cuidadores de pacientes com câncer avançado	Luto pós-morte	Avaliação da qualidade da morte e impacto no luto	Identificação de fatores de proteção contra luto complicado	Maior qualidade da morte se associou a menor sofrimento no luto	Melhor controle dos sintomas no fim da vida pode reduzir sofrimento do cuidador			
Bronsema A et al. (2022)		Looking back: Identifying supportive care and unmet needs of parents of children receiving specialist paediatric palliative care from the bereavement perspective									
E22	Identificar necessidades de suporte e lacunas no CP pediátrico	Estudo retrospectivo	Pais enlutados de crianças com câncer	Luto pós-morte	Avaliação retrospectiva das necessidades de suporte	Identificação de serviços subutilizados	Pais relataram necessidade de suporte prolongado	Estratégias de suporte contínuo devem ser implementadas			
Breen, LB et al. (2019)		Effect of caregiving at end of life on grief, quality of life and general health: A prospective, longitudinal, comparative study									
E23	Analisar os efeitos do cuidado no fim da vida sobre o luto e qualidade de vida	Estudo longitudinal	Cuidadores de pacientes terminais	Luto antecipatório e pós-morte	Avaliação do impacto do cuidado sobre o luto	Identificação de fatores de risco para luto complicado	O envolvimento intenso no cuidado impactou negativamente o luto	Estratégias de suporte ao cuidador devem ser priorizadas			
Roberts KE et al. (2020)		Bereavement Risk Screening: A Pathway to Psychosocial Oncology Care									
E24	Avaliar um modelo de triagem de risco de luto complicado em pacientes oncológicos	Estudo quantitativo	Famíliares de pacientes oncológicos	Luto antecipatório e pós-morte	Triagem de risco de luto complicado	Encaminhamento preventivo para suporte psicológico	A triagem foi eficaz para identificar pessoas em risco	Ferramentas de triagem podem melhorar intervenções precoces			

Quadro 1. Apresentação dos estudos que compõem a revisão

Ordem dos artigos		Estratégia de suporte ao luto						
Objetivo	Desenho do estudo	População alvo	Tipo de luto abordado	Intervenções identificadas	luto	Resultados	Conclusão	
Magalhães SB et al. (2023)		A morte reconhecida: experiência de luto antecipatório de familiares de pacientes em final de vida						
E25	Explorar o luto antecipatório de familiares de pacientes terminais	Estudo qualitativo	Familiares de pacientes em final de vida	Luto antecipatório	Reflexão sobre a morte iminente	Preparação emocional antes da perda	Os familiares relataram que o reconhecimento da morte ajudou na adaptação ao luto	Estratégias de suporte que permitam discutir a morte podem auxiliar na preparação para o luto
Batista MPP et al. (2018)		Reflexões sobre a realização de entrevistas com viúvas enlutadas em pesquisas qualitativas						
E26	Discutir desafios e aprendizados ao entrevistar viúvas enlutadas	Estudo qualitativo	Viúvas enlutadas	Luto pós-morte	Entrevistas como ferramenta de compreensão do luto	Reflexão sobre narrativas e impacto emocional	O relato das viúvas revelou desafios emocionais significativos	O processo de entrevista pode ser uma ferramenta terapêutica para enlutados

Fonte: os autores (2024).

De acordo com os resultados, foi possível identificar que os 26 artigos incluídos nesta revisão se debruçaram sobre a avaliação e análise da abordagem dos CP oncológicos no processo de luto. Nove artigos – E1, E6, E7, E11, E13, E14, E15, E18, E21 – destacam a importância dos CP oncológicos na redução do sofrimento de cuidadores e na preparação para o luto.

Observou-se que o suporte da equipe multiprofissional foi destacado como primordial no processo de luto, desde o diagnóstico, admissão em CP, processo de despedidas e óbito do paciente. Três artigos destacam que a presença da equipe de CP pode resultar no alívio de sintomas ansiosos e depressivos e promover uma adaptação mais saudável durante o luto: E1, E14, E15, E17.

Os artigos analisados destacam a prevalência do luto antecipatório diante de um diagnóstico oncológico e admissão em CP. Seis artigos – E2, E4, E7, E14, E18, E25 – indicam que os cuidadores começam a vivenciar o luto antes da morte do paciente, em resposta à expectativa da perda e ao sofrimento prolongado do paciente. Diante disso, sete artigos – E7, E9, E11, E12, E13, E15, E22 – destacam a necessidade de envolver a família nos cuidados ao

paciente em palição oncológica, enfatizando a importância de garantir que os familiares recebam o suporte necessário durante e após a morte do paciente.

Considerando os familiares e cuidadores de pacientes em CP, oito artigos – E5, E8, E12, E13, E16, E19, E23, E24 – identificaram que, no processo de cuidado, as necessidades emocionais dos cuidadores nem sempre foram atendidas, especialmente após a morte dos pacientes. Identificou-se que o cuidado e apoio ao luto dos familiares ou cuidadores ocorreram, na maioria das vezes, somente no momento da perda, não sendo realizado um acompanhamento junto à pessoa enlutada.

Nesse sentido, oito artigos – E5, E8, E12, E13, E16, E19, E23, E24 – destacam a importância de intervenções psicossociais específicas para pessoas enlutadas, como grupos de apoio entre pares e programas de mentorias, o que tem mostrado eficácia em reduzir o isolamento social e trabalhar o ressignificado da vida após a perda.

Além disso, cinco artigos – E13, E14, E16, E19, E24 – definiram e analisaram o processo de luto prolongado e sua associação com CP oncológico. Identificou-se um risco significativo de luto prolongado entre os cuidadores de paciente em que, mesmo recebendo CP, as

condutas não foram de alívio dos sintomas e não incluíram suporte psicológico adequado.

Por fim, quatro artigos – E6, E15, E19, E21 – analisaram a relação entre a qualidade da morte e o processo de luto. Identificou-se que a qualidade da morte tem um impacto direto na forma como a pessoa enlutada experiencia o luto, destacou-se que morrer com menos sofrimento e de forma mais tranquila tende a reduzir as complicações do luto. Dessa forma, a efetividade dos princípios de CP em garantir uma morte sem dor e com dignidade são essenciais para facilitar um processo de luto mais saudável e menos traumático.

Discussão

Este artigo objetivou mapear os pontos relevantes de CP oncológicos que contribuem para a compreensão do luto. Dentre os achados primários, destaca-se a importância dos CP oncológicos na redução do sofrimento dos cuidadores e na preparação para o luto, além de seu papel no alívio de sintomas ansiosos e depressivos após a perda. Como achado secundário, evidenciou-se a necessidade de abordar o processo de luto antes da morte do paciente, reconhecendo o desenvolvimento do luto antecipatório desde o diagnóstico oncológico. Nesse sentido, os estudos analisados ressaltam a importância do acompanhamento familiar antes, durante e após a perda, visando a prevenir o luto complicado.

Diante do impacto de uma doença oncológica, os achados desta revisão reforçam a necessidade de uma abordagem de cuidado que contemple todas as nuances de uma condição ameaçadora à vida. Os CP emergem como uma estratégia essencial para promover qualidade de vida a pacientes e familiares, com intervenções voltadas ao controle da dor e de outros sintomas, bem como ao suporte psicossocial e espiritual²⁰.

Diante do impacto de uma doença oncológica, os achados desta revisão reforçam a necessidade de uma abordagem de cuidado que contemple todas as nuances de uma

condição ameaçadora à vida. Os estudos analisados indicam que a abordagem precoce dos CP no tratamento oncológico contribui para um suporte mais eficaz a pacientes e familiares, com intervenções voltadas para o controle da dor e de outros sintomas, bem como para o suporte psicossocial e espiritual^{20,21}. A introdução precoce dessa abordagem no tratamento oncológico não apenas alivia o sofrimento, mas também pode melhorar a sobrevida e o bem-estar geral²². Ullrich et al.²³ e von Heymann-Horan et al.²⁴ ressaltam que a admissão precoce nos CP é crucial para estabelecer um suporte contínuo para pacientes e familiares, permitindo um planejamento mais eficaz do fim da vida, incluindo alívio do sofrimento e tomada de decisões informadas.

Uma das principais questões emergentes nos estudos revisados foi a entrada tardia em CP estar associada a maior sofrimento emocional e físico, tanto para pacientes como para cuidadores. Além disso, a falta de planejamento antecipado no processo de luto pode resultar em complicações durante a adaptação à perda^{25,26}. O luto antecipatório não só pode auxiliar na aceitação gradual da perda como pode desencadear estresse emocional significativo^{27,28}. Petursdottir et al.²⁹ acrescentam que esse tipo de luto oferece uma oportunidade para resolver pendências emocionais e fortalecer vínculos afetivos, o que pode reduzir o risco de luto complicado após a morte.

O luto complicado foi outro aspecto amplamente discutido nos estudos analisados. Cemin e Einsfeld³⁰ ressaltam que o luto complicado não é apenas uma resposta emocional prolongada à perda, mas pode evoluir para um quadro patológico, dificultando a retomada da vida cotidiana. Rando³¹ descreve esse fenômeno como uma fixação no sofrimento da perda, impedindo a adaptação emocional e a reconstrução da rotina. Neimeyer et al.³² destaca que fatores como baixa resiliência emocional, relações familiares conflituosas e suporte inadequado durante o processo de cuidado podem contribuir para o desenvolvimento do luto complicado. Nesse sentido,

decisões preventivas, como suporte emocional contínuo e planejamento antecipado, são fundamentais para minimizar esse risco.

A individualidade do processo de luto também foi destacada por Wiener et al.³³, que defendem abordagens flexíveis e adaptadas às necessidades de cada indivíduo. Estudos contemporâneos reforçam essa perspectiva, enfatizando a necessidade de suporte psicossocial adequado em todas as fases do luto^{34,35}. A manutenção de consultas regulares e o acompanhamento psicossocial são essenciais para uma adaptação saudável ao luto.

Diante das peculiaridades do processo de luto e considerando os princípios dos CP, torna-se necessário um processo de comunicação empática e efetiva entre a equipe multiprofissional, paciente e familiares. Prado et al.³⁶ afirmam que uma comunicação clara e sensível pode reduzir a depressão do cuidador e facilitar o processo de adaptação à perda. Back et al.³⁷ reforçam que a comunicação eficaz sobre prognóstico e final de vida permite que pacientes e familiares se preparem emocionalmente, promovendo um luto menos traumático. Ademais, a adoção de sistemas como linguagem acessível, validação de emoções e escuta ativa são indicados como fundamentais para um suporte adequado durante a progressão da doença^{37,38}.

Além disso, para uma adaptação saudável após a perda, estudos afirmam que uma morte percebida como digna e sem sofrimento impacta positivamente o luto dos cuidadores. Elementos como controle da dor, respeito às preferências do paciente e suporte emocional adequado são fatores que contribuem para uma experiência de luto menos traumática e mais funcional³⁹. Gerlach et al.⁴⁰ indicam que familiares que percebem que seus entes queridos receberam um cuidado de fim de vida respeitoso e digno tendem a apresentar melhores desfechos de luto, reforçando a importância da qualidade do cuidado nos momentos finais da vida do paciente.

Dessa maneira, os achados desta revisão sugerem a necessidade de fortalecer diretrizes

de suporte ao luto dentro dos CP oncológicos, investindo em comunicação efetiva, suporte psicossocial contínuo e intervenções personalizadas que favoreçam uma adaptação mais saudável ao processo de perda.

Limitações do estudo

Esta revisão de escopo apresenta algumas limitações. Sobre as plataformas de busca escolhidas, a BVS foi a que mais obteve resultados, com a *string* de busca em português. Quanto aos descritores, utilizou-se inicialmente o descritor 'oncologia'. No entanto, observou-se que os resultados focaram-se em dados que não respondiam à pergunta norteadora desta revisão. Dessa forma, optou-se pelo descritor 'neoplasia' e seus sinônimos.

Apesar da revisão de escopo, diferentemente da revisão sistemática, permitir uma busca ampliada por diversos tipos de texto, nesta pesquisa, optou-se por utilizar apenas fontes primárias e secundárias provenientes de artigos, que, por sua vez, acabam sendo mais objetivos, o que pode ter influenciado os dados obtidos. Outra dificuldade apresentada foi a quantidade de artigos com acesso restrito. Pelo título e resumo, poderiam ser eleitos para esta revisão, mas não tinham acesso livre para a leitura na íntegra, o que comprometeria a análise dos dados.

Por fim, observou-se, nos artigos analisados, que há dificuldades de sistematização e de fluxogramas quanto ao início da abordagem do luto, mesmo no contexto de CP oncológicos, além de se restringir ao momento da perda, sem continuidade no acompanhamento dos enlutados.

Conclusões

A partir dos achados desta revisão, conclui-se que a introdução precoce dos CP é fundamental para melhorar a qualidade de vida de pacientes oncológicos e seus familiares, promovendo alívio do sofrimento e apoio psicossocial contínuo. A aceitação dessa abordagem

desde os primeiros momentos do diagnóstico oncológico não só favorece o manejo dos sintomas, mas também pode facilitar a tomada de decisões e preparar os envolvidos para o processo de luto. Por outro lado, a entrada tardia nos CP pode estar associada a maior sofrimento emocional e físico, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores.

Este estudo identificou que uma morte percebida como digna e sem sofrimento, aliada ao controle da dor, ao respeito às preferências do paciente e ao suporte emocional adequado, contribui para uma experiência de luto menos traumática, impactando positivamente a adaptação dos cuidadores e familiares. Os achados indicam que, embora o suporte emocional durante o processo de cuidado seja vital, a continuidade do acompanhamento após a morte do paciente é frequentemente negligenciada. Isso reforça a existência de uma lacuna significativa no suporte aos enlutados, sugerindo que a implantação de estratégias de acompanhamento psicossocial seja essencial para mitigar o risco de luto complicado.

As limitações desta revisão reforçam a necessidade de mais estudos longitudinais e interdisciplinares. Pesquisas futuras devem explorar a continuidade do apoio ao luto em contextos específicos de CP e as melhores práticas para a intervenção em luto prolongado.

Contribuições de autoria

Serrão CCA (0000-0003-1042-4352)* contribuiu para a concepção do estudo, delineamento metodológico, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito e revisão final. Malcher AAA (0000-0001-7553-9447)* contribuiu para a coleta de dados, organização das informações e apoio na redação do manuscrito. Cardoso MM (0000-0002-4792-5110)* contribuiu para a revisão gramatical, correção textual e adequação às normas da revista. Corrêa VAC (0000-0003-0133-7927)* atuou como orientador, contribuindo para a concepção do estudo, supervisão científica, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(1):77-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
2. Araújo GD, Müller NLF, Ginel ISF, et al. Do diagnóstico até o início do tratamento oncológico: tempo de espera dos pacientes e fatores associados nos Estados do Sul do Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2025;71(3):e245200. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5200>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global cancer statistics 2023. Geneva: WHO; 2023.
4. Applebaum AJ, Roberts KE, Lynch K, et al. A qualitative exploration of the feasibility and acceptability of meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers. *Palliat Support Care*. 2022;20:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1478951521002030>
5. Chagas ACN, Oliveira LSM, Silva VSM, et al. Sobre os propósitos das ocupações de pessoas em cuidados paliativos oncológicos em um contexto hospitalar. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2021;9:190-201. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i0.4300>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Palliative care: improving quality of life for patients and families. Geneva: WHO; 2020.
7. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, et al. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(2):e20220007. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007>
8. Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, et al. Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):915-925. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00013>
9. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor.* 2011;12(3):250-255. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>
10. Rodrigues LMSS, Santos DF, Nunes JCC. As implicações do sofrimento psicológico na vivência de luto: uma revisão integrativa. *Rev JRG Estud Acad.* 2024;7(15):e151723. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1723>
11. Hansson H, Björk M, Santacroce SJ, et al. End-of-life palliative home care for children with cancer: a qualitative study on parents' experiences. *Scand J Caring Sci.* 2022;37(4):917-926. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.13066>
12. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1969.
13. Braz MS, Franco MHP. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicol Ciênc Prof.* 2017;37(1):90-105. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
14. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, et al. JBI manual for evidence synthesis. JBI; 2024. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
17. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. 2ª ed. Chichester: Wiley; 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. 2ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Li C, Tang N, Yang L, et al. Effect of caregiver burden on anticipatory grief among caregivers of elderly cancer patients: chain mediation role of family functioning and resilience. *Front Psychol.* 2023;13:1020517. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020517>
21. Roberts KE, Jankauskaite G, Slivjak E, et al. Bereavement risk screening: a pathway to psychosocial oncology care. *Psychooncology.* 2020;29(12):2041-2047. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5526>
22. Petrillo LA, Jones KF, El-Jawahri A, et al. Why and how to integrate early palliative care into cutting-edge personalized cancer care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2024;44:e100038. DOI: <https://doi.org/10.1200/EDBK.100038>
23. Ullrich A, Marx G, Bergelt C, et al. Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. *Support Care Cancer.* 2021;29(3):1303-1315. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05565-z>
24. von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, et al. Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Br J Cancer.* 2018;119(11):1307-1315. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0193-8>

25. Shimizu Y, Masukawa K, Aoyama M, et al. The impact of stressful life events after bereavement: a nationwide cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*. 2023;65(4):273-284. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.12.012>
26. Zordan RD, Bell ML, Price M, et al. Long-term prevalence and predictors of prolonged grief disorder amongst bereaved cancer caregivers: a cohort study. *Palliat Support Care*. 2019;17(5):507-514. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1478951518001013>
27. Toyama H, Honda A. Using narrative approach for anticipatory grief among family caregivers at home. *Glob Qual Nurs Res*. 2016;3:2333393616682549. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393616682549>
28. Shimizu Y, Hayashi A, Maeda I, et al. Changes in depressive symptoms among family caregivers of patients with cancer after bereavement and their association with resilience: a prospective cohort study. *Psychooncology*. 2021;31(1):86-97. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5783>
29. Petursdottir AB, Sigurdardottir V, Rayens MK, et al. The impact of receiving a family-oriented therapeutic conversation intervention before and during bereavement among family cancer caregivers. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020;22(5):383-391. DOI: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000679>
30. Cemin TM, Einsfeld P. Luto antecipatório: implicações e percepções culturais. *Rev Psi Divers Saúde*. 2022;e4074. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e4074>
31. Rando T. Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Press; 1993.
32. Neimeyer RA, Burke LA, Mackay MM, et al. Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *J Contemp Psychother*. 2010;40(2):73-83. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
33. Wiener L, Rosenberg AR, Lichtenthal WG, et al. Personalized and yet standardized: an informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology settings. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):706-711. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1478951517001249>
34. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(3):349-357. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.349>
35. Bonanno GA. The end of trauma: how the new science of resilience is changing how we think about PTSD. New York: Basic Books; 2021.
36. Prado RT, Leone DRR, Souza TM, et al. Palliative care management by caregivers in home care: theoretical validation in a conversation circle. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6):e20210737. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0737>
37. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(3):164-177. DOI: <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>
38. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
39. Pokpalagon P, Chaiviboontham S, Siripitayakunkit A, et al. Quality of end-of-life care, quality of dying and death, and grief in bereaved family caregivers. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1382. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04023-7>
40. Gerlach C, Baus M, Gianicolo E, et al. What do bereaved relatives of cancer patients dying in hospital want to tell us? Analysis of free-text comments from the International Care of the Dying Evaluation (i-CODE) survey: a mixed methods approach. *Palliat Med*. 2023;37(1):35-50. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07490-9>

Recebido em 21/05/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: 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

Desempenho da APS brasileira e inglesa durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo

Performance of Brazilian and English PHC during the COVID-19 pandemic: A scoping review

Larissa Beraldes de Souza¹, Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta¹, José Rodrigues Freire Filho¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911071P

RESUMO Este estudo teve como objetivo mapear as evidências disponíveis sobre o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), em comparação com o National Health Service (NHS) da Inglaterra, com foco no processo de trabalho durante a pandemia de covid-19, bem como identificar lacunas de conhecimento. Realizou-se uma revisão de escopo, baseada na metodologia JBI, com buscas nas bases PubMed, Lilacs, Scopus, Cinahl, Embase e Web of Science, em junho de 2024. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, segundo a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). A seleção foi conduzida por três revisores, com apoio dos softwares EndNote e Rayyan. Ao todo, 34 estudos foram analisados. Os achados indicam que a pandemia afetou significativamente o processo de trabalho da APS. Em ambos os sistemas, priorizou-se o atendimento a sintomáticos respiratórios, reduzindo atividades rotineiras e descaracterizando atributos da APS. No NHS, destacaram-se a centralidade dos médicos generalistas, ampliação da Telessaúde e maior capacidade estrutural; no SUS, atuação multiprofissional, limitada por fragilidades tecnológicas e falta de coordenação nacional. Identificou-se, ainda, ausência de estudos sobre Internações por Condições Sensíveis à APS e financiamento, indicando necessidade de investigações futuras que aprofundem efeitos da pandemia em perspectiva comparada.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de saúde. Sistema Único de Saúde. Medicina estatal.

ABSTRACT This study aimed to map the available evidence on the performance of Primary Health Care (PHC) in the Brazilian Unified Health System (SUS), compared to the National Health Service (NHS) in England, focusing on the work process during the COVID-19 pandemic, as well as to identify knowledge gaps. A scoping review was conducted, based on the JBI methodology, with searches in the PubMed, LILACS, Scopus, Cinahl, Embase, and Web of Science databases, in June 2024. Studies in Portuguese, English and Spanish were included, according to the PCC (Population, Concept and Context) strategy. Study selection was conducted by three reviewers, with the support of EndNote and Rayyan software. Overall, 34 studies were analyzed. The findings indicate that the pandemic significantly affected the PHC work process. In both systems, priority was given to caring for patients with respiratory symptoms, reducing routine activities and de-characterizing PHC attributes. In the NHS, the centrality of GPs, expansion of telehealth, and greater structural capacity stood out; in SUS, multi-professional action was limited by technological weaknesses and lack of national coordination. It was also noted a lack of studies on Ambulatory Care Sensitive Conditions and health financing, indicating the need for future investigations exploring the effects of the pandemic from a comparative perspective.

KEYWORDS COVID-19. Primary Health Care. Health systems. Unified Health System. State medicine.

¹ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
larissaberaldes@gmail.com

Introdução

A pandemia de covid-19 desencadeou uma grave crise sanitária que exibiu fragilidades nos sistemas de saúde globais e expôs desafios para o enfrentamento e controle de emergências em saúde ao redor do mundo^{1,2}.

A rápida reestruturação exigida dos sistemas de saúde provocou uma resposta predominantemente hospitalocêntrica, que negligenciou a integralidade do cuidado e as ações de prevenção – pilares fundamentais no enfrentamento da doença¹⁻³.

Nesse sentido, o debate internacional sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) foi reaberto, ressaltando seu papel como base para sistemas de saúde universais e mecanismo fundamental para lidar com crises sanitárias, devido à sua capacidade de desempenhar funções de vigilância epidemiológica, manejar casos leves e moderados da doença e orientar o cuidado ao longo das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁻³.

Países têm se comprometido, ativamente, a investir em seus sistemas de saúde, focando suas redes de cuidados primários, a fim de qualificar profissionais para atuar em todos os âmbitos de enfrentamento de crises sanitárias, como prevenção, resposta e recuperação⁴⁻⁶.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo universal, público e sustentado por uma APS abrangente, mas que enfrenta problemas de subfinanciamento e estruturação dos serviços desde sua origem. O SUS foi inspirado por sistemas de saúde semelhantes, entre eles, o National Health Service (NHS) inglês, que está disponível a cerca de 57 milhões de pessoas e é considerado um modelo pioneiro de acesso universal à saúde, elevando as expectativas quanto à sua capacidade para lidar com emergências sanitárias^{1,7,8}.

As estratégias adotadas pelo NHS na APS durante a pandemia oferecem aprendizados relevantes para outros sistemas universais em contextos de crise sanitária. Embora existam diferenças políticas, econômicas e culturais entre os países, elementos estruturais – como

cobertura, financiamento e força de trabalho – justificam comparações que, mais do que replicar modelos, buscam novas perspectivas^{9,10}.

Para comparar a experiência do SUS e do NHS, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as evidências disponíveis na literatura sobre o desempenho da APS nos dois sistemas, focando o processo de trabalho durante a pandemia de covid-19, e buscando identificar lacunas de conhecimento sobre o tema, para que futuras pesquisas possam ser orientadas, fortalecendo a APS em situações de crise sanitária.

Material e métodos

Estudo conduzido de acordo com o Manual para Síntese de Evidências da JBI, seguindo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), e cujo protocolo foi previamente registrado na Open Science Framework (OSF), em junho de 2024, sob o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DSCNB11-13>.

A pergunta de pesquisa que norteou esta revisão foi: ‘Quais são as evidências disponíveis na literatura quanto ao desempenho da APS no tocante ao processo de trabalho no SUS em comparação com NHS inglês, durante a pandemia de covid-19?’, formulada com base no acrônimo ‘PCC’ (População, Conceito e Contexto): ‘P’ (SUS e NHS), ‘C’ (APS na dimensão do processo de trabalho) e ‘C’ (pandemia de covid-19)¹¹.

Cumprir destacar que, inicialmente, este estudo teve como objetivo analisar o desempenho da APS não apenas sob a luz do processo de trabalho, mas, também, considerando a dimensão do financiamento dos sistemas de saúde no contexto da crise sanitária. Por essa razão, o tema foi incorporado à estratégia PCC e à questão norteadora da revisão. Entretanto, a escassez de evidências disponíveis sobre o financiamento desses sistemas inviabilizou a realização de uma análise específica dessa

dimensão. Ainda assim, a ausência de estudos diretamente voltados ao financiamento foi interpretada como um achado relevante¹⁴. Observou-se que a temática foi mencionada em 15¹⁵⁻²⁹ dos 34 artigos incluídos, predominantemente, de forma transversal, no âmbito das discussões sobre o processo de trabalho. Dessa forma, embora a pergunta de pesquisa desta revisão incluía a dimensão do financiamento, o produto final apresenta exclusivamente as evidências relacionadas ao processo de trabalho. As decisões metodológicas e os detalhamentos adicionais encontram-se descritos no material suplementar (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DSCNB>).

Os critérios de inclusão foram: artigos que contivessem elementos da estratégia PCC. Foram considerados apenas estudos publicados em português, inglês ou espanhol, devido à localização do Brasil, na América do Sul, onde predominam os idiomas português e espanhol, enquanto a Inglaterra integra o Reino Unido, cujo idioma oficial é o inglês. Além disso, foram selecionados, exclusivamente, materiais publicados entre 2020 e 2024, recorte temporal que coincide com o período da pandemia de covid-19, proposto para esta revisão, cuja oficialização pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se deu em março de 2020, e seu encerramento em maio de 2023^{31,30}. Incluiu-se literatura cinzenta, conforme detalhado no material suplementar.

Publicações cujos títulos e resumos não respondiam à pergunta norteadora da pesquisa foram excluídas. As buscas foram conduzidas em junho de 2024, nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Scopus, Cinahl, Embase e Web of Science. A estratégia de busca foi construída com base em descritores que constam no Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio de operadores booleanos (OR e AND), e adaptada para cada uma das bases utilizadas neste estudo, podendo ser visualizadas, na íntegra, no protocolo da revisão.

Os estudos selecionados foram inicialmente importados para o software de gerenciamento

de referências EndNote e, em seguida, para a plataforma Rayyan, o que possibilitou a identificação e exclusão de publicações duplicadas, bem como a condução do processo de seleção dos estudos^{31,32}.

Previamente a essa etapa, foi realizada uma calibração entre todos os revisores, com o objetivo de alinhar os critérios de elegibilidade. A seleção dos estudos foi conduzida de forma cega por dois revisores independentes, a partir da leitura de títulos e resumos. Nos casos em que não houve consenso, um terceiro revisor foi acionado para a resolução das divergências. A plataforma Rayyan registrou todas as decisões tomadas ao longo do processo³².

Durante a extração de dados, coletaram-se informações de cada publicação selecionada: características do estudo (autores, ano de publicação, país, região e sistema de saúde, tipo de publicação, desenho do estudo), principais resultados, desafios e contribuições. Além disso, identificou-se qual eixo de atuação da APS foi abordado dentro da dimensão individual e qual subdimensão específica foi contemplada, de acordo com o referencial teórico utilizado.

Como referencial, utilizaram-se duas das quatro dimensões propostas por Medina et al.³³ para orientar a atuação da APS durante a pandemia de covid-19 – ‘Atenção aos usuários com covid-19’ e ‘Continuidade das ações próprias da APS’ –, por estarem mais alinhadas ao foco deste estudo, centrado no processo de trabalho em saúde. Essa escolha foi corroborada pela análise de Schenkman et al.²⁷, que reagrupa os eixos de Medina et al.³³ em duas grandes dimensões: coletiva (‘Vigilância em saúde nos territórios’ e ‘Suporte social a grupos vulneráveis’) e individual (‘Atenção aos usuários com covid-19’ e ‘Continuidade das ações próprias da APS’). Apenas a dimensão individual foi considerada nesta revisão.

Para fins analíticos e de apresentação, essa dimensão foi desmembrada em seus dois eixos, aqui tratados como dimensões. A partir delas, emergiram duas subdimensões fundamentais para a análise, também baseadas em Medina et al.³³, cuja recorrência e relevância nas publicações

justificam sua adoção: ‘Reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS’ e ‘Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)’.

Como desfecho do estudo, a revisão de escopo oportunizou, ainda, evidências acerca das aproximações e dos distanciamentos no desempenho da APS em ambos os sistemas de saúde, fundamentando-se na teoria da convergência/divergência³⁴. Optou-se por apresentar os resultados por meio de uma síntese narrativa, para uma exposição mais clara dos contrastes e similitudes identificados ao comparar a dimensão individual da APS brasileira e inglesa durante a pandemia de covid-19, seguindo as recomendações do Prisma-ScR¹².

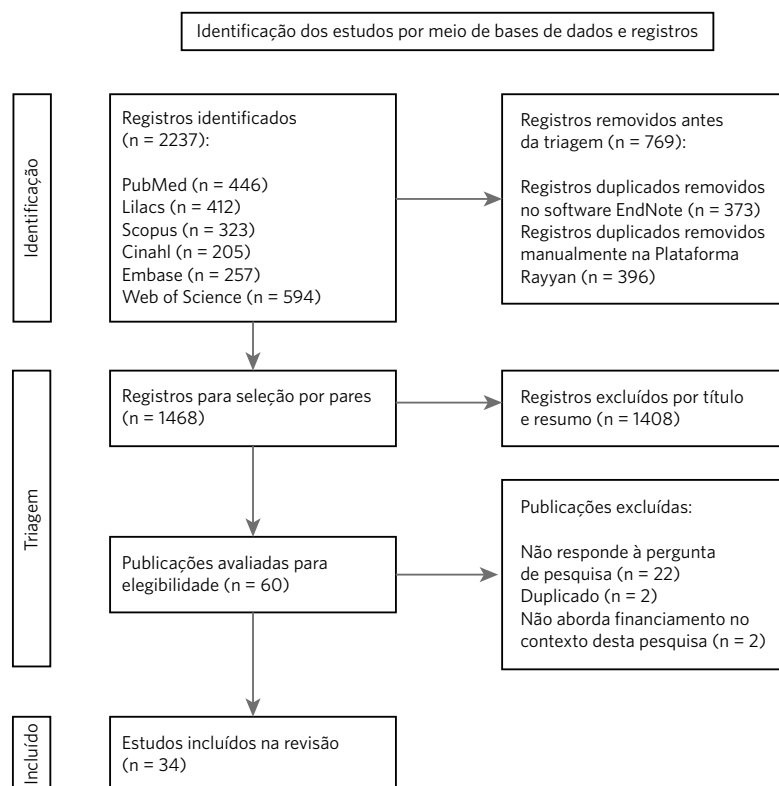
Ressalta-se que os estudos não foram avaliados conforme sua qualidade metodológica, pois essa etapa não se constitui em exigência para revisões de escopo¹².

Por não envolver a participação direta de seres humanos, este estudo não necessitou de submissão à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

O processo de seleção de estudos está descrito na *figura 1*, conforme recomendações do Prisma-ScR¹².

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: elaboração própria, baseada em Page et al.³⁵.

Foram incluídas 34 publicações: dois relatos de experiência^{36,37}, duas revisões de escopo^{38,39},

duas pesquisas qualitativas^{17,20}, dois estudos descritivos^{40,41}, um estudo descritivo com corte

transversal⁴², três estudos transversais^{27,43,44}, três estudos exploratórios^{21,45,46}, um comentário²³, três notas técnicas^{28,29,47}, dois estudos de caso^{22,26}, uma pesquisa documental²⁵, uma pesquisa avaliativa⁴⁸, uma pesquisa qualitativa multicêntrica¹⁶, uma pesquisa descritiva e exploratória²⁴, um estudo qualitativo, descritivo e exploratório⁴⁹, um estudo longitudinal⁵⁰, uma pesquisa observacional transversal¹⁵, um estudo transversal descritivo⁵¹, uma revisão da literatura e revisão documental⁵², um estudo qualitativo, analítico-descritivo, de casos múltiplos⁵³ e três publicações que não explicitaram o tipo de estudo^{18,19,54}.

Dos 34 estudos, 16 foram publicados em 2023^{15-18,21,22,24,27,38,41,42,44,48,49,51,53}, cinco em 2020^{23,28,37,47,52}, cinco em 2021^{19,26,29,43,46}, cinco em 2022^{25,36,39,45,50}, dois em 2024^{20,40} e uma publicação não apresentou data⁵⁴. Quanto à procedência, 27 publicações referiam-se ao SUS^{15-20,22,24-29,36-38,40-42,44,47-49,51-54}, seis abordaram o NHS^{23,24,43,45,46,50} e uma publicação mencionou ambos os sistemas³⁹.

Das 27 publicações brasileiras, seis apresentavam abrangência nacional^{19,27,29,44,52,54}, uma mencionava mais de uma região³⁸, 11 estavam concentradas na região

Nordeste^{18,20,25,26,36,37,40-42,51,53}, quatro na região Sudeste^{16,17,24,49}, três na região Sul^{22,47,48}, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste foram mencionadas por uma publicação cada^{15,28}. Já com relação aos seis estudos realizados na Inglaterra, cinco eram de abrangência nacional^{21,23,43,46,50}, enquanto um foi conduzido nas regiões de Midlands, South East e South West England⁴⁵. O estudo que abordou tanto o Brasil quanto a Inglaterra apresentou resultados com alcance nacional³⁹.

Conforme os quadros 1 e 2, abaixo, 28 estudos^{15-26,36,37,39-49,51-53} abordaram de forma aprofundada as duas dimensões e subdimensões propostas. Outras seis publicações apresentaram variações: uma tratou exclusivamente da dimensão 'Atenção aos usuários com covid-19' e da subdimensão 'Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)'⁵⁴; duas analisaram ambas as dimensões, mas com foco exclusivo em uma subdimensão cada – 'Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)'³⁸ e 'Reorganização do processo de trabalho'²⁸; e três abordaram ambas as subdimensões dentro da dimensão 'Continuidade das ações próprias da APS'^{27,29,50}.

Quadro 1. Atenção aos usuários com covid-19 e Continuidade das ações próprias da APS no SUS e no NHS

Dimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Atenção aos usuários com covid-19	- Reorganização estrutural das unidades de APS (limitação de acompanhantes, barreiras físicas, triagem externa, isolamento de sintomáticos, horários separados)^{16,18,24,26,36,38,39,41,44,47,48,53}. - Criação de Unidades de Referência para covid-19 em alguns locais (especialmente no Nordeste)^{20,22,25}. - APS focada no atendimento emergencial^{15,16,19,24,26,40,49,53}. - Casos leves tratados e monitorados pela APS; casos agravados encaminhados pela APS para hospitais^{15,25,28,37,39,42,51,52,54}. - Aumento na carga de trabalho, reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e adoção de novas tecnologias^{15,25,28,37,39,42,51,52,54}.	- Atendimentos presenciais suspensos para casos não essenciais; APS como porta de entrada para covid-19^{43,45,53}. - Consultas remotas para triagem inicial⁴⁶. - Separação física entre sintomáticos/não sintomáticos (atendimentos 'hot' e 'cold', respectivamente)^{23,39,43,45,46}. - Criação de 'hubs' para atendimento em instalações reaproveitadas^{43,46}. - Visitas domiciliares realizadas prioritariamente para pacientes que não podiam acessar a APS^{23,39,43}.

Quadro 1. Atenção aos usuários com covid-19 e Continuidade das ações próprias da APS no SUS e no NHS

Dimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Continuidade das ações próprias da APS	- APS desconfigurada para uma rede focada em urgências/emergências^{16,17,19,20,24,26,28,38,40,48,49}. - Foco em grupos prioritários (gestantes, idosos, recém-nascidos); priorização de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) descompensados^{15,16,24,25,27-29,37}. - Perda das ações preventivas com suspensão de atividades coletivas, reuniões de equipe e encaminhamentos para especialidades^{16,17,19,20,24,26,28,38,40,48,49}. - Distribuição de medicamentos e receitas mantida; visitas domiciliares restritas ao ambiente peridomiciliar^{16,18,19,24,37,40,41,47,48,53}. - Odontologia: suspensão de atendimentos eletivos, manutenção de urgências/emergências e significativa desassistência prestada pelas equipes de saúde bucal, em todo o País^{22,28,29,42,51}. - Falta de diretrizes robustas para continuidade das ações¹⁸. - Uso ampliado do teleatendimento para acompanhamento e manutenção de ações rotineiras da APS^{15-19,21,24,36,38-40,42,43,49,51,52}. - Preocupação com a necessidade de restrição de atendimentos na APS^{15,16,24,25,27-29,37}.	- Grande dependência do teleatendimento para consultas iniciais na APS^{23,39,45,46,50}. - Queda expressiva no número de encaminhamentos para atenção especializada^{21,39,50}. - Preocupações com diagnósticos tardios, piora das disparidades de saúde e deterioramento das condições de saúde devido à falta de continuidade das ações da APS, em especial, no que tange a pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^{21,23,39,45,46,50}. - Atividades rotineiras deveriam ser retomadas em associação com a atenção especializada, mas observaram-se dificuldades até mesmo em atendimentos urgentes^{21,46}.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS e incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)

Subdimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS	- Suspensão de atendimentos eletivos e adaptação do trabalho para focar em casos suspeitos de covid-19^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Profissionais de saúde bucal desviados para funções de triagem e classificação (fast-track), com suspensão de atendimentos odontológicos de rotina^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Agentes comunitários de saúde (ACS) deslocados para funções administrativas, triagem, apoio em campanhas de vacinação e acompanhamento remoto, descaracterizando seu trabalho tradicional e fragilizando o vínculo territorial^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Sobrecarga de trabalho, aumento de tarefas adicionais e perda da identidade profissional, dificultando o desempenho da APS^{15-17,19,24,36,40}.	- Adoção de triagens e consultas remotas como padrão, restringindo atendimentos presenciais^{21,39,43}. - Limitação de encaminhamentos para atenção especializada; GPs passaram a lidar com suporte remoto de especialistas^{21,50}. - Serviços reorganizados para atendimento exclusivo a usuários com suspeita de covid-19⁴³. - Profissionais relataram aumento e desvio de funções, falta de treinamento adequado e dificuldades relacionadas aos EPIs^{43,45,50}. - Sobrecarga de trabalho agravada pela pré-existente escassez de profissionais^{45,50}.
Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)	- Implementação de atendimentos remotos para minimizar contaminação e garantir continuidade de cuidados^{15,16,20,40,41,44,48,53}. - Uso de celulares, aplicativos de mensagens e ligações telefônicas, embora com forte heterogeneidade: algumas unidades adquiriram equipamentos, enquanto outras sequer dispunham de telefone fixo^{15,16,20,40,41,44,48,53}. - Disparidades regionais e sociais dificultaram a adoção plena da telessaúde, impactando negativamente a equidade do acesso^{15,16,20,40,41,44,48,53}.	- Expansão acelerada de estratégias anteriormente previstas no novo modelo de serviço do sistema de saúde inglês (NHS Long Term Plan-2019)^{21,23}. - Integração dos registros médicos eletrônicos com ferramentas de comunicação (mensagens de texto e chamadas de vídeo) para contato entre pacientes e profissionais^{21,23,50}. - Telessaúde consolidada como prática padrão na APS inglesa, inclusive com apoio ao atendimento de casos que antes seriam encaminhados para especialistas^{21,50}.

Fonte: elaboração própria.

Atenção aos usuários com covid-19 e continuidade das ações próprias da APS

Flexibilidade e capacidade de adaptação são essenciais para que um sistema de saúde atue de forma eficaz tanto em ações rotineiras quanto em situações emergenciais^{55,56}. Nesse cenário, a APS se destacou por sua capilaridade, proximidade com a população e atuação estratégica no enfrentamento da covid-19, especialmente no manejo de casos leves, testagem e encaminhamento de casos graves, além de funcionar como fonte de informação junto à comunidade^{15-19,22,24-28,36,39,40-42,44,46,48,49,51-53}.

A incorporação do cuidado a pessoas com covid-19 exigiu rápidas mudanças nos processos de trabalho da APS no Brasil e na Inglaterra, com a adoção de novos fluxos e priorização de pacientes sintomáticos respiratórios^{15-20,22-26,28,37-49,51-54}. Essas alterações evidenciam o papel central e adaptativo da APS, bem como a necessidade de garantir a continuidade e a qualidade do cuidado diante de um cenário prolongado de crise^{17,23,24,26,46,50}.

Durante a pandemia, a APS se reconfigurou em ambos os países. No NHS, atendimentos presenciais foram amplamente substituídos por Telessaúde, priorizando casos suspeitos de covid-19^{23,39,45,46,50}. Posteriormente, centros de atendimento (*hubs*) foram organizados localmente pelos Clinical Commissioning Groups (CCGs) e pelos Primary Care Networks (PCNs), responsáveis pelo planejamento de serviços e integração de clínicas de APS para otimizar o cuidado^{43,46,57}. Apesar dessas estratégias, a suspensão de atendimentos não essenciais gerou preocupações quanto ao agravamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e ao comprometimento da função de coordenação da APS^{21,39,45,46,50}.

No Brasil, a reorganização da APS incluiu adaptações estruturais, estabelecimento de fluxos diferenciados e definição de unidades de referência para covid-19^{16,18,20,22,24-26,36,38,39,41,44,47,48,53}. As atividades assistenciais favoreceram grupos prioritários,

ao passo que ações preventivas e de promoção da saúde foram substancialmente reduzidas^{15-17,19,20,24-29,37,38,40,48,49}. Visitas domiciliares foram direcionadas a grupos de risco^{16,18,19,24,37,40,41,47,48,53}, o teleatendimento consolidou-se como estratégia central para a manutenção da atenção longitudinal^{15-19,21,24,36,38-40,42,43,49,51,52}, enquanto a clínica odontológica restringiu-se a atendimentos de urgência, ampliando o quadro de desassistência^{22,28,29,42,51}. Observa-se a ausência de diretrizes robustas voltadas à continuidade das ações da APS, expondo a fragilidade de sua valorização durante a crise sanitária e refletindo a desconsideração do papel estratégico das ações territoriais e do potencial de capilaridade da APS no enfrentamento da pandemia, no Brasil¹⁸.

Os estudos demonstraram que, durante a pandemia, as alterações no processo de trabalho fizeram com que o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) se diluísse, perdendo, temporariamente, a capacidade de implementar seus atributos de coordenação do cuidado, longitudinalidade e, em alguns aspectos, a integralidade das ações e dos serviços de saúde, cooperando para que esse ponto de atenção assumisse um papel focado no atendimento emergencial^{15,16,19,24,26,40,49,53,58}.

Reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS e a incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)

À luz da análise dos artigos desta pesquisa, duas subdimensões, intimamente conectadas, destacam-se ao participar de forma integrada das alterações do processo de trabalho na APS em ambos os países, impulsionadas por ações relacionadas à pandemia que exigiram a reorganização do processo de trabalho dos profissionais e a incorporação de novas tecnologias, especialmente por meio da Telessaúde, nesse ponto de atenção.

No NHS, a reorganização do processo de trabalho da APS foi marcada pela adoção de consultas remotas, como procedimento

padrão^{21,39,43}. A sobrecarga do sistema levou à limitação de encaminhamentos para a atenção especializada, estimulando o uso de ferramentas digitais para conectar profissionais da APS a especialistas^{21,50}. Observou-se sobrecarga de trabalho, aumento das responsabilidades e desvio das funções originais, agravados pela escassez de pessoal – problema estrutural anterior à pandemia, relacionado a baixos salários e aumento das atribuições^{45,50} – e pela falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), comprometendo a segurança dos profissionais⁴⁵.

No SUS, a reorganização se deu com a suspensão de atendimentos eletivos e realização de visitas domiciliares em ambiente peridomiciliar. Profissionais da saúde bucal foram redirecionados para atuar na triagem de pacientes sintomáticos, enquanto a APS assumiu funções típicas do pronto atendimento^{17,22,25,28,37,42,44,48,51,52}. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também tiveram suas funções descaracterizadas, com atuação reduzida no território e maior participação em tarefas administrativas, fragilizando os vínculos com a comunidade^{16-18,26,27,36,47,49,52,54}.

Apesar de ser essencial para evitar a desassistência, a implementação da Telessaúde encontrou obstáculos no Brasil devido a desigualdades regionais e sociais. Enquanto algumas unidades adotaram celulares e tablets, outras careciam até de telefonia básica, dificultando a implementação de tecnologias de cuidado remoto^{15,16,20,40,41,44,48,53}. Assim como no NHS, o aumento das atribuições e a descaracterização dos papéis tradicionais provocaram estresse entre os profissionais e impactaram negativamente o desempenho da APS durante a pandemia^{15-17,19,24,36,40}.

SUS e NHS: aproximações e distanciamentos

Cotejando a experiência de ambos os países, percebemos aproximações e distanciamentos. Tanto no SUS quanto no NHS, a incorporação de atendimentos voltados à covid-19

levou a uma interrupção nas atividades rotineiras da APS, que, ao ser utilizada como porta de entrada para pacientes sintomáticos, passou a oferecer parcialmente seus serviços nucleares^{15-20,22-26,28,37-49,51-54}.

A incerteza quanto à doença levou autoridades a suspender atendimentos considerados não essenciais, para direcionar a assistência voltada à covid-19^{15,16,24,25,27-29,37,43,45,53}.

O NHS apoiou-se, principalmente, na Telessaúde para continuar atendimentos e exercer ações de monitoramento remotas^{21,39,43}. O SUS, por sua vez, poderia ter explorado de forma mais efetiva os estreitos laços construídos previamente com a comunidade, por meio de suas equipes na APS, para exercer funções de vigilância¹⁸. Apesar de também apresentar problemas estruturais para o atendimento remoto, além da necessidade de maior investimento na formação de profissionais, relatos demonstram que as condições para esse recurso no NHS ainda são bem melhores que no SUS, onde muitas unidades de saúde sequer possuíam telefones fixos^{15,16,20,21,39,40,41,44,48,53}.

Ao retomar atendimentos presenciais, a reorganização da infraestrutura clínica na Inglaterra foi mais bem sucedida. Percebe-se maior capacidade estrutural, como, por exemplo, clínicas com entradas e saídas individualizadas e estacionamento distintos. Algo muito distante da realidade observada no Brasil, onde a APS precisou de resiliência para readaptar espaços físicos e estruturais, já precarizados^{18,22-24,26,39,43-46}.

No NHS, a APS é estruturada, principalmente, em torno dos médicos generalistas (GPs), e essa centralidade ficou evidente nos estudos analisados. Diferentemente do que foi observado nas pesquisas sobre o SUS, que apresentaram abordagem multiprofissional na APS, na Inglaterra, apenas um estudo explorou em profundidade o processo de trabalho de outro profissional que não o GP, analisando impactos da pandemia na enfermagem da APS inglesa, como atritos observados entre categorias profissionais, já que trabalhadores

da enfermagem se sentiam desvalorizados em relação aos médicos⁴⁵.

No Brasil, além da abordagem coletiva da equipe multiprofissional, os estudos resgatados investigaram, especificamente, o trabalho da enfermagem^{15,20,40,49}, da odontologia^{29,42,51} e dos ACS^{18,19,41,47,52}, enquanto nenhum estudo se dedicou exclusivamente ao trabalho médico, evidenciando a característica multiprofissional da APS no SUS, que se distancia do modelo médico-centrado para favorecer a colaboração interprofissional.

Por outro lado, a ausência de estudos sobre o processo de trabalho de outros profissionais essenciais da APS inglesa, como dentistas, reflete uma fragilidade na abordagem interprofissional do NHS. Essa limitação foi destacada como um aspecto a ser aprimorado na Inglaterra⁴⁵.

Em ambos os sistemas, pudemos observar uma descaracterização da atenção primária, pautando-se em uma oferta de cuidados voltados ao pronto atendimento, com demandas pontuais e imediatistas. Acrescem-se a isso desvios importantes nas funções de determinados profissionais, cujas atribuições baseadas em ações no território – como os ACS – fazem parte da construção da identidade da APS brasileira, que foi subutilizada durante a pandemia^{24,49}. No NHS, resgata-se dessa experiência a importância da abordagem interprofissional – como a realização de reuniões de equipe, além da autonomia local para tomada de decisão, mesmo com relativa falta de padronização nas respostas^{23,43,46}. Essa interprofissionalidade e descentralização, apresentadas como mudanças positivas a serem implementadas no futuro da APS inglesa, já são características presentes no SUS, mas que não foram plenamente utilizadas. Reuniões de equipe canceladas e afastamento entre os profissionais levaram a atritos^{16,17,24}. No Brasil, a descentralização da responsabilidade da saúde para os municípios, somada à falta de coordenação federal, levou a uma resposta muito heterogênea da atuação da APS no SUS, por isso, a maioria dos estudos incluídos apresentou recortes regionais, dificultando

uma avaliação nacional¹⁸. Já na Inglaterra, houve a tendência de analisar experiências nacionalmente, negligenciando recortes e características regionais que poderiam fornecer *insights* sobre esse período^{43,45,46}.

Contrasta-se, também, uma relativa proteção financeira da APS no NHS, através do engajamento do governo em garantir suporte financeiro, enquanto, no SUS, ficou evidente a acentuação dos desafios já vivenciados pela APS, acrescidos de dificuldades para acessar recursos emergenciais (insuficientes), enfraquecimento do trabalho interprofissional e comprometimento da abordagem territorial¹⁵⁻²⁷.

Limitações do estudo

Uma limitação relevante a ser considerada é que os estudos analisados refletem diferentes momentos da pandemia, tanto no Brasil quanto na Inglaterra. Essa variação temporal acrescenta cautela quanto à comparação entre os dois sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estudos futuros que avaliem períodos equivalentes da pandemia para uma análise mais aprofundada.

Considerações finais

Identificaram-se mudanças significativas no processo de trabalho da APS no SUS e no NHS durante a pandemia, com aproximações e contrastes relevantes. Ambos os sistemas priorizaram o atendimento a sintomáticos respiratórios, o que levou à redução ou interrupção das atividades rotineiras e à descaracterização de atributos como longitudinalidade, vínculo e integralidade.

No NHS, houve centralidade dos GPs, ampliação de atendimentos remotos e reorganização física das unidades com maior capacidade estrutural. Já no SUS, observou-se atuação mais coletiva e interprofissional, com destaque para profissionais da enfermagem, saúde bucal e ACS, muitas vezes, realocados. A limitação

de recursos tecnológicos e estruturais dificultou a adoção da Telessaúde, evidenciando desigualdades regionais.

Enquanto a APS inglesa demonstrou maior capacidade de adaptação, sobretudo com o uso de tecnologias e autonomia local, a APS brasileira não conseguiu acionar plenamente seu potencial comunitário, em parte, pela ausência de coordenação nacional e pela fragmentação das respostas entre os territórios. Ambos os sistemas sofreram sobrecarga de trabalho, estresse profissional e perda de identidade das funções tradicionais da APS, revelando fragilidades pré-existentes – como falta de investimentos, escassez de recursos humanos e dificuldades estruturais.

Apesar disso, a crise revelou caminhos de aprimoramento, como a valorização da atuação interprofissional e a incorporação de tecnologias digitais – desde que acompanhadas de investimentos e suporte adequados. Futuras pesquisas devem se aprofundar no papel de categorias profissionais pouco investigadas, analisar recortes territoriais e temporais, e avaliar os impactos da pandemia sobre o acesso, a equidade e os desfechos em saúde.

Ainda que não tenha sido objeto principal desta pesquisa, ressalta-se a ausência de estudos sobre os efeitos da pandemia nos índices de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) – indicador amplamente utilizado para avaliar,

de forma indireta, o desempenho da APS na prevenção de agravos e no manejo de condições crônicas. Considerando que a pandemia implicou a suspensão ou redução de atendimentos regulares, especialmente para pessoas portadoras de DCNT, é plausível que essa desassistência tenha repercutido negativamente nos índices de ICSAP. Assim, investigações futuras sobre esse indicador são fundamentais para mensurar os impactos reais da pandemia sobre o desempenho da APS, em ambos os sistemas. Além disso, identificou-se escassez de estudos que abordem outras dimensões vinculadas à APS, como o financiamento durante o período pandêmico, o que também merece maior atenção em pesquisas subseqüentes.

Contribuições de autoria

Souza LB (0000-0001-9974-3063)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Batistuta JAR (0000-0002-0050-8280)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Freire Filho JR (0000-0003-1306-9368)* contribuiu para concepção do trabalho, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. 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 Saúde*. 2020;29(2):1-5. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
2. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Cabral ERDM, Melo MCD, Cesar ID, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Interam J Med Health* 2020;3:1-6. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
4. Dunlop C, Howe A, Li D, et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>
5. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata: OMS; 1978.
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana. Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Astana: OMS; 2018.
7. Oliveira SC, Queiroz LDFN. O Reino Unido diante da Covid-19: hesitação política e capacidade de resposta de um sistema de saúde universal [Internet]. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora; 2022. p. 177-204. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081594>
8. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ADCA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; 23(6):1763-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
9. Lobato LDVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89-120. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
10. Conill EM, Giovanella L, Noronha JC, et al. Sistemas de Saúde da Alemanha, Canadá e EUA em Perspectiva Comparada. In: Paim JS, Almeida-Filho ND, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2023. p. n.p.
11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, et al., editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBI-MES-24-09>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
13. Foster ED, Deardorff A. Open Science Framework (OSF). *J Med Libr Assoc*. 2017;105(2):203-6. DOI: <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.88>
14. Altman DG, Bland JM. Statistics notes: Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*. 1995;311(7003):485. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7003.485>
15. Alvarenga JDPO, Leandro SS, Costa LDD, et al. Trabalho de enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil: o contexto da pandemia de covid-19. *Tempus*. 2023;16(4):161-181. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3096>
16. Anéas TDV, Lima MND, Braga FDJL, et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3483-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>
17. Campos AR, Campos GWDS, Gutiérrez AC, et al. Investigação sobre Atenção Primária durante a pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3461-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.07772023>
18. Farias HSL, Trott LC, Viola BM. O agente comunitário de saúde na Covid-19: análise dos planos de contingência da região Nordeste do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2163>

19. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>
20. Neves ACFB, Oliveira BLCAD, Lima SF. Práticas de enfermagem na Atenção Primária em Saúde durante a pandemia de covid-19, Maranhão, Brasil. *Enferm Foco*. 2024;15 (Supl 1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202414SUPL1>
21. Grut M, De Wildt G, Clarke J, et al. Primary health care during the COVID-19 pandemic: A qualitative exploration of the challenges and changes in practice experienced by GPs and GP trainees. *PLoS One*. 2023;18(2):1-20. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280733>
22. Lopes WP, Carvalho BG, Martins CP, et al. Repercussões da pandemia da covid-19 na organização e oferta de serviços da atenção básica. *Cien Cuid Saude*. 2023;22:1-9. DOI: <https://doi.org/10.4025/cien-cuidsaude.v22i0.65868>
23. Majeed A, Maile EJ, Bindman AB. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *J R Soc Med*. 2020;113(6):208-210. DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076820931452>
24. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FGD, et al. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3553-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023>
25. Santana MMD, Medeiros KRD, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:1-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>
26. Silva WRDS, Duarte PO, Felipe DA, et al. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>
27. Schenkman S, Bousquat AEM, Facchini LA, et al. Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(8):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009123>
28. Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Nota técnica nº 01, de 26 de março de 2020: orienta a atenção primária à saúde dos municípios para o enfrentamento do novo Coronavírus (COVID-19) [Internet]. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/103006>
29. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 3/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS:COVID-19 e atendimento odontológico no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 mar 23 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/b8kuq>
30. Presidência da República (BR), Secretaria de Comunicação Social. Em rede nacional, ministra celebra fim da emergência em saúde, mas alerta para necessidade de vacinação contra Covid-19: segundo Nísia Trindade, o vírus continua passando por mutações e infectando pessoas, e a melhor forma de conviver com a doença é ter a população imunizada. Confira a íntegra do pronunciamento em texto e vídeo [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social; 2023 maio 7 [acesso em 2025 mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/05/em-rede-nacional-ministra-da-saude-celebra-fim-da-emergencia-em-saude-mas-alerta-para-necessidade-de-vacinacao-contracovid-19>
31. Mendes KDS, Silveira RCD, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
32. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

33. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
34. Borysow IDC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(3):879-890. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>
35. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
36. Biscarde DGDS, Souza EA, Pinto KA, et al. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:1-9. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.37824>
37. Vieira DS, Cavalcante de Sá P, Torres RC, et al. Planejamento da enfermagem frente à covid-19 numa estratégia de saúde da família: relato de experiência. *Saúde Colet (Barueri)*. 2020;10(54):2729-2740. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020.v10i54p2729-2740>
38. Bortoli MC, Sanine PR, Araújo BCD, et al. Estratégias dos serviços de atenção primária durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3427-3437. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06052023>
39. Silva BRGD, Corrêa APDV, Uehara SCDSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:1-14. DOI: <https://doi.org/10.11606/s15188787.2022056004374>
40. Santos RDC, Nascimento EGD, Sucupira KSMDA, et al. A covid-19 e a reorganização do processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2024;15(Supl 1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202411SUPL1>
41. França CDJ, Nunes CA, Vilasbôas ALQ, et al. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1399-1412. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.18422022>
42. Rodrigues LA, Santos RNDA, Aguiar ABLD. Impacto no acesso e na produção da rede pública de saúde bucal durante a covid-19 em um distrito sanitário do Recife. *Rev APS*. 2023;25(4):784-804. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.38002>
43. Duncan LJ, Cheng KFD. Modifications to the delivery of NHS face-to-face general practice consultations during the COVID-19 pandemic in England. *F1000Res*. 2021;10:1-20. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.52161.3>
44. Mota PHDS, Santana FR, Rizzotto MLF, et al. A atenção primária à saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3451-3460. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06242023>
45. Russell A, Wildt GD, Grut M, et al. What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ Open*. 2022;12(3):e055955. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055955>
46. Wanat M, Hoste M, Gobat N, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):e634-642. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112>
47. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Recomendações sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na atenção primária à saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 abr 27 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://antigo.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Nota-Tecnica-003-2020-DAPS-SPS-SES-SC.pdf>

48. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, et al. Reorganização do processo de trabalho na atenção primária à saúde no enfrentamento à covid-19. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e86126. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86126>
49. Ardisson MD, Busatto LS, Rohr RV, et al. O papel da enfermagem no enfrentamento à COVID-19: percepções no contexto da atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2023;16(4):99-108. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3058>
50. Burn E, Fisher R, Locock L, et al. A longitudinal qualitative study of the UK general practice workforce experience of COVID-19. *Prim Health Care Res Dev.* 2022;23:e45. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000391>
51. Silva BF, Matos PES, Mendes HJ, et al. Atuação do cirurgião-dentista da atenção primária à saúde durante a pandemia da covid-19. *Rev Ciênc Plural.* 2023;9(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n1ID30251>
52. Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(Supl 2):4185-4195. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
53. Prado NMDBL, Vilasbôas ALQ, Nunes CA, et al. Organização da atenção e vigilância em saúde na atenção primária frente à COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1325-1339. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.18052022>
54. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Fluxo de manejo clínico na atenção primária à saúde em transmissão comunitária: versão 8 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 abr [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5uxp3>
55. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(5):e00068820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068820>
56. Khorram-Manesh A, Burkle FM. Disasters and public health emergencies—current perspectives in preparedness and response. *Sustainability.* 2020;12(20):8561. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12208561>
57. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, et al. The United Kingdom: health system review. *Health Syst Transit.* 2022;24(1):i-194.
58. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

Recebido em 25/08/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001

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

Sobre determinação social e sobredeterminação social: o epílogo de um debate-embate?

On social determination and social overdetermination: The epilogue to a heated debate?

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa^{1,2}

DOI: 10.1590/2358-2898202614910864P

RESUMO Em recente publicação nos Cadernos de Saúde Pública (2021), Maria Cecília Minayo problematiza o conceito de determinação social na Saúde Coletiva. A autora sugere um descolamento entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais, alegando que o termo carrega um viés determinista insuficiente para a complexidade do processo saúde-doença. Mediante revisão teórica e análise de discurso, este artigo contrapõe tais afirmações. Argumenta-se que a epidemiologia moderna já integra determinantes biológicos, socioeconômicos e políticos em sua base. Pautando-se na causalidade multinível, demonstra-se como a disciplina investiga a interação entre experiências biológicas e sociais nas ‘causas das causas’. O texto destaca a interseccionalidade, abordagem que examina como gênero, raça e classe são mutuamente constituídos e interconectados. Tais dimensões não operam de forma isolada ou somada, mas se entrelaçam em sistemas simultâneos de privilégio e opressão, explicando disparidades de saúde de forma mais convincente que interpretações demográficas tradicionais. Conclui-se que o enquadramento interseccional e a causalidade multinível constituem prova adicional da (sobre)determinação social.

PALAVRAS-CHAVE Determinantes sociais de saúde. Enquadramento interseccional. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT In a recent publication in *Cadernos de Saúde Pública* (2021), Maria Cecília Minayo critically examines the concept of social determination in Collective Health. The author suggests a disconnect between epidemiology and the social sciences, arguing that the term carries a deterministic bias that is insufficient to account for the complexity of the health–disease process. Through a theoretical review and discourse analysis, this study challenges these claims. It argues that contemporary epidemiology already incorporates biological, socioeconomic, and political determinants at its core. Grounded in multilevel causality, it demonstrates how the field investigates interactions between biological and social experiences at the level of the ‘causes of causes’. The text highlights intersectionality as an approach that examines how gender, race, and class are mutually constituted and interconnected. These dimensions do not operate in isolation or as merely additive factors, but rather intertwine to produce simultaneous systems of privilege and oppression, offering a more compelling explanation for health disparities than traditional demographic interpretations. It concludes that intersectional analysis and multilevel causality provide further evidence of social (over)determination.

KEYWORDS Social determinants of health. Intersectional framework. Socioeconomic factors.

¹Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Escola de Medicina – Ouro Preto (MG), Brasil.
paulo.correa@ufop.edu.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

Recentemente, tomei conhecimento do muito oportuno debate sobre determinação social e sobredeterminação social publicado em uma revista do campo da Saúde Pública¹⁻⁴. No seu *paper* ‘Determinação social, não! Por quê?’, Minayo¹⁽²⁾ inicia com a seguinte frase:

São muitos os conceitos da era moderna (marcada pelo paradigma de revolução industrial) que precisam ser revistos e problematizados no encontro entre Ciências Sociais e Saúde. Neste artigo, dedico-me a questionar apenas um deles, amplamente usado na área: determinação social.

O que se lê a seguir, é uma crítica radical à categoria ‘determinação social’, a qual, por sua abrangência, pode ser interpretada como uma preocupante tentativa de revisão ou descredibilização de um corpo robusto de evidências sobre a determinação social e a sobredeterminação social no processo saúde/doenças/eventos relacionados à saúde/atenção à saúde. Somente no segundo de seus textos, a autora adquire um tom mais ameno e utiliza o termo diálogo⁴.

O debate inicial sobre a crítica de Minayo

Preferimos considerar que os dois textos de Minayo, em especial, o primeiro, constituem uma provocação teórica necessária^{1,4}. Uma discussão que precisa ser continuada e aprofundada, a partir de múltiplas perspectivas teóricas e evidências. Os argumentos apresentados por Minayo não se sustentam a partir das evidências apresentadas a seguir, adicionalmente às excelentes argumentações já trazidas por Almeida-Filho², Jaime Breilh³ e Aurea Ianni⁵.

Elis Borde⁶ reacendeu o debate recentemente, trazendo novas críticas. Borde considera que a polêmica provocada por Minayo

“precisa ser compreendida como uma disputa de narrativas e uma expressão do que tem sido discutido como colonialidade do saber”⁶⁽²²⁾. Explica a autora que:

[...] para além do legado de desigualdades e injustiças sociais profundas do colonialismo e do imperialismo, há um legado epistemológico do eurocentrismo que tem negado a diversidade epistêmica no mundo e tem imposto monoculturas do saber⁶⁽³⁰⁾.

No final deste texto, adicionaremos essa perspectiva, fazendo uma análise do discurso de Minayo.

Aspectos ainda não apresentados e discutidos

Nos parágrafos abaixo, traremos à baila novos aspectos ainda não incluídos no debate. Discorreremos a respeito da falta de atitude althusseriana de Minayo, de modelos epidemiológicos, da ausência de menção/compreensão da causalidade multinível e de interseccionalidade, além da já mencionada breve consideração sobre o discurso de Minayo.

Minayo, leitora ávida de Althusser, de quem alega ter lido ‘quase toda’ a obra⁴, poderia ser inspirada pela autocrítica – algo exacerbada – deste. Althusser nos conta em ‘The Future Lasts Forever: A Memoir’ que, quando acabara de publicar ‘Pour Marx e Lire Le Capital’, rejeitou seus próprios escritos, chegando a afirmar ter ficado

[...] obcecado com o pensamento aterrorizante de que meus textos iriam me expor ao público como quem eu realmente era, um charlatão e nada mais, um filósofo que não sabia quase nada sobre a história da filosofia ou de Marx⁷⁽¹⁴⁸⁾.

E continua no final da página seguinte:

Quando meus livros foram lançados em outubro, eu tive um ataque de pânico tão grande que

falava apenas em destruí-los (mas como?) e então, finalmente, em destruir a mim mesmo, a solução radical e definitiva⁷⁽¹⁴⁹⁾.

A Saúde Coletiva está, como Minayo afirmou, ‘no encontro entre Ciências Sociais e Saúde’¹. Para mostrar as muitas inadequações do texto de Minayo, para além das já apontadas anteriormente^{2,3,5,6}, podemos recorrer, portanto, a estes dois campos distintos de conhecimento: o da Saúde – notadamente, da Epidemiologia – e o das Ciências Sociais. A primeira incorreção de Minayo ainda não mencionada é separar a Epidemiologia e a Epidemiologia Latino-Americana das Ciências Sociais e Saúde. Senão, vejamos... Definir Epidemiologia, por si, já seria um enorme desafio e merecedor de constituir objeto de texto específico. Frérot et al.⁸, de fato, conseguiram obter da literatura 102 definições de epidemiologia, cunhadas no período compreendido entre 1978-2017. A frase inicial do texto de Frérot já denota claramente a intersecção da Saúde com o campo de estudo das Ciências Sociais: “a epidemiologia é uma disciplina recente que evoluiu com as mudanças que estão ocorrendo na sociedade e o surgimento de novas doenças”⁸⁽²⁾. Uma das primeiras definições apresentadas no texto é a de Barker DJP et al., de 1979: “a epidemiologia, o estudo da distribuição e dos fatores determinantes de doenças em populações humanas, sempre foi parte integrante da prática médica”⁸⁽⁵⁾. No mesmo *paper*, Frérot et al.⁸⁽⁶⁾ citam a definição ampla de Gerstman, de 2003:

[...] as definições modernas de epidemiologia referem-se a distribuições em populações (estatísticas), determinantes de saúde e doença (fisiopatológicos, ambientais, comportamentais), controle de problemas de saúde (biológicos, sociais, econômicos, políticos, administrativos, legais).

Por fim, Juan Samaja define epidemiologia como a ‘ciência da saúde do ser social’⁹.

Descabido, portanto, o descolamento alegado por Minayo entre Epidemiologia, Saúde e Ciências Sociais.

Naomar Almeida-Filho²⁽¹⁾ destaca, com propriedade, que “Minayo confunde propositalmente o princípio filosófico do determinismo, a categoria determinação e a noção de determinante. Isso constitui um caso flagrante de ‘falácia de pressuposto’”. A fundamentação da ideia de sobredeterminação também é ofertada e debatida².

Os modelos de causalidade: Determinantes Sociais da Saúde/causas distais *versus* Determinação Social da Saúde

Restam, ainda, não apresentados e discutidos, outros aspectos fundamentais, como os modelos por detrás da noção de determinantes. O embasamento teórico de determinantes sociais na Epidemiologia foi trazido por muitas evidências, entre as quais, as mais notórias são as de Michael Marmot¹⁰. Importante lembrar que o modelo epidemiológico dominante na época da elaboração do conceito de determinantes era o da epidemiologia dos fatores de risco. Susser & Susser¹¹ também denominam esse modelo de ‘epidemiologia das caixas pretas’. Esse era o modelo hegemônico na segunda metade do século XX; a alcunha de caixas pretas foi dada porque a exposição era relacionada com os resultados, sem consideração de fatores intervenientes ou patogênese¹¹. Esse entendimento, obviamente, condicionava as estratégias analíticas e as abordagens de prevenção¹¹. Estas últimas eram: realizar o controle dos fatores de risco modificando o estilo de vida (dieta, exercícios etc.), agente (armas, alimentos etc.) ou ambiente (poluição, tabagismo passivo etc.)¹¹.

Susser & Susser¹¹ abordam a necessidade de modelos que façam a inclusão de sistemas em diferentes níveis, e chamam o novo

paradigma de ‘epidemiologia das caixas chinesas’ ou Ecoepidemiologia. Os autores elaboram em cima do histórico conceito da tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e ambiente¹¹. Argumentam, com razão, que o ambiente humano compreende sistemas em vários níveis, os quais interagem entre si¹¹. Ou seja, são interativos¹¹. Os autores entendem as sociedades como sistemas de relações persistentes, ordenadas e complexas¹¹. “A persistência” ou estabilidade “coexiste, entretanto, com a capacidade de mudança”¹¹⁽⁶⁷⁵⁾. E continuam:

[...] como os fatores contidos em um sistema se relacionam de alguma forma, mudanças e atividades em um setor afetam outros setores; os sistemas também se relacionam entre si; eles não existem isoladamente¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

As chamadas caixas chinesas são como um ninho de caixas de mágica, cada uma contendo uma sucessão de caixas menores. E completam:

[...] assim, dentro de estruturas localizadas, nos níveis sucessivos de organização, cada um dos quais engloba o nível seguinte e nível mais simples, todos com vínculos íntimos entre eles¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

Os autores explicam:

Em cada nível, uma estrutura relativamente delimitada, como uma nação, uma sociedade ou comunidade pode ser caracterizada por relações legais que são localizadas nessa estrutura e que podem ser descobertas. [...] Em um determinado nível dentro da hierarquia de escala e complexidade, essas relações legais são generalizáveis, mas somente na medida em que se aplicam a outras estruturas semelhantes, sejam elas sociedades, cidades, comunidades locais ou indivíduos¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

Ao incorporar esse novo modelo de causalidade multinível, a epidemiologia passa a fazer a investigação dos caminhos pelos quais as

experiências biológicas e sociais geram saúde/doença/eventos relacionados à saúde¹². Esse novo paradigma equipa o epidemiologista do século XXI para identificar o impacto das mudanças biológicas e sociais sobre os desfechos citados acima¹². A Ecoepidemiologia considera, portanto a marca do tempo histórico; e a relação dinâmica entre as causas macro (por exemplo, mudanças sociais) e micro causas (por exemplo, mutações genéticas)¹². A busca do epidemiologista, nesse novo paradigma, é, portanto, buscar as causas em vários níveis e, em especial, as causas das causas. Estas últimas também são conhecidas pelo termo causas distais. Retomaremos mais à frente a discussão sobre as causas distais.

Fundamental aqui trazer as contribuições da Epidemiologia Latino-Americana. Pedro Luis Castellanos traz elementos estruturantes para o conceito de (sobre)determinação social da saúde¹³. O autor estabelece que os fenômenos de saúde não ocorrem em um vácuo, mas em diferentes espaços de determinação e condicionamento, os quais são recursivos e inclusivos¹³. O espaço singular seria representado pelos estilos de vida: refere-se às variações entre indivíduos ou grupos definidos por atributos individuais (idade, sexo, fatores de risco). É o nível onde a patologia se manifesta nos corpos e onde se localizam as condutas individuais¹³. Mas Castellanos nos alerta de um outro espaço: o particular, das condições de vida¹³. Nesse espaço, ocorrem as variações entre grupos sociais dentro de uma mesma sociedade. A explicação aqui reside nos processos de reprodução social e em como cada grupo se insere na produção e no consumo de bens e serviços¹³. Haveria, ainda, um terceiro espaço, denominado espaço geral ou do modo de vida. Corresponde à sociedade global, abrangendo modelos econômicos, processos políticos e mudanças históricas¹³. Esse nível define as características básicas do modelo assistencial e das políticas de saúde. Fica claro que o autor apresenta seus argumentos sob a ótica de um modelo de causalidade multinível e de sobredeterminação social. A lógica

fundamental é que os espaços superiores exercem uma determinação sobre os inferiores – não de forma mecânica, mas delimitando o ‘espaço de variedade possível’ do que pode ocorrer nos níveis abaixo¹³. Minayo foca na autodeterminação: o nível singular, associado à subjetividade, que é onde o sujeito vivencia o problema de saúde como uma ‘interrupção do discurso esperado da vida’¹. Para Minayo, o foco reside na capacidade do sujeito de dar sentido à sua experiência¹. A Epidemiologia Latino-Americana compreende de maneira distinta e mais elaborada. Castellanos contrapõe um modelo em que os processos do nível singular são expressões de processos biológicos e sociais mais amplos¹³. A autodeterminação do sujeito (seu ‘estilo de vida’) está subsumida (*subsumed*) ao seu ‘modo de vida’ (coletivo), que é determinado pela estrutura econômica e política (espaço geral – nível estrutural)¹³. À Castellanos juntam-se Breilh¹⁴ e Samaja⁹, cujas ideias centrais abordam essa mesma relação, em que um nível mais complexo da realidade (como a sociedade ou um grupo social) impõe suas condições e limites a um nível menos complexo (como um indivíduo ou um processo biológico).

Samaja adota o termo ‘totalização’ – originalmente, introduzido por Sartre – para enriquecer a noção clássica de totalidade. Enquanto uma ‘totalidade’ pode ser confundida com uma simples coleção de partes ou uma unidade estática, a totalização enfatiza o processo produtivo, reprodutivo e transformativo¹⁵. Ela não é algo ‘já dado’, mas um fim a ser atingido pela ação humana (práxis), que cria a comunidade e o universo. Nessa visão dialética, todas as coisas formam uma unidade onde a totalização (o todo) explica as partes, em vez de as partes simplesmente se somarem para criar o todo¹⁵. Assim, Samaja propõe redefinir a epidemiologia como o estudo do ser humano em seu incessante processo de totalização, visando à realização de seu ser social e livre¹⁵. Dessa forma, o autor utiliza o conceito de totalização para destacar que devem ser evitadas visões estáticas ou fragmentadas da saúde.

Cada novo nível de integração social (ex.: o Estado) suprime a autonomia absoluta do nível anterior (ex.: a tribo), mas conserva sua base e o supera ao integrá-lo em uma estrutura mais complexa. A mediação é a categoria utilizada por Samaja para conectar as dimensões singular (indivíduo), particular (grupos sociais) e geral (sociedade), descritas por Castellanos. Samaja argumenta que a simples causalidade é insuficiente; deve-se avançar para a noção de mediação, que implica uma ‘totalidade de caráter representacional’¹⁵. É aqui que o biológico é ‘ressignificado’ pelo social. A mediação se realiza através de ferramentas simbólicas¹⁵. A linguagem é ‘a comunidade em tanto falante’, e o direito constitui o ‘grande termo médio’ que expressa os vínculos das ações dos indivíduos entre si e com as coisas, transformando mandatos biológicos em coexistência social. A subjetividade não reside em um estrato específico, mas nas interfaces hierárquicas (as ‘fronteiras’ entre os níveis)¹⁵. Ela é a função de ‘apercepção’ que permite às partes de uma totalidade perceber sua posição e agir dentro do todo. Para Samaja, existe uma hierarquia sistematizada da integração social, ou seja, a relação entre essas categorias resulta em uma visão estratificada da realidade, onde podem ser descritas as seguintes relações: 1) de constituição (ascendente): os estratos inferiores (biológico/orgânico) constituem o substrato dos estratos superiores (comunal, político, societal); 2) de regulação (descendente): os estratos superiores medeiam e regulam a vida dos estratos inferiores através de determinação hierárquica; 3) de situação: o ambiente deixa de ser um mero entorno externo e se transforma em ‘situação’ – o vínculo histórico e semiótico que entrelaça o sujeito com suas mediações históricas¹⁵. Samaja¹⁵ complementa que a liberdade (ou autodeterminação) não existe como um fato da natureza, mas, sim, nas fronteiras entre os estratos do ser. Ela se manifesta como a apercepção subjetiva que cada integrante de uma totalidade deve ter para que a ação comunicacional seja possível¹⁵. Assim, mais um aspecto fundamental

no debate a respeito da sobredeterminação social nos é trazido por Samaja: a utilização do conceito de totalização (de Jean-Paul Sartre), para explicar que o ser humano está em um processo incessante de realizar seu ser social e livre, mas esse processo é condicionado pelos ‘pré-requisitos materiais de trabalho’ e pela ‘corporeidade orgânica e inorgânica’ (ambiente, máquinas, leis)^{9,15}. Breilh, Castellanos e Samaja convergem ao defender que a (sobre) determinação social da saúde é um processo de ordem estrutural e histórica, oriundo das práticas do capitalismo, especialmente do capitalismo neoliberal. Sobre essas questões refletem a Associação Latino-Americana de Medicina Social, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud:

A economia capitalista tem levado à precariedade do trabalho, a perda de direitos trabalhistas, a destruição de laços de solidariedade entre trabalhadores, e também tem levado a milhões de pessoas a informalidade, ao trabalho infantil e a tantos outros problemas¹⁶⁽⁴⁹⁶⁾.

É inerente à sociedade capitalista em termos de suas formas de propriedade, poder e divisão do trabalho, bem como as formas pelas quais a produção e reprodução próprias do capitalismo produzem diferenças abismais na qualidade de vida das diferentes classes sociais, gêneros e etnias¹⁷⁽⁵⁾.

Interseccionalidade, complexidade da causalidade multinível e (sobre)determinação social

As causas sociais são também chamadas de ‘determinantes sociais da saúde’, em virtude do paradigma reinante na segunda metade do século XX e por causa do trabalho de

Michael Marmot na Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar de constituir um avanço, ainda representa uma visão bastante influenciada pelo positivismo. Para Breilh¹⁴, o modelo da OMS reduz a saúde a ‘fatores de risco’ ou ‘causas de causas’ que fragmentam a realidade em variáveis isoladas. Em outras palavras: a determinação social da saúde vai muito além de determinantes isolados e fragmentados. A (sobre)determinação social da saúde enfatiza a produção social da saúde/doença/atenção à saúde (estruturas de reprodução social) em oposição à mera identificação de fatores distais¹⁵. As ditas causas sociais incluem ‘eventos estressantes na vida, status socioeconômico e estruturas sociais (como recursos materiais, educação, políticas públicas e assim por diante)’¹⁸. O novo paradigma, de organização e causalidade em múltiplos níveis, provoca-nos e compele a identificar as causas distais. Não só existe (sobre)determinação social, como existe interseccionalidade! A leitura do livro ‘Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches’, editado por Amy J. Schulz e Leith Mullings¹⁹, pode ser o ponto de partida para aquelas/aqueles que ainda desconhecem essa perspectiva. A definição central e a premissa apresentados no livro estabelecem que a interseccionalidade é uma abordagem que examina as maneiras pelas quais o gênero, a raça e a classe são mutuamente constituídos e interconectados¹⁹. A obra define que essas dimensões de desigualdade social não operam de forma independente ou meramente somada (como se fossem camadas separadas), mas se entrelaçam intimamente para criar sistemas simultâneos de privilégio e opressão¹⁹. O livro, publicado há quase 20 anos, revela como o ‘entrelaçamento de gênero, raça e classe’ (que vem sendo chamado de tripla inequidade) determina a ‘experiência de saúde e explica de forma mais convincente as disparidades de saúde do que as interpretações tradicionais dos fatores demográficos raça e etnia’¹⁹. A ideia é que a interseção desses fatores resulta em ‘novas identidades’ e possibilidades variadas de saúde/doença/eventos

relacionados à saúde/atenção à saúde¹⁹. O ponto central para essa discussão é que os pesquisadores tradicionalmente tentam isolar a raça e a etnia, controlando o gênero e a classe, em vez de analisar a confluência desses fatores. A nova proposição é explicar os resultados de saúde desta última maneira, chamada de abordagem interseccional ou intersetorial¹⁹, a qual postula que a convergência de vários status de minoria cria uma complexidade que não pode ser compreendida ou explicada sem o reconhecimento do efeito de sua interseção¹⁹. Em vez de caixas pretas, caixas chinesas!

Os estudos de interseção, operacionalizados como a combinação de mais de uma identidade social, não param de acrescentar dimensões. Assim é que Potter et al.²⁰ analisaram interseções de raça, gênero, idade e status socioeconômico e as implicações para a denúncia de discriminação e atribuições à discriminação.

Na introdução de sua revisão sistemática dos métodos usados para estudar o impacto cruzado do sexo e das localizações sociais nos resultados de saúde, Phillips et al.²¹⁽⁴⁾ nos brindam com a seguinte frase:

[...] as circunstâncias sociais merecem ser levadas em consideração e delineadas com precisão na pesquisa epidemiológica, não apenas por causa de seu impacto pronunciado sobre a saúde, mas também porque muitas vezes são passíveis de mudança.

Não reconhecer a (sobre)determinação social também é problemático, pois as pessoas se eximem de lutar por mudanças sociais. Um resultado inesperado da revisão sistemática acima mencionada foi descobrir que poucos pesquisadores consideravam a interseccionalidade como um possível ‘indicador da saúde’²¹. Se esse nosso *paper* for um sinal de alerta nesse sentido, e quiçá um catalisador de mudança, ele terá cumprido seu papel.

Na sexta conferência da série de diálogos interdisciplinares ‘Philosophical Issues in Psychiatry’, a qual ocorreu em maio de 2023

na Universidade de Copenhague, Ross & Kendler¹⁸ advogaram o uso preciso dos termos ‘causas proximais e distais’, enfatizando que não só é possível como também é fundamental para conseguir captar como as ‘causas sociais’ influenciam a saúde/doença/eventos relacionados à saúde. Ross & Kendler¹⁸ não se limitam a criticar quando as causas biológicas são enfatizadas em detrimento das causas sociais, mas, também, quando as causas do corpo humano são privilegiadas sobre as causas ambientais remotas e nos casos em que as causas fisiológicas locais são priorizadas em relação às causas evolutivas distantes. Para adicionar complexidade à questão da determinação social, Ross & Kendler¹⁸ discutem como os fatores sociais podem desempenhar três tipos de funções causais: eles podem ser não apenas causas distais, mas também causas paralelas e causas proximais.

Conclusões

Para além das falácias mencionadas por Almeida-Filho², trazemos as considerações pertinentes de José Luiz Fiorin²². O autor, em seu excelente livro ‘Elementos de Análise do Discurso’, analisa o texto ‘Apólogo dos dois escudos’, de José Júlio da Silva Ramos. Cada um dos cavaleiros, colocado num determinado ponto do espaço (respectivamente, na frente e atrás), vê o escudo de uma maneira: um o vê como um objeto de ouro; o outro, como um objeto de prata:

Num nível um pouco mais abstrato, percebemos que o escudo é qualquer objeto de conhecimento. Temos aqui a passagem de um não saber a um saber. Com efeito, cada um dos sujeitos cognoscentes não tinha conhecimento do objeto até o momento em que o analisa de um ponto de vista²²⁽¹⁶⁾.

O saber de cada um a respeito do mesmo objeto é diferente, porque é condicionado pelo ponto de vista em que cada um se coloca para

apreendê-lo, estudá-lo, analisá-lo²². Tendo adquirido um saber a partir de uma certa perspectiva, cada um dos sujeitos atribui a seu conhecimento a marca da certeza e confere ao do outro a qualificação de equívoco, ou seja, cada um dos sujeitos considera seu saber como saber e o do outro como não saber:

Isso leva a uma polêmica, a urna confrontação, em que cada um pretende impor ao outro seu ponto de vista, em que cada um tenciona fazer o outro desqualificar o saber que havia adquirido anteriormente e aceitar o ponto de vista alheio como verdade. [...] O derviche, ao contrário, tendo-se dado ao trabalho de observá-lo de mais de um ângulo, sabe que o escudo é de ouro numa das faces e de prata na outra. [...] O derviche, ao ser informado da razão da contenda, mostra que eles não conheciam o objeto, mas um aspecto dele, e que, por isso, o saber de ambos era, ao mesmo tempo, certo e equivocada. [...] Aponta a necessidade de colocar-se em mais de uma perspectiva (= passar para o lado oposto) na análise de uma questão. Considerar um objeto de várias perspectivas leva à conciliação, que é o bom entendimento com os outros a partir da aceitação de seus pontos de vista. [...] A passagem da conjunção com um ponto de vista para a conjunção com múltiplos pontos de vista implica a substituição da polêmica pelo contrato, da confrontação pela conciliação²²⁽¹⁶⁾.

Por fim, fechamos essas considerações voltando a mencionar Louis Althusser, um autor autocrítico: dirige a si mesmo palavras para desconsiderar/desconstruir suas teorias. Althusser era, na prática, a metamorfose

ambulante cantada por Raul Seixas: “*eu prefiro ser essa metamorfose ambulante do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo*”. Fundamental para qualquer cientista essa reavaliação, ainda mais quando existe um corpo de evidências robusto dizendo o contrário. A atitude Althusseriana e de responsabilidade intelectual seria incorporar a (sobre)determinação social aos seus conceitos e escritos. As caixas pretas e o mundo em preto e branco não são modelos adequados para se considerar questões complexas como a (sobre)determinação social. Por outro lado, a interseccionalidade se alinha perfeitamente com estudos de determinantes sociais da saúde, epidemiologia do curso de vida e Ecoepidemiologia. A minha intenção primeira com este texto é oferecer essas linhas, da mesma forma que o derviche do apólogo, para conduzir ao entendimento – inclusive, dos modelos epidemiológicos – à conscientização/estímulo da necessidade de mais pesquisas que considerem a interseccionalidade e a tratem de forma metodologicamente adequada. Em segundo lugar, conduzir ao necessário acordo, diante das evidências massivas a respeito de (sobre)determinação social. Evidências essas originadas de diversas disciplinas, que incluem, mas não se limitam a Epidemiologia, Ciências Sociais e Saúde (Coletiva). Sobredeterminação social, sim!

Contribuições de autoria

Corrêa PCRP (0000-0001-7108-0640)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Minayo MCS. Determinação social, não! Por quê? Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00040121. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040121>
2. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00040321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040321>
3. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00040421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040421>
4. Minayo MCS. Dialogando sobre o conceito de determinação social. Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00040521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040521>
5. Ianni AMZ. Saúde coletiva e historicidade do conhecimento: teoria, interdisciplinaridade e o sujeito contemporâneo. Cad Saúde Pública. 2021;37(12):e00040221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040221>
6. Borde E. A determinação social dos processos saúde-doença em questão: disputas de narrativas no campo da saúde coletiva. In: Andrade MAC, Sodré F, Rocon PC, organizadores. Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas [Internet]. Porto Alegre, RS: Rede Unida; 2024 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/01/Livro-Desigualdades-sociais-em-saude.pdf>
7. Althusser L. The future lasts forever: a memoir. Corpet O, Boutang YM, editores. New York: New Press; 1993.
8. Frérôt M, Lefebvre A, Aho S, et al. What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. PLoS One. 2018;13(12):e0208442. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>
9. Samaja J. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “miltoniana”). Rev Bras Epidemiol. 2003;6(2):105-120. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200005>
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099-1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
11. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health. 1996;86(5):674-677. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>
12. March D, Susser E. The eco- in eco-epidemiology. Int J Epidemiol. 2006;35(6):1379-1383. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyl249>
13. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. Bol Epidemiol. 1990;10(4):1-7.
14. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In: Memorias del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. 2011 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
15. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
16. Alames; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais. Saúde Debate. 2011;35(90):496-498. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420110496-pt>
17. Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?: memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes

- Sociales de la Salud [Internet]. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://elagoraasociacionci-vil.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/10/de-terminantes-sociales-de-la-salud.pdf>
18. Ross LN, Kendler KS. Proximal and distal causes in medicine. In: Philosophical Issues in Psychiatry VI [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://philsci-archive.pitt.edu/22849>
 19. Schulz AJ, Mullings L, editores. Gender, race, class and health: intersectional approaches. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
 20. Potter L, Zawadzki MJ, Eccleston CP, et al. The intersections of race, gender, age, and socioeconomic status: implications for reporting discrimination and attributions to discrimination. *Stigma Health*. 2019;4(3):264-281. DOI: <https://doi.org/10.1037/sah0000099>
 21. Phillips SP, Vafaei A, Yu S, et al. Systematic review of methods used to study the intersecting impact of sex and social locations on health outcomes. *SSM Popul Health*. 2020;12:100705. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100705>
 22. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 14ª ed. São Paulo: Contexto; 2008.

Recebido em 16/07/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: 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

A implantação das Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes em municípios brasileiros

The implementation of Adolescent-Friendly Primary Health Care Units in Brazilian Municipalities

Denise Leite Ocampos¹, Mariana Russo Voydeville Damasceno¹, Bruno Arantes Campos¹, Mayara Baptista de Sousa¹, Lígia de Miranda Seabra², Marcelle Maria de Castro Apratto Tenório²

DOI: 10.1590/2358-2898202614910928P

RESUMO O Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Instituto Veredas, desenvolveu uma estratégia-piloto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) amigáveis a adolescentes. Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da estratégia em diferentes regiões do Brasil, com base em escutas qualificadas de profissionais, gestores e adolescentes. A metodologia envolveu diagnóstico situacional, oficinas participativas, pactuação de ações e acompanhamento técnico. A experiência mostrou avanços na construção de vínculos com adolescentes, fortalecimento da escuta qualificada, inclusão da participação juvenil na gestão local e reorganização dos fluxos de cuidado. Profissionais relataram maior capacidade de resposta às demandas da adolescência e aumento do protagonismo juvenil. A implementação das UBS amigáveis evidencia a importância de reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos, garantindo-lhes um espaço seguro, acessível e responsivo. Estratégias adaptadas às especificidades dessa faixa etária promovem equidade, fortalecem os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e contribuem para a sustentabilidade do cuidado integral. O fortalecimento da atenção primária com enfoque na adolescência está alinhado aos marcos legais e normativos nacionais e internacionais.

PALAVRAS-CHAVE Centros de Saúde. Serviços de saúde do adolescente. Atenção Primária à Saúde. Adolescente.

ABSTRACT The Brazilian Ministry of Health, in partnership with Pan American Health Organization (PAHO) and Instituto Veredas, developed a pilot strategy for adolescent-friendly Primary Health Care Units (UBS). This is an experience report on the implementation of the strategy in different regions of Brazil, based on structured listening processes with professionals, managers, and adolescents. The methodology included situational diagnosis, participatory workshops, action planning, and technical follow-up. The experience demonstrated progress in building bonds with adolescents, strengthening active listening, including youth participation in local health governance, and reorganizing care flows. Health professionals reported improved responsiveness to adolescent needs and increased youth protagonism. The implementation of adolescent-friendly UBS units highlights the importance of recognizing adolescents as subjects of rights, ensuring them a safe, accessible, and responsive environment. Strategies adapted to the specificities of this age group promote equity, reinforce Primary Health Care attributes and contribute to sustainable, comprehensive care. Strengthening primary care with a focus on adolescence is aligned with national and international legal and normative frameworks.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. denise.sesdf@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS Health centers. Adolescent health services. Primary Health Care. Adolescent.

Introdução

A despeito de o direito à vida e à saúde ser um princípio assegurado na Constituição Federal¹ e no Estatuto da Criança e do Adolescente², observa-se no Brasil uma dificuldade de acesso pelos adolescentes às unidades de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS). O Ministério da Saúde (MS) entende como adolescência o período entre 10 e 19 anos de idade. A adolescência é marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, e os hábitos em saúde adquiridos nesse processo podem gerar impactos positivos ou negativos por toda a vida dos indivíduos³.

A atenção qualificada à saúde do adolescente pode impactar positivamente o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento desses indivíduos, a promoção da sua saúde sexual e reprodutiva, atenção integral à saúde mental – atuando na prevenção de casos de automutilação e tentativa de suicídio –, prevenção de violências e acidentes e ações inclusivas para adolescentes com deficiência e outras populações vulnerabilizadas⁴.

Esse investimento significa reconhecer o adolescente como sujeito de direitos e garantir que ele encontre no Sistema Único de Saúde (SUS) um espaço seguro, acolhedor e capaz de responder às suas demandas de forma integral.

Estratégias de promoção e prevenção implementadas na adolescência podem ser custo-efetivas, evitando agravos futuros que demandariam tratamentos mais complexos e onerosos. O investimento na estratégia pode reduzir despesas futuras com saúde e condições de vida mais adequadas^{5,6}.

Investir em unidades amigáveis aos adolescentes na APS pode ser uma estratégia essencial para garantir o acesso, a equidade e a efetividade do cuidado a essa população, que possui demandas específicas e, muitas vezes, invisibilizadas pelo sistema de saúde. Vale ressaltar que o cuidado integral em saúde não se resume apenas aos cuidados desenvolvidos pelo SUS. De acordo com o princípio da incompletude, todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do

Adolescente (SGDCA) têm a responsabilidade da articulação intra e intersetorial.

A criação de vínculos, a qualificação do cuidado em saúde e as oportunidades disponibilizadas para adolescentes são fundamentais para fomentar o cuidado com esse processo da vida que pode repercutir por toda a vida adulta dos sujeitos. Diante desse desafio, o MS, por meio da Coordenação da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Cosaj) e da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens (CGCRIAJ), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), propôs a governos municipais o projeto ‘Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes’.

A iniciativa de atuar com a proposição de serviços de saúde amigáveis aos adolescentes na APS se deu em 2015 quando foi incorporado pelo MS o ‘Guia de Avaliação da qualidade: para avaliar os serviços de saúde para adolescentes’⁷, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esse guia é um importante instrumento para auxiliar gestores das três esferas do governo a avaliar a execução dos serviços de saúde na Atenção Primária, reconhecendo os pontos críticos a serem melhorados e a necessidade de implantação de uma estratégia voltada para o atendimento qualificado dos adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O projeto inicial foi executado entre 2015 e 2019, sendo retomado em 2024 com a proposta do projeto-piloto ‘Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes’. O MS, por meio da CGCRIAJ, optou por formalizar uma Carta Acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Instituto Veredas para que o projeto fosse implementado dentro da atenção primária, com intuito de ampliar o acesso e a qualidade da atenção aos adolescentes e jovens.

O projeto contemplou cinco UBS, uma em cada região do País, com a intenção de verificar a viabilidade em diferentes contextos socioculturais e populacionais, porém, sem a pretensão de obter a representatividade da diversidade do Brasil.

O projeto reiniciado em 2024 teve como objetivo revisar o Guia da OMS e reativar a estratégia de

implementação das 'Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes'.

O projeto-piloto foi concluído em julho de 2025, com a elaboração de um relatório situacional de avaliação da implantação nas primeiras UBS e a elaboração de uma metodologia para capacitação de multiplicadores da estratégia para todo o País.

A partir das discussões levantadas, das experiências vivenciadas e das expectativas para o futuro, destacam-se aqui as reflexões e as vivências desse processo com intuito de contribuir para o aprimoramento da estratégia.

O presente artigo foi desenvolvido a partir de um relato de experiência, utilizando uma abordagem qualitativa, elaborado com base nas atividades realizadas durante a implementação do projeto-piloto das Unidades Amigáveis de Adolescentes (UAA) em cinco municípios das cinco regiões do Brasil. O método adotado consistiu na análise reflexiva e crítica das vivências ocorridas no processo de implantação da estratégia, considerando as percepções de profissionais de saúde, gestores e adolescentes participantes.

As informações aqui descritas foram obtidas a partir de registros institucionais, observações diretas e escutas qualificadas conduzidas nas etapas do projeto, sem o uso de instrumentos de pesquisa quantitativa. Dessa forma, este artigo busca descrever, compreender e interpretar os desafios, avanços e resultados observados, com o intuito de contribuir para o aprimoramento de políticas e práticas voltadas à atenção integral à saúde de adolescentes na atenção primária.

Por que investir em Unidades Amigáveis de Adolescentes?

A Constituição Federal, em seu artigo 227, assegura com absoluta prioridade o direito à vida e à saúde de crianças, adolescentes e jovens. A responsabilidade pela efetivação desses direitos perpassa o atendimento prestado nas unidades públicas de saúde.

A integralidade da assistência em saúde é um dos princípios elencados no Art. 7º, II da Lei n.º 8.080, de 1990, e deve nortear toda atuação do SUS⁸. Para alcançar tal premissa, é importante que sejam pensadas estratégias para atender a públicos que possuem especificidades, como os adolescentes.

Diante da importância do cuidado integral para a garantia do desenvolvimento de adolescentes, é imprescindível que haja investimento na qualificação do trabalho da APS para o atendimento de adolescentes. O caderno 'Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica', elaborado pelo MS em 2017, e as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde são importantes instrumentos para subsidiar a atuação dos profissionais da saúde no atendimento desse público^{9,10}.

Ressalta-se, ainda, nas Diretrizes, a necessidade de promover o protagonismo dos adolescentes como sujeitos de direitos, envolvendo-os diretamente na formulação e implementação de políticas voltadas à sua fase de desenvolvimento. É primordial a integralidade da atenção, definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema¹¹.

Seguindo a linha de pensamento proposta por Mattos, pela qual a integralidade é compreendida como um princípio em constante construção, que demanda revisões e melhorias contínuas, a estratégia das Unidades Básicas de Saúde Amigáveis aos Adolescentes também se desenvolve de forma dinâmica. Essa proposta busca sensibilizar e qualificar os trabalhadores da APS a partir de uma nova leitura das necessidades das adolescências, considerando as transformações nos modos de viver, se relacionar e acessar o cuidado em saúde de maneira integral¹¹.

A adolescência é um período em que se intensificam as vulnerabilidades, mas também se potencializam as oportunidades para promoção

da saúde e prevenção de agravos. Esse processo de vida se concretiza como uma janela de oportunidades para a construção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis¹².

Considerando as especificidades das diferentes adolescências, e a compreensão dessa fase da vida como importante momento para apropriação do autocuidado e aumento gradativo da autonomia, identificar esses perfis é fundamental para propor estratégias de cuidado que aproximem os adolescentes de redes de apoio saudáveis e que favoreçam a construção de características de resiliência e habilidades para lidar com frustrações e adversidades¹².

Muitos adolescentes deixam de procurar os serviços de saúde por medo de julgamento, falta de privacidade, receio da quebra de sigilo ou ausência de vínculo com os profissionais da rede de atenção à saúde. Unidades não qualificadas tendem a produzir práticas adultocêntricas que dificultam a escuta ativa e o acolhimento desse público¹².

Diante dessas barreiras, o ‘Guia de Padrões Globais para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes’ indica oito padrões globais que definem o nível de qualidade na prestação dos serviços de saúde¹³, conforme está descrito no *quadro 1*:

Quadro 1. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes, segundo a OMS

Alfabetização em saúde dos adolescentes	Padrão 1. O estabelecimento de saúde implementa sistemas para garantir que os adolescentes sejam conhecedores de sua própria saúde e saibam onde e quando procurar serviços de saúde.
Apoio da comunidade	Padrão 2. O estabelecimento de saúde implementa sistemas para assegurar que pais, responsáveis e outros membros e organizações da comunidade reconheçam o valor de prestar serviços de saúde para adolescentes e apoiem tal prestação e a utilização dos serviços pelos adolescentes.
Pacote de serviços apropriado	Padrão 3. O estabelecimento de saúde oferece um pacote de serviços de informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento e atenção que atende às necessidades de todos os adolescentes. Os serviços são oferecidos no estabelecimento e por meio da referência para outros estabelecimentos e serviços de extensão.
Competências dos prestadores de serviços	Padrão 4. Os profissionais de saúde demonstram ter a competência técnica necessária para prestar serviços de saúde efetivos para adolescentes. Tanto os profissionais de saúde como o pessoal de apoio respeitam, protegem e observam os direitos dos adolescentes a informação, privacidade, sigilo, não discriminação, atitude moralmente neutra e respeito.
Características do estabelecimento	Padrão 5. O estabelecimento de saúde tem horário de atendimento conveniente, ambiente limpo e acolhedor e resguarda a privacidade e o sigilo dos clientes. Além disso, dispõe de equipamento, medicamentos, provisões e tecnologia necessários para assegurar a prestação efetiva de serviço aos adolescentes.
Equidade e não discriminação	Padrão 6. O serviço de saúde presta serviços de qualidade a todos os adolescentes sem levar em conta a capacidade de pagar, a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a origem étnica, a orientação sexual ou outras características.
Dados de melhoria da qualidade	Padrão 7. O estabelecimento de saúde coleta, analisa e usa dados sobre a utilização dos serviços e a qualidade da atenção, desagregados por idade e sexo, para apoiar a melhoria da qualidade. Os funcionários do estabelecimento de saúde recebem apoio para participar da contínua melhoria da qualidade.
Participação dos adolescentes	Padrão 8. Os adolescentes são envolvidos no planejamento, no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde e nas decisões relativas à própria atenção, assim como em determinados aspectos da prestação de serviço, quando apropriado.

Fonte: OMS (2015/2017)¹³.

A atenção qualificada e sensível às especificidades dos adolescentes contribui para reduzir desigualdades, especialmente entre jovens em situação de vulnerabilidade social, como aqueles expostos à violência, gravidez não intencional, abuso de álcool e outras drogas ou problemas de saúde mental¹⁴.

A estratégia UAA reforça os princípios e atributos da APS: acesso universal, longitudinalidade, a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia, coordenação do cuidado, integralidade e equidade¹⁵.

Sobre a participação como recurso para ampliar a autonomia, considera-se que a escuta aos adolescentes do território onde se localiza a UBS é essencial para o desenvolvimento da estratégia. Inclusive, no processo de implementação da estratégia-piloto, os adolescentes validaram e planejaram as ações propostas para contemplar suas necessidades¹⁶.

Material e métodos

Antes do início da implementação do piloto, foram realizadas etapas essenciais para a construção da estratégia. Essas atividades englobaram a elaboração do plano de trabalho e a busca exploratória na literatura nacional e internacional, visando a mapear estratégias e indicadores utilizados em experiências similares. Também foram realizadas oficinas virtuais, diálogo deliberativo com adolescentes, trabalhadores da saúde nos níveis municipal, estadual, federal, profissionais da educação, pesquisadores, representantes de organizações da sociedade civil e gestores das diferentes esferas para apreciação e validação do guia da estratégia-piloto.

A implantação do piloto se deu a partir de um processo de autoavaliação utilizado para monitorar a qualidade dos serviços prestados segundo a percepção dos próprios atores envolvidos, bem como a sua capacitação. Esse método promove ciclos de educação permanente sobre as necessidades de saúde de adolescentes atendidos nas unidades do SUS. Ela também requer a construção de planos de ação que devem considerar os resultados da autoavaliação, permitindo que as intervenções abordem as especificidades locais, baseados nos pontos de vista conjuntos entre adolescentes e equipe de saúde da UBS.

Para a definição dos critérios de priorização das unidades-piloto, foram considerados fatores geográficos, demográficos e de equidade, visando a uma maior pluralidade das diferentes realidades do País. Foram escolhidas cinco Unidades Básicas de Saúde da Família em municípios de cinco estados das cinco regiões do Brasil. Os critérios de seleção foram: distribuição regional, população do município (maior que 500.000/hab., entre 200.000/hab. e 500.000/hab., entre 50.000/hab. e 200.000/hab. e menos que 50.000/hab.) e característica do território onde a unidade está localizada. Além disso, foram consideradas experiências na implementação de programas voltados a adolescentes, ações de natureza inovadora e avaliativa no contexto da saúde, e sinalização de interesse em receber a implementação da estratégia-piloto no cronograma estabelecido.

Os critérios relacionados às características dos municípios e territórios participantes da estratégia-piloto estão descritos no *quadro 2*.

Quadro 2. Fases da estratégia-piloto de implementação da Unidade de Saúde Amiga de Adolescentes

Fase	Descrição	Encontros
Fase 1 – Sensibilização	Apresentação do projeto e mobilização dos diferentes atores envolvidos (gestão, equipe da UBS, adolescentes e comunidade local). Objetivo: promover o conhecimento sobre a estratégia de unidade amiga de adolescentes e engajar o território.	Encontro 1: com gestão e equipe da UBS Encontro 2: com adolescentes Encontro 3: com a comunidade local
Fase 2 – Ciclo de Aprendizados	Educação Permanente (para profissionais) e a Educação em Saúde (para adolescentes). Incentiva práticas reflexivas e a corresponsabilidade dos adolescentes. Objetivo: Promove trocas de saberes entre profissionais e adolescentes sobre saúde e o que são serviços de saúde amigáveis a adolescentes.	Encontro 4: com profissionais da UBS Encontro 5: com adolescentes
Fase 3 – Autoavaliação da UBS	Avaliação preenchida conjuntamente por adolescentes e profissionais. Objetivo: realizar avaliação participativa da UBS com base em formulário com o score de amigabilidade da unidade, destacando os pontos fortes e aspectos a melhorar.	Encontro 6: com adolescentes e equipe da UBS juntos
Fase 4 – Plano de Ação	Construção conjunta de estratégias para superar os desafios no atendimento a adolescentes. Objetivo: elaborar um plano de ação para tornar o serviço mais acessível, acolhedor e resolutivo para adolescentes.	Encontro 7: com adolescentes e equipe da UBS juntos
Fase 5 – Monitoramento e Encerramento	Evento ou roda de conversa para celebração e reconhecimento das pessoas envolvidas. Objetivo: realizar avaliação da implementação usando metodologia participativa.	Encontro 8: avaliação da implementação do projeto piloto com adolescentes e equipe da UBS juntos E evento de encerramento com adolescentes, profissionais, gestão, rede intersetorial e comunidade

Fonte: elaboração própria.

Para a implementação da estratégia nos cinco municípios, foram realizadas reuniões virtuais para a apresentação do projeto-piloto e discussão sobre como se dariam as fases e idas a campo pela equipe do Instituto Veredas, responsável pela execução do projeto. A preparação para a implementação envolveu uma série de ações articuladas com as referências técnicas de saúde de adolescentes dos estados e municípios, gestores das UBS, agentes comunitários de saúde, em encontros virtuais e presenciais. Nas reuniões, foram abordadas: apresentação do projeto, orientações sobre critérios e definição das UBS participantes; pactuação das agendas de trabalho; alinhamentos práticos e esclarecimento de dúvidas

relativas aos aspectos operacionais da estratégia, como recursos necessários e definições de cronograma junto ao território.

A execução da estratégia-piloto envolveu a realização de atividades presenciais nos territórios, complementadas por encontros virtuais periódicos com os profissionais locais que desempenharam o papel de referências para o projeto. Os contatos remotos foram essenciais para o acompanhamento contínuo das ações, permitindo monitorar o andamento das etapas, oferecer suporte às equipes locais, incentivar o engajamento dos participantes e construir, de forma colaborativa, respostas aos desafios identificados ao longo do processo. Para intensificar a comunicação e a articulação

entre o Instituto Veredas e cada território, foram definidos pontos focais responsáveis por mediar as interlocuções, apoiar o alinhamento das atividades e favorecer o desenvolvimento das ações, considerando as especificidades de cada contexto

A Implantação das Unidades Amigáveis de Adolescentes

A estratégia-piloto ‘Unidades Amigáveis de Adolescentes’ foi implementada entre fevereiro e julho de 2025 nas cinco UBS selecionadas, conforme critérios apresentados adiante. O processo envolveu profissionais das UBS, gestores locais, representantes da rede intersetorial, membros da comunidade e adolescentes. O percurso metodológico foi composto por cinco fases: sensibilização, ciclo de aprendizados, autoavaliação, plano de ação e acompanhamento com repasse de resultados. As atividades incluíram oficinas participativas, grupos focais, rodas de conversa, caminhadas nos territórios de abrangência das unidades e aplicação de instrumentos desenvolvidos e validados pelo Instituto Veredas, em parceria com a Cosaj e a Opas.

Como já informado, buscou-se garantir representação de ao menos um município de cada uma das cinco grandes regiões do País. Participaram do projeto os Municípios de Manoel Urbano (AC), na região Norte; Camaçari (BA), no Nordeste; Senador Canedo (GO), no Centro-Oeste; Itapeverica da Serra (SP), no Sudeste; e Porto Alegre (RS), no Sul.

A metodologia da estratégia-piloto foi estruturada em cinco fases, distribuídas em oito encontros, descritos a seguir no *quadro 2*, fundamentados em práticas participativas com a participação direta de profissionais das UBS e adolescentes. A primeira fase, dedicada à sensibilização, compreendeu três encontros: um com a gestão e a equipe da unidade (em conjunto ou separadamente); outro com

adolescentes usuários da UBS; e um terceiro, com a comunidade local e a rede intersetorial. O objetivo dessa fase foi apresentar o projeto, detalhar o processo de implementação e ressaltar a importância de reconhecer e atender às necessidades e especificidades do público adolescente nos serviços de saúde. Além de promover o entendimento sobre o conceito de unidade amiga de adolescentes, a apresentação tornou possível a mobilização e o engajamento tanto dos participantes quanto de toda a UBS e do território, sensibilizando, também, a rede intersetorial e a comunidade quanto à importância de serviços de saúde acessíveis, acolhedores e adequados às demandas das adolescências, fortalecendo parcerias e criando condições para a implementação de ações futuras em benefício da saúde dos adolescentes.

Após a sensibilização, foram selecionados dez adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, para participar do piloto. O processo de seleção considerou interesse, disponibilidade no mesmo turno escolar, residência na área de abrangência da UBS e autorização dos responsáveis legais. O grupo foi formado de modo a garantir diversidade etária, étnico/racial e de gênero. O interesse de participação foi confirmado individualmente, e, posteriormente, foi criado um grupo em aplicativo de mensagens para compartilhamento de informações e organização das próximas fases. Os profissionais de saúde envolvidos foram indicados pela gestão da UBS, considerando disponibilidade e carga horária compatíveis para acompanhamento de todas as fases do piloto. Após o aceite desses profissionais, eles passaram a compor o grupo de implementação junto aos adolescentes. A reunião de sensibilização com a gestão da UBS foi um facilitador para que fosse possível garantir a participação dos profissionais que aceitaram estar nas cinco etapas de implementação da estratégia. Como são cinco etapas que se interconectam, a presença e permanência desses profissionais foi importante tanto para criar vínculo com o grupo de adolescentes

que participaram do piloto, favorecendo um ambiente de confiança, quanto para o aproveitamento por parte dos profissionais sobre formas de cuidado em saúde mais compatíveis com a realidade das adolescências.

A segunda fase, denominada ciclo de aprendizados, foi composta por dois encontros: o quarto encontro, realizado com a equipe de profissionais das UBS participantes do piloto, e o quinto encontro, com os adolescentes participantes do piloto. O objetivo dessa fase foi prepará-los para a realização da autoavaliação e para a elaboração do plano de ação, que foram desenvolvidos na fase seguinte. Além disso, buscou-se promover a troca de conhecimentos sobre serviços de saúde amigáveis a adolescentes e instrumentalizar os participantes, tanto em conceitos quanto em práticas, ressaltando a importância de tornar o serviço mais acolhedor. Essas atividades foram realizadas por meio de ações de educação permanente para profissionais e da educação em saúde para os adolescentes. As abordagens favoreceram o aprimoramento coletivo das práticas profissionais e estimularam o protagonismo dos adolescentes no processo de cuidado em saúde. A partir das dúvidas e dos questionamentos dos adolescentes, foram trabalhados conceitos relacionados a: saúde, funcionamento da UBS, direitos e meios de acessos aos serviços. A partir da escuta qualificada, eles puderam trazer suas inquietações relacionadas aos serviços de saúde e, dessa forma, aprender mais sobre o funcionamento da UBS, desenvolvendo uma visão crítica a respeito da importância do serviço.

Na terceira fase, foi realizada a autoavaliação da UBS com relação à amigabilidade do serviço para adolescentes, sendo esse o sexto encontro, que reuniu profissionais e adolescentes para o preenchimento conjunto de um formulário baseado nos oito padrões de amigabilidade descritos no documento ‘padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes’, publicado pela Opas¹⁶. Cada resposta recebeu uma pontuação de zero a três, gerando um escore total de amigabilidade que classificou a unidade em

‘nada amigável’ (abaixo de 12 pontos) e ‘muito amigável’ (48 a 63 pontos). Ao término da avaliação, adolescentes e profissionais discutiram criticamente os resultados, identificando pontos positivos e pontos a serem melhorados no atendimento aos adolescentes no serviço onde estão inseridos.

A quarta fase se referiu ao desenvolvimento do plano de ação, realizado durante o sétimo encontro, por meio de uma oficina colaborativa que reuniu adolescentes e profissionais das UBS participantes do piloto. Nessa fase, foram propostas de forma conjunta estratégias para superar os desafios identificados durante a autoavaliação, considerando as necessidades dos adolescentes e as particularidades do território. A construção coletiva do plano de ação possibilitou tornar o serviço mais acolhedor e efetivo, estimulando o protagonismo dos adolescentes e promovendo sua participação social.

A quinta e última fase compreendeu o repasse dos resultados, o acompanhamento das ações previstas nos planos de ação e a avaliação da implementação da estratégia-piloto. Nessa etapa, foi realizado o oitavo encontro, estruturado como oficina ou roda de conversa, com o objetivo de avaliar a execução da estratégia-piloto por meio de metodologia participativa. Esse processo favoreceu a escuta ativa, estimulou o diálogo crítico e valorizou as percepções de todas as pessoas envolvidas, assegurando que as ações implementadas fossem eficazes, estivessem alinhadas às necessidades dos adolescentes e correspondessem aos resultados esperados. Garantir o lugar de fala dos adolescentes significa assegurar espaços reais de escuta, diálogo e participação, onde suas vozes possam ser consideradas na formulação de práticas, fluxos e decisões que os afetam diretamente. Na APS, essa postura rompe com a lógica tradicional, em que o profissional detém todo o saber, e passa a valorizar o saber de experiência como elemento legítimo de construção do cuidado.

Além do oitavo encontro, a quinta fase contou com um evento de encerramento organizado entre a gestão da UBS, as gestões

municipal e estadual, a equipe técnica da Cosaj e o Instituto Veredas. Realizado como roda de conversa ou cerimônia, esse momento garantiu espaço para a escuta qualificada dos profissionais participantes da estratégia e, principalmente, para o protagonismo dos adolescentes. A atividade também estimulou a aproximação entre gestores, rede intersetorial

e comunidade. Ao final, foram entregues certificados reconhecendo o engajamento, a dedicação e a contribuição de cada participante ao longo da implementação.

O *quadro 3* abaixo sintetiza as fases da implantação, com sua descrição, objetivos e as formas de execução nos encontros.

Quadro 3. Características dos municípios e territórios participantes da estratégia-piloto

Município	Distribuição Regional	População	Característica do território da UBS	Característica do município
Manoel Urbano (AC)	Norte	Menor que 50.000/hab.	Território rural remoto	Interior
Porto Alegre (RS)	Sul	Maior que 500.000/hab.	Comunidade/favela	Capital
Itapeverica da Serra (SP)	Sudeste	Entre 50.000/hab. e 200.000/hab.	Território urbano	Região Metropolitana de São Paulo
Camaçari (BA)	Nordeste	Entre 200.000/hab. e 500.000/hab.	Território urbano	Região metropolitana
Senador Canedo (GO)	Centro-Oeste	Entre 50.000/hab. e 200.000/hab.	Território urbano	Região metropolitana

Fonte: elaboração própria.

Cada UBS preencheu um formulário de avaliação de amigabilidade de acordo com o descrito na fase 4 da implantação do piloto. Após a contagem de pontos para cada atividade ou ação da UBS, foram obtidos scores que refletiram os seus níveis de amigabilidade. Essa avaliação desencadeou uma análise crítica por parte da equipe de saúde, em conjunto com os adolescentes, a respeito dos aspectos a serem melhorados nas ações e nos serviços prestados pela UBS voltados para esse público.

Como resultado, foram construídos planos de ação que nada mais são do que um conjunto de atividades a serem realizadas com e para os adolescentes das respectivas UBS que devem fazer parte da rotina da unidade, com o objetivo de qualificar as ações e os serviços de saúde voltados para esse público, além de estimular a participação social e o protagonismo juvenil nesses espaços.

As equipes de saúde iniciaram as atividades dos planos de ação que tiveram seu primeiro momento de monitoramento no último encontro, na fase 5 da implantação, onde também ocorreu a avaliação da estratégia de implantação do piloto usando a metodologia já descrita para essa fase do projeto.

Nesse momento, presenciaram-se a participação e o protagonismo dos adolescentes, que puderam expor seus pontos de vista quanto aos serviços que estão sendo oferecidos e à metodologia da implantação do piloto. Os produtos desse momento servirão como base para o 'Guia de Implantação da Estratégia de Unidades de Saúde Amigáveis a Adolescentes', a ser desenvolvido pelo Instituto Veredas.

O relato de experiência revela uma abordagem aprofundada sobre os desafios e avanços na implementação de serviços de atenção à saúde voltados para adolescentes no Brasil,

fundamentada nos princípios constitucionais, legais e internacionais que garantem o direito à vida e à saúde dessa população. As Unidades Amigáveis ao Adolescente visam a promover o acesso qualificado e acolhedor à APS, reconhecendo as particularidades dessa faixa etária e a necessidade de abordagens sensíveis às suas demandas sociais, emocionais e físicas.

Resultados e discussão

O programa-piloto que levou às Unidades Básicas de Saúde Amigáveis para Adolescentes (UAA) provou que um modelo participativo é muito viável e pode ser criado com o caráter particular da adolescência, especialmente para a APS.

A metodologia de escuta qualificada e a corresponsabilidade entre profissionais e jovens indicaram que poderiam ser potencialmente replicadas em outros locais, desde que as singularidades locais não fossem desconsideradas e as noções de participação social e protagonismo juvenil fossem seguidas.

O experimento-piloto tem como principal benefício a geração de um quadro metodológico flexível, sustentado por evidências teóricas reunidas, incluindo os Padrões Globais da OMS para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes. As práticas participativas que defendem o diálogo entre profissionais e usuários do SUS. Essa mistura de padrões internacionais e diretrizes geográficas fornece à estratégia o potencial de ser replicável, desde que existam políticas públicas que garantam suporte técnico, treinamento contínuo e recursos financeiros suficientes.

No entanto, replicar a experiência requer um quadro mínimo que permita a adesão da equipe e a participação adequada dos adolescentes. A estratégia pode ser adaptada a novos territórios devido às diferenças culturais, socioeconômicas e institucionais, assim como o processo operacional em que cada um deles enfrenta desafios. Expandir para outros municípios exige, portanto, uma adequação do contexto do projeto, particularmente, com

relação à gestão do cuidado local, à articulação entre setores e à capacidade instalada das unidades básicas de saúde. Os multiplicadores regionais e a integração da metodologia em iniciativas de educação continuada em saúde permitirão a sustentabilidade orientada para o modelo e a escalabilidade.

Um dos benefícios observados para os adolescentes é que o vínculo com os serviços de saúde se torna mais forte, e o sentimento de pertencimento às ações da UBS se fortalece. O engajamento dos adolescentes durante o diagnóstico, avaliação e planejamento os ajudou a desenvolver habilidades relacionais e sociais, enquanto fomentava o exercício da cidadania e autonomia. Trabalhar diretamente com os jovens no plano de ação foi o veículo através do qual suas vozes foram identificadas como válidas e necessárias no caminho do cuidado, apoiando o protagonismo juvenil e o envolvimento em iniciativas de promoção da saúde.

Outro resultado importante foi a mudança na mentalidade das equipes de saúde, as quais relataram maior sensibilidade e confiança ao navegarem pelas demandas da adolescência, à medida que os profissionais cresceram em sua capacidade de lidar com as nuances particulares da adolescência, de ouvir melhor e construir laços horizontais. Isso afetou o nível de qualidade da recepção, o engajamento dos adolescentes com a UBS e sua confiança para acessar os serviços quando necessário.

O processo também fortaleceu a rede intersetorial e facilitará a mobilização de escolas e coletivos comunitários em direção a uma agenda comum de promoção da saúde e garantia de direitos. Para ser claro, por si só, simplesmente reproduzir o piloto não leva à replicação dos benefícios observados. Existem várias razões pelas quais os adolescentes têm efeitos positivos em torno da gestão local e do compromisso da equipe, participação ativa dos adolescentes e espaços para escuta qualificada. Portanto, aumentar a estratégia significa sustentar o processo participativo e a vontade política dos três níveis de governo, proporcionando

condições práticas de trabalho e assistência técnica permanente às equipes de APS.

Finalmente, o piloto revelou que serviços mais convidativos, inclusivos e responsivos às necessidades dos adolescentes podem ser desenvolvidos de forma voluntária, se as melhores práticas de responsabilidade compartilhada e diálogo intergeracional sustentarem esses planos. A replicação em outros contextos, para perpetuar seus efeitos positivos, envolve mais do que a reprodução automática de etapas: significa que a instituição precisa promover uma cultura de cuidado abrangente, ouvir e valorizar e consolidar políticas públicas que tratem os adolescentes como portadores de direitos, sujeitos e protagonistas de seus caminhos de saúde.

Considerações finais

Ao refletir sobre o percurso abordado neste relato de caso, fica evidente a possibilidade de fortalecer e ampliar as ações voltadas para a atenção à saúde de adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e protagonistas de suas próprias histórias. A implementação de estratégias como as UAA pode representar um avanço significativo na busca de serviços de saúde mais humanizados, acessíveis e capazes de respeitar as particularidades dessa fase de vida, marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais.

O percurso histórico e as ações iniciadas em 2015 demonstram a possibilidade de melhorias incrementais na qualidade do cuidado, apoiando-se em instrumentos que orientem a formação de profissionais e a estruturação de ambientes de atendimento mais acolhedores.

A experiência-piloto, envolvendo diferentes regiões do Brasil, alerta para a necessidade de adaptar estratégias às diversidades culturais e sociais do País, promovendo uma atenção integral, contínua e promotora de protagonismo juvenil. Ainda assim, os padrões de qualidade propostos pela OMS oferecem parâmetros para responder às expectativas de acolhimento,

confidencialidade, respeito e equidade nos serviços públicos de atenção primária locais.

O ponto sensível da experiência-piloto é a grande dificuldade de se adotar a estratégia de forma nacional. Por utilizar o método qualitativo no monitoramento da implementação da UAA, torna-se difícil a replicação em todo território, permitindo a expansão do acesso qualificado a adolescentes em todas as UBS.

Outra questão a ser observada é a alta carga de trabalho dos profissionais da APS, que precisam responder às diferentes demandas de todos os ciclos de vida. Essa é uma questão estrutural do SUS, que pode comprometer a efetividade da estratégia. Apesar de os profissionais da Atenção Primária em Saúde terem como escopo atuar em todos os ciclos de vida, é perceptível a sua dificuldade em atuar com as adolescências.

Nesse cenário, a experiência revela que é imprescindível a formação de profissionais sensíveis às demandas dos adolescentes, na promoção de ambientes seguros e de confiança, e na articulação com a comunidade, incluindo familiares e organizações sociais. Mas é necessário, também, que o Governo Federal, por intermédio do MS, forneça o suporte necessário aos estados e municípios no desenvolvimento da estratégia em âmbito nacional. Assim, será possível consolidar uma rede de atenção que não apenas garanta o acesso, mas também promova a autonomia, o autocuidado e a construção de estilos de vida mais saudáveis para adolescentes.

As ações em andamento e as futuras avaliações dessas estratégias devem orientar as políticas do MS e dos entes federativos, reforçando o compromisso do SUS com a garantia aos adolescentes do direito à saúde, com dignidade, respeito e efetividade.

Contribuições de autoria

Ocampos DL (0000-0001-9312-2426)* contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo, realizou a revisão crítica do conteúdo

intelectual, participou da aprovação final da versão a ser publicada, assumindo a responsabilidade pública pelo trabalho. Damasceno MRV (0009-0009-4429-9431)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo; também contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo e para a revisão crítica do conteúdo intelectual. Campos BA (0009-0003-6697-1977)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Sousa

MB (0009-0006-5464-1016)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Seabra LM (0009-0008-0403-4984)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Tenório MMCA (0009-0003-4403-5563)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988 out 5 [acesso em 2023 out 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990 jul 16 [acesso em 2023 fev 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
3. Assis SG, Avanci JQ, Serpeloni F. O tema da adolescência na saúde coletiva: revisitando 25 anos de publicações. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(12):4831-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.18322020>
4. Smith J, Johnson RD, Pereira LJ. Engaging adolescents in the design of youth-friendly health services: building autonomy and resilience. *Adolesc Health*. 2022;15(3):102-10.
5. Aceituno D, Razzouk D, Jin H, et al. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis in low- and middle-income countries: economic evaluation from São Paulo, Brazil. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2024;33:e29.
6. Bosquiero LP, Nakamura PM, Brito BTG, et al. Cost-analysis and cost-effectiveness of physical activity interventions in Brazilian primary health care: a randomised feasibility study. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5711-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27142020>
7. World Health Organization. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75217>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990 set 20 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco; 2006.
12. Bhatt C, Mangal T, Cooper J. Adolescent and youth-friendly health interventions in low- and middle-income countries: a scoping review. *Glob Health Res Policy*. 2025;1:1-20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41256-025-XXXX-X>
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; Organização Pan-Americana da Saúde. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia para implementar uma abordagem padronizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes. Vol. 1, padrões e critérios [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017 [acesso em 2025 jul 7]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34155>
14. World Health Organization. Principles of adolescent and young adult-friendly care: contributions to reducing health disparities and increasing health equity. In: World Health Organization, editor. Perspectives on health equity and social determinants of health. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2023.
15. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
16. Organização Mundial da Saúde. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia de implementação e critérios. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

Recebido em 01/08/2025

Aprovado em 12/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: ingriddavilla@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

Adriana Miranda de Castro
Akira Homma
Alcides Miranda
Aldo Pacheco Ferreira
Álex Moreira Herval
Ana Barbosa
Ana Beatriz Duarte Vieira
Camila Elizandra Rossi
Carmen Fróes
Carmen Teixeira
Célia Patriarca
Cláudia Maria Bógus
Elenice Cunha
Eliane Caldas
Eliane Gonçalves
Eliete Albano
Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira
Gabriela Martins Silva
Glaucia Santiago
Janaína Luiza dos Santos
Jorginete de Jesus Damião Trevisani
José Erivaldo Gonçalves
Jose Marcos da Silva

Kátia Ovídia José de Souza
Lara de Queiroz Viana Braga
Lucia Maria Dupret
Luciane Miranda Guerra
Lucrecia Helena Loureiro
Mabel Figueiro
Mara Alice Takahashi
Marcelo Guimarães Araújo
Marcelo Rasga Moreira
Marcia Fernandes Nishiyama
Maria da Glória Lima
Maria Eneida de Almeida
Maura Vanessa Silva Sobreira
Maurício Polidoro
Nilson do Rosário Costa
Patty Fidelis de Almeida
Roseneide dos Santos Tavares
Sandra Oliveira Teixeira
Santuzza Vitorino
Valeria Vinha
Volney Câmara
Wallace Enrico Boaventura
Weslen Santana Padilha

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9207943886703570> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

REVISÃO TÉCNICA | TECHNICAL REVIEW

Luiza Nunes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9703261480379007> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3644-644X> - e-mail: luizapnunes@gmail.com
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

Rita Loureiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <http://www.apoiocultura.com.br> - e-mail: ritaloureiro@gmail.com

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Lafaite (inglês/english)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Luiz Frizon Faust (inglês/english)
André Nascimento (avaliação técnica/technical assessment)
Annabella Blyth (inglês/english)
Carina Munhoz (normalização e avaliação técnica/normalization and technical assessment)
Carla de Paula (português/portuguese)
Katia Muller (inglês/english)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/portuguese and english)
Luiza Nunes (normalização/normalization)
Maria Cristina Antunes (português e inglês/portuguese and english)
Marília Daniele Soares Vieira (português e inglês/portuguese and english)
Simone Basilio (português e inglês/portuguese and english)
Todd Marshall (inglês/english)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXING**Coleções | Collections**

Portal de Periódicos da Capes
Biblioteca Virtual em Saúde

Bases de indexação | Indexing bases

Bibliografia Latino Americana (Biblat)
Google Scholar (Google Acadêmico)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
SciELO Brasil
SciELO Saúde Pública
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários.org)

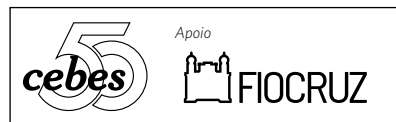
Repositórios temáticos | Thematic repositories

Periódica, Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

Diretórios | Directories

Diadorim
Doaj
Migulim: Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

**CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)****DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)****NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)**

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	André Luiz da Silva Lima e Mello
	Alcides Silva de Miranda
	Claudia Maria de Rezende Travassos
	Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Iris da Conceição
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | Substitutes
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dalia Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luísa Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • 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. 149; 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